PLAN DE DROGODEPENDENCIAS

Y OTRAS ADICCIONES DEL

AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA

2007-2010

ÍNDICE

PLAN DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES DEL AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA 2007-2010

PRESENTACIÓN

PARTE I - MARCO LEGISLATIVO Y COMPETENCIAL Y PROCESO DE ELABORACIÓN

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN
MARCO LEGISLATIVO Y ÁMBITO COMPETENCIAL MUNICIPAL
PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN
CONCLUSIONES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

PARTE II - ESTADO DE LA CUESTIÓN

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN ZARAGOZA
SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ARAGÓN
SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA
SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA UNIÓN EUROPEA

PARTE III - LÍNEAS ESTRATÉGICAS, PROGRAMAS Y ACTUACIONES

INTRODUCCIÓN

Desde la constitución de los ayuntamientos democráticos, el Ayuntamiento de Zaragoza ha venido llevando a cabo múltiples actuaciones con el objetivo fundamental de ayuda a las personas que sufren algún tipo de adicción y a sus familias y la prevención de conductas que den lugar a problemas de este tipo.

Así desde los años ochenta con la irrupción en todo el país del fenómeno del consumo elevado de sustancias ilegales prácticamente desconocidas hasta ese momento con consecuencias sociales inéditas se inicia la creación de dispositivos y la organización de actividades dirigidas expresamente a esos fines.

A este respecto, la Delegación de Acción Social ha sido desde entonces la responsable de las tareas de atención y prevención. Se inició la atención en el Centro Municipal de Promoción de la Salud en 1983, creándose ya en 1986 un dispositivo específico, el Centro de Atención a las Drogodependencias, antecesor del actual Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones. Además es preciso mencionar a la centro municipales de servicios sociales como la puerta de entrada al sistema y apoyo en el proceso de tratamiento de estas personas

No obstante desde las diferentes delegaciones y áreas municipales se fueron ofreciendo iniciativas que de forma genérica o específicamente se ha dirigido a prevenir o a paliar los efectos individuales, familiares y sociales producidas por un problema e esta envergadura.

Así se han ido desarrollando políticas dirigidas a la prevención como las desarrolladas por las áreas de deportes, juventud, también de acción social que han venido aportando una oferta creciente en programas dirigidos a una ocupación creativa y positiva del ocio y el tiempo libe aportando información y alternativas a los consumos de sustancias legales o ilegales.

Paralelamente, la red de centros sociolaborales se ha abierto a la atención a las personas que una vez superada la adicción requería una apoyo para su inserción social.

El desarrollo de ordenanzas dirigidas a regular los consumos y los horarios de apertura de los locales donde se dispensa alcohol, así como la labor de vigilancia desarrollada por la Policía Local en relación con la vigilancia de apertura de estos locales y el acceso de los menores a las drogas legales, son servicios que se deben sumar a e esfuerzo realizado por el Ayuntamiento de Zaragoza como institución.

Como resultado de los avances en la lucha contra la drogodependencia de estos últimos años asistimos a un cambio sustancial del fenómeno, con la progresiva

desaparición de la marginalidad y el estigma social del drogodependiente, para pasar a ser un problema más de salud

Este plan contempla el fenómeno de las adicciones en su globalidad. Por un lado, en cuanto a la causa de la adicción, no se puede restringir a las llamadas sustancias ilegales, percibidas socialmente como tales, si no al conjunto de sustancias capaces de generar adicción, incluyendo las sustancias de mayor uso social y fuente de problemas sociales y sanitarios. Además se contemplan otros trastornos adictivos no producidos por sustancias psicotrópicas, cuyas características son muy similares a las de estos últimos

Otro rasgo de globalidad es el abordaje del fenómeno como multicausal y multidimensional, por lo que la actividad a desarrollar se orienta a la atención a las personas que sufren alguna dependencia, pero también a la inserción social y a la prevención. Esta perspectiva hace necesaria una planificación de la intervención que englobe los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc. Será necesario, por lo tanto, el diseño de un plan integral que contemple una coordinación adecuada de los servicios

De hecho, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente respecto a que se trata de un problema de base multifactorial, que cada caso es diferente , parece oportuno realizar el mayor esfuerzo en la prevención, ofreciendo la línea fundamental de trabajo se centra e la prevención de las adicciones

En cuanto a la necesaria integralidad de la respuesta, este Plan recoge todas las iniciativas municipales generadas para paliar el problema desde las diferentes áreas competenciales

El Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Zaragoza, tiene como misión la planificación y ordenación de los recursos, objetivos, programas y procesos que se desarrollan en el ámbito territorial del municipio para incidir en la reducción de las drogodependencias y de los otros trastornos adictivos y sus consecuencias.

Tanto los contenidos, como su temporalización y la organización de los recursos expresados en este plan están supeditados al Plan autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2005 - 2008, puesto que el Gobierno de Aragón es el competente en la planificación en la materia.

LA NECESIDAD DE CAMBIOS SOCIALES Y CULTURALES COMO BASE PARA UNA POLÍTICA PREVENTIVA

Podemos desarrollar estrategias de prevención desde dos ópticas; mediante la reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y a partir de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor.

Cuando hablamos de la prevención de drogas aplicada a los individuos nos estamos refiriendo a la reducción de la demanda de drogas; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda y en este sentido inciden gran parte de las actuaciones de este Plan por coincidir con el ámbito de responsabilidad municipal, más directo y próximo al ciudadano.

Por el contrario, la reducción de la oferta de drogas se orienta a que en el mercado haya menos cantidad o a restringir su consumo. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente o políticas orientadas a tal fin. Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales.

En una sociedad y un entorno en el que existe una aceptación de algunas sustancias y un consumo cultural ligado al ocio y la celebración debemos plantearnos si es más efectivo marcar un objetivo de abstinencia frente a todas las drogas o si promover un consumo responsable, mediante estrategias contra el uso indebido y la dependencia de las sustancias, ya sean legales o ilegales.

Y junto con esta estrategia inmediata desarrollar otra mucho más amplia que provoque un cambio en la percepción social sobre la dependencia y la adicción a sustancias legales y que refuerce el mensaje de peligrosidad para la salud y desarrollo personal de todas en general.

Los valores y el comportamiento de los individuos se ven influenciados por lo que se percibe como normal en su entorno social, y esto tiene mayor relevancia entre los jóvenes. Las normas sociales que favorecen el consumo de tabaco y alcohol y toleran su influencia sobre el comportamiento son reconocidos factores de riesgo y están más influidas por las políticas de control que por las campañas de los medios de comunicación de masas o los enfoques educativos. Queda reflejado en lo ocurrido en España en el último año, en el que la puesta en marcha de una política restrictiva sobre el consumo del tabaco ha sido más determinante sobre la disminución de su consumo que 25 años de campañas de sensibilización.

Las medidas de prevención del consumo de drogas a nivel individual son más efectivas cuando tienen el respaldo de políticas reguladoras sobre drogas legales capaces de restringir el acceso a estas sustancias y reducir su aceptación social. En esta línea están legislando países de nuestro entorno, respaldados por normativa de la propia Unión Europea.

Así, sólo desde el esfuerzo conjunto y coordinado de todas las Administraciones, cada una actuando en su ámbito competencial, mediante políticas de educativas de valores positivos, coercitivas contra las de actitudes sociales poco saludables, de atención a las personas adictas y de inserción social seremos capaces de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos que es el objetivo superior que debe guiar todas nuestras actuaciones.

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Los principios que se exponen a continuación son los que constituyen la base de la actividad municipal en el ámbito de los Servicios Sociales

- **Igualdad:** los servicios sociales son concebidos como un instrumento para contribuir a eliminar las desigualdades sociales.

- **Universalidad:** los servicios sociales son un derecho de toda persona y grupo sin discriminación.

- **Globalidad:** los problemas sociales abordados en todas sus dimensiones y actuando conjuntamente en todas ellas.

- **Integración:** desde los cauces normales que la sociedad utiliza para la satisfacción de sus necesidades e intentando la permanencia en el propio medio social.

- **Prevención/Promoción:** los servicios sociales están orientados a la prevención de las circunstancias que originan la marginación y a la promoción de la plena integración de las personas y los grupos en la vida comunitaria.

- **Planificación:** ordenación sistemática de los recursos sociales públicos y desarrollo de procesos continuos de evaluación.

- **Coordinación:** de todas las iniciativas sociales que tengan incidencia en el ámbito local, sean iniciativas públicas o privadas.

- **Participación:** de los ciudadanos y ciudadanas en la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos, así como en la gestión de los servicios sociales.

- **Responsabilidad de la Administración Pública:** de acuerdo a las competencias que le son reconocidas en el Sistema de Servicios Sociales a los tres niveles: nacional, autonómico y local.

- **Fomento de la Solidaridad:** fortalecimiento de la sociedad civil y las redes de entidades sociales, de forma que se potencie la solidaridad y la participación social.

Así mismo, en lo referido al ámbito concreto del trabajo en materia de adicciones, se asumen los principios siguientes.

- **Globalidad e interdisciplinariedad** exigida por la propia complejidad del fenómeno sobre el que se quiere intervenir, así como por su dimensión social.

- **Corresponsabilidad y participación,** en tanto que siendo el fenómeno que nos ocupa de naturaleza social, requiere una respuesta desde la propia sociedad**.**

- **Flexibilidad e individualización de las respuestas,** huyendo de modelos rígidos y estereotipados, posibilitando el diseño de programas adaptados a las diferentes realidades personales, sociales y culturales.

- **Investigación y evaluación permanente** que permita verificar la adecuación de las acciones emprendidas y el nivel de logro de los objetivos.

MARCO LEGISLATIVO Y ÁMBITO COMPETENCIAL

La actuación del Ayuntamiento de Zaragoza en materia de drogodependencias y su actividad en el ámbito de la planificación se inscribe en un marco constituido por diferentes niveles competenciales. A continuación se expone el desarrollo normativo elaborado en cada ámbito y, finalmente, el reflejo de la regulación vigente en la planificación .

Existe una relación exhaustiva de la normativa estatal e internacional y autonómica en la pagina web del Plan Nacional sobre Drogas.

LEGISLACIÓN EUROPEA

Desde el ámbito de la Comunidad Europea se han desarrollado diferentes iniciativas encaminadas a la lucha contra la droga. Estos programas se encuentran fuera del ámbito normativo, pero son básicos en cuanto a la definición de objetivos y en cuanto a sentar las bases de políticas nacionales e internacionales en la materia. Se pueden mencionar

- Carta Europea sobre el Alcohol. adoptada en la Conferencia Europea sobre "Salud, Sociedad y Alcohol". 1995

- Estrategias para una Europa libre de tabaco, noviembre de 1988. Se estableció la "Carta de Derechos para una vida libre de tabaco" y "Diez estrategias de acción para una Europa libre de tabaco".

- Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptada en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, 21-25 de julio de 1997.

- Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012

- Plan de Acción de la UE de materia de lucha contra la Droga (2005-2008)

- II Plan de Acción para la Inclusión Social (2003-2005)

LEGISLACIÓN ESTATAL

- Ley 28/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco
- Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

- Ley Orgánica 15/2003, de 1 de octubre de 2004, por la que se reforma el Código Penal.

- Ley 17/2003 de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

- Constitución española. En el capítulo III del título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarcan algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de las adicciones.

- Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

- Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas (desarrollo del art.25 de la L.O. 1/1992 sobre seguridad ciudadana).

- Real Decreto 1911/1999 de 17 de diciembre por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008.

- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

- Ley 3/2001, de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias.

- Ley 2/2000, de 28 de junio, del Juego de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Ley 6/2002, de 24 de febrero, de Salud de Aragón

- Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón.

- Ley 11/2005 de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos de la Comunidad Autónoma de Aragón

- Estatuto de Autonomía de Aragón (Ley Orgánica 5/1996 de 30 de diciembre). En su título II art. 35 pto. 1 establece las competencias en sanidad e higiene.

- Ley 4/1987, de Ordenación de la Acción Social

- Ley 4/1996 de creación del Instituto Aragonés de Servicios Sociales que establece las funciones del mismo.

- Ley 9/1992, de 7 de octubre, del Voluntariado Social.

- Decreto 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores. Derogado en parte por el Decreto 182 del 5 de setiembre de 2006, sobre el tabaco

- Decreto 343/2001, de 18 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se constituye la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias y el Consejo Asesor en Drogodependencias.

- Decreto 111/1992 de 26 de mayo del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

- Orden de 3 de agosto de 1990, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la comisión de acreditación, evaluación y control de centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.

ÁMBITO COMPETENCIAL MUNICIPAL

Las directrices que en materia de drogas plantean como prioritarias la Unión Europea y el Plan Nacional sobre Drogas están orientadas a desarrollar acciones para reducir la demanda y el suministro, así como a prevenir el consumo o conducta adictiva.

Sobre esta base se elaboró el Plan Nacional sobre Drogas que pretende establecer un desarrollo armónico de las actuaciones en materia de drogodependencias en todo el estado. Es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

La realización de un Plan viene recogido en la ley aragonesa de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, con indicación expresa de su contenido y define como correspondiente al Gobierno de Aragón la función de la planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley.

Esta misma ley determina que los ayuntamientos están obligados a la elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogodependencias, elaborado de conformidad con los criterios que establece la ley y el plan autonómico.

El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2005-2008 realizado por el Departamento de Salud y Consumo distribuye las competencias entre la Dirección General de Salud Pública, las corporaciones locales y el Servicio Aragonés de Salud. A las dos primeras instituciones corresponde la prevención y al Salud la atención.

Por lo tanto, en ejercicio de la coordinación institucional y de sus responsabilidades, el Ayuntamiento de Zaragoza considera que su mejor aportación debe de residir en desarrollar políticas y programas preventivos.

Estos pueden ser abordados desde dos estrategias, la reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y el de la reducción de la oferta.

En el terreno de la reducción de la oferta, el ámbito municipal en general y el Ayuntamiento de Zaragoza en particular, por sus propias características de proximidad a los ciudadanos y escasa capacidad normativa, tiene poco margen de acción mas allá de vigilar y hacer cumplir la ley a través de la Unidad de Protección Ambiental y Consumo de la Policía Local, además de su contribución al control de aquellos aspectos del ocio juvenil que pueden causar alarma social, el cumplimiento de los horarios de los establecimientos y de la prohibición de venta de alcohol y tabaco a menores.

Por lo tanto, la verdadera capacidad municipal y donde el Ayuntamiento va a volcar gran parte de sus esfuerzos es en impulsar programas preventivos que busquen una reducción de la demanda, para evitar la adicción a las drogas legales y disuadir del consumo experimental de drogas ilegales. En definitiva, dotar a los individuos de

herramientas psicológicas para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, además de cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

El municipio, como la entidad territorial más cercana al ciudadano, constituye el marco idóneo para reunir, analizar y satisfacer los intereses y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con las condiciones de vida y las relaciones de convivencia. Se abre a las problemáticas sociales y normaliza toda intervención social adecuándola a las necesidades, características y expectativas de los propios ciudadanos y ciudadanas.

La articulación de respuestas concretas y eficaces al problema de las adicciones debe formar parte de una amplia política social que integre el conjunto de acciones tendentes a mejorar la salud y las condiciones de vida de sus habitantes. Por lo tanto, este Plan Municipal debe ser un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes recursos de la ciudad.

Esta perspectiva de participación y corresponsabilidad es la que ha dirigido el Plan, definiendo una estructura que tanto en el proceso de elaboración como en el posterior, de ejecución del mismo, implique a toda la comunidad a través de las instituciones en que se organiza.

Para que la integración, participación y colaboración de la comunidad haya sido una realidad, se ha establecido y seguido una metodología participativa en su realización, que podría resumirse como sigue:

- Creación de un grupo de trabajo integrado por técnicos que han sido los responsables de impulsar y coordinar el Plan, a la vez que han establecido los canales de comunicación entre los diferentes agentes implicados en su elaboración. A ello deben añadirse tareas de dirección y orientación de las sesiones de trabajo conjunto, así como la elaboración de los borradores y del documento final.

- El equipo de profesionales que desempeñan sus tareas en el Centro Municipal para la Atención y Prevención de las Adicciones, ha ido elaborando los diferentes programas que integran el Plan teniendo en cuenta, no únicamente los conocimientos teóricos, sino también las aportaciones que en el desempeño de sus labores específicas, proponen aquellos mediadores sociales que colaboran, ya sea de forma continua o más puntual, en la aplicación de los diferentes programas que desde el recurso se vienen realizando. A la vez, han sido los responsables de plantear propuestas de carácter técnico, así como de colaborar en la organización de la Jornada. Van a tener, además, una importante labor por lo que a la difusión del Plan se refiere.

- Aquellos servicios municipales que de forma directa o indirecta tienen alguna relación con la atención, prevención y/o inserción han aportado sus propuestas

a través de un pequeño cuestionario que en su día se les hizo llegar. Su valiosa información ha permitido percibir y analizar la problemática asociada a las adicciones en la ciudad, así como las posibles respuestas, desde una perspectiva más amplia.

- La elaboración del Plan debe partir del conocimiento de la realidad a la que se dirige. El minucioso análisis de los resultados de la "Encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas en la ciudad de Zaragoza, 2005" ha proporcionado aquella información que permite dar respuesta a los interrogantes acerca de la extensión del consumo de las principales drogas psicoactivas de abuso en los habitantes de la ciudad de 15-64 años, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias o el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo, entre otros. Así mismo se utilizan otras fuentes para completar el análisis de la situación.

- Con toda la información inicial recogida, se elabora un primer borrador que se remite a aquellas entidades, recursos o instituciones de Zaragoza que están directa o indirectamente relacionadas con la problemática que nos ocupa, con la indicación de revisarlo para aportar aquellas sugerencias que se crean oportunas.

- Con el objetivo de reflexionar de forma conjunta sobre el Plan, a la vez que recoger sus diferentes aportaciones, se establece una Jornada a la que se invita a aquellos profesionales que por su labor profesional están relacionados con las adicciones. La Jornada cuenta con una parte teórica (conferencia acerca de la relación entre consumo de drogas y el ocio y tiempo libre), para posteriormente, y a través de diferentes grupos de trabajo, valorar las necesidades a la vez que consensuar propuestas de intervención en los diferentes ámbitos que configuran la comunidad (escolar, ocio y tiempo libre, familiar, laboral, ...). Las conclusiones recogidas por los diferentes grupos de trabajo son posteriormente analizadas e incluidas en el Plan.

- Por último, se recogen las aportaciones realizadas por los grupos políticos municipales a lo que les fue remitido el primer borrador del Plan y que han formulado aportaciones y comentarios que sin duda lo mejoran.

- Así queda elaborado ya finalmente el presente documento en cuya realización ha prevalecido el principio de participación y colaboración de la comunidad. Su aprobación y difusión van a permitir que la ciudad de Zaragoza disponga de un documento que confiera coherencia y estabilidad a las acciones encaminadas a dar respuesta al fenómeno de las adicciones.

CONCLUSIONES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

El pasado 13 de diciembre de 2006 se realizó una jornada participativa con el objeto de que profesionales, asociaciones y entidades que trabajan en Zaragoza en ámbitos relacionados con las adicciones, ya sea en aspectos preventivos, programas de atención e inserción social o en la gestión y planificación reflexionaran y pusieran en común sus opiniones y puntos de vista sobre la situación actual y las perspectivas de futuro.

A través de diferentes grupos de trabajo, los participantes valoraron las necesidades y consensuaron propuestas de intervención en los diferentes ámbitos que configuran la comunidad (escolar, ocio y tiempo libre, familiar, laboral, ...), con la finalidad de su inclusión en el Plan.

ENTIDADES PARTICIPANTES

Asociaciones y entidades sociales

- Asociación de Vecinos del Rabal
- Asociación de Vecinos Actur
- Asociación Albada
- Asociación Alcohólicos Anónimos
- Azajer
- Departamento de Drogodependencias - CC.OO.
- Centro de Solidaridad
- Comité Ciudadano Antisida
- Cruz Roja
- Colegio Cantin y Gamboa
- Fundación Federico Ozanam
- Fundación Argos
- Servicio de Atención e Inserción Social - UGT

Gobierno de Aragón

- Servicio de Promoción de la Salud - Dirección General de Salud Pública
- Centro de Inserción Social
- Residencia San Jorge – Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Residencia Cesaraugusta - Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Servicio de Protección de Menores - Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Unidad Adicciones - Dirección General de Salud Pública
- Unidad de Drogodependencias - Hospital Nuestra Señora de Gracia

Ministerio de Interior

- Instituciones Penitenciaras

Ayuntamiento de Zaragoza

- Servicio de Servicios Sociales Comunitarios
    - Centros Municipales de Servicios Sociales
- Servicio de Servicios Sociales Especializados
    - Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones
    - Centro Municipal de Promoción de la Salud
    - Escuela de Jardinería
- Servicio de Juventud

APORTACIONES

Los grupos de trabajo se centraron en la prevención y atención en sus conclusiones agrupadas en el análisis de la situación y propuestas de actuación. Los grupos de trabajo de prevención estructuraron sus aportaciones a través de los diferentes ámbitos de actuación; educativo, ocio y tiempo libre, familiar y laboral.

Prevención en el ámbito educativo

Necesidades:

- Apoyo para cubrir necesidades personales no cubiertas en el tránsito de primaria a secundaria. Muchos niños, cuyos padres trabajan, no tienen a nadie en casa por las tardes que se ocupe de ellos, que les ayude en las tareas escolares etc.
- Formación del profesorado en prevención de adicciones desde la escuela.
- Atención especial a la población absentista.
- Necesidad de apoyo y formación por profesionales de la prevención externos a los centros.
- Necesidad de aumentar la implicación de los educadores (conocimiento real del alumno, contacto con los padres...).
- Necesidad de trabajo personal de los docentes con los alumnos (prevención inespecífica).
- Reforzar la coordinación entre el equipo docente y la familia.
- Necesidad de mayor participación de los padres en el centro educativo.
- Despreocupación de los padres, delegación de responsabilidades al centro educativo.
- Potenciar la participación real de los alumnos y alumnas en la comunidad escolar (consejo escolar).

Propuestas:

1. Integración de los padres y madres en la dinámica de los centros educativos, más allá de lo meramente escolar.
2. Dotar de más recursos para integrar la vida escolar y familiar especialmente en la franja de edad de 12 a 14.
3. Mayor presencia de profesionales especializados en los centros educativos (educadores, psicólogos etc.).
4. Sensibilización, a través de campañas, de la importancia de la prevención en el ámbito educativo.
5. Formación específica en prevención para el profesorado.
6. Dar mayor protagonismo al profesorado y valorar su trabajo.
7. Ampliar y mejorar los canales de comunicación entre la escuela y la familia.

Prevención en el ámbito del Ocio y del Tiempo Libre

Necesidades

- Espacios de encuentro dotados de profesionales encargados de mediación, animación, y educación para los jóvenes, donde puedan estar "por estar" sin necesidad de apuntarse a ninguna actividad ni taller (como ocurre en las Casas de Juventud).
- Coordinación entre recursos de Juventud y Servicios Sociales para desarrollar programas de prevención especialmente en el grupo de población de 12 a 14 años que se queda "descolgado". Son mayores para acudir a los Centros de Tiempo Libre pero pequeños para participar en las Casas de Juventud.
- Mayor diversidad de oferta de alternativas de ocio saludables compitiendo en oferta con la industria del ocio.
- Disponibilidad de programas y herramientas específicas de prevención en el ámbito y recursos de tiempo libre. Trabajar el riesgo farmacológico y realizar "guiños" ligados al contexto (Ejemplos: En Jaca se reparten bocadillos en las zonas de marcha. Análisis de sustancias etc.)
- Necesidad de educar para "consumir".
- Educar en otras alternativas.
- Normalizar sin prohibir: ofrecer información clara, concisa y real.
- Partir de los intereses reales de adolescentes y jóvenes: ¿qué quieren ellos?.
- Necesidad de educar para disfrutar del tiempo libre los fines de semana y compaginarlo con el resto del mismo entre semana.
- Falta de espacios reales para relacionarse o disfrutar de un ocio no relacionado con el consumo.

Propuestas

1. Elaboración de materiales específicos que los monitores puedan aplicar para trabajar la prevención de adicciones en ocio y tiempo libre.
2. Incrementar canales de coordinación mejorando la atención. Especialmente en franja de 12 a 14 años.
3. Intervención en ámbitos y colectivos de riesgo.
4. Motivar para saber disfrutar del ocio y el tiempo libre.

5. Educar para el ocio y el tiempo libre.
6. Uso de los recursos y de los espacios, aprovechando los medios con los que se cuenta (espacios deportivos, centros educativos).
7. Partir de los intereses de adolescentes y jóvenes.

Prevención en la familia

Necesidades

- Conciliación de la vida familiar con la laboral y escolar.
- Reforzar la comunicación en la vida familiar y su papel como referentes para sus hijos e hijas.
- Formación a los padres en estrategias preventivas.
- Necesidad de establecer pautas educativas básicas.
- Comunicación.
- Conocimiento de lo que son las drogas.
- Establecer normas y límites consensuados.
- Diálogo: escuchar, dejar hablar a adolescentes y a jóvenes.
- Necesidad de información a los padres y madres sobre sustancias, patrones de consumo, efectos a corto, medio y largo plazo.

Propuestas:

1. Facilitar "presencias" para ayudar a los hijos e hijas.
2. Reflexionar sobre el modelo consumista que transmitimos.
3. Crear espacios donde los padres puedan plantear dudas respecto a la prevención de adicciones con sus hijos.
4. Rehabilitar la figura de los abuelos, tíos, familia extensa, como figuras referentes para los hijos como en las familias más tradicionales o de otras culturas.
5. Dotar a los padres de habilidades básicas para educar a sus hijos e hijas en prevención de drogas.
6. Fomentar las campañas de sensibilización, información y prevención dirigidas a las familias.
7. Crear espacios de encuentro para las familias.

Prevención en el ámbito laboral

Necesidades

- Dificultad para detectar problemáticas de adicciones en el trabajo. Ocultación por varios motivos, entre ellos el miedo a ser despedido.
- Se ve como una intervención de atención o asistencia más que de prevención.
- Necesidad de investigar y conocer factores de riesgo de las propias empresas (stress, ansiedad, etc.)

- Necesidad de conciliación entre vida laboral y familiar.
- Existencia de una gran precariedad laboral que no ayuda a hacer prevención:

Propuestas

1. Apoyar la labor de los sindicatos.
2. Trabajar la prevención de riesgos laborales
3. Sensibilizar a las empresas sobre la necesidad de prevención de adicciones.
4. Integrar la vida familiar y laboral en la línea de los club sociales en las empresas (guarderías en el trabajo, actividades con los hijos etc.) como ocurre en Alemania.
5. Dotar de habilidades y recursos personales para enfrentarse a situaciones de precariedad que pueden influir en el inicio, mantenimiento o aumento del consumos de sustancias o conductas adictivas.
6. Utilizar los recursos legislativos e institucionales que amparan la prevención el medio laboral y permiten mejorar las condiciones de trabajo.
7. Posibilidad de conciliar la vida laboral y familiar.
8. Campañas de prevención y jornadas de sensibilización, información y formación en prevención en las empresas.
9. Utilización de los propios recursos de la empresa para llevar a cabo cualquier actuación desde la misma.
10. Coordinación con los delegados sindicales, los equipos de prevención y los equipos de dirección de empresa para llevar a cabo una prevención eficaz.

Los grupos de trabajo sobre atención, analizaron la situación y realizaron sus aportaciones con respecto a las adicciones de sustancias legales y ludopatía, sustancias ilegales, las necesidades emergentes y los aspectos positivos y negativos del Plan

Aportaciones sobre la atención a personas con problemas con el alcohol, el tabaco y el juego patológico

- Necesidad de una mirada a la realidad existente, poder realizar una investigación o estudio de campo más cualitativo, que cuantitativo; de tipo antropológico.
- Una mejor evaluación de los recursos existentes e intentar no duplicar servicios.
- Cumplir lo establecido en el plan, respecto a lo propuesto, necesidad de cumplir la evaluación.
- Coordinación con el Salud, a la hora de coordinar las actuaciones de las dos instituciones.
- Necesidad de sectorizar diferentes centros de atención de adicciones en la ciudad de Zaragoza.
- Matizar mucho más la programación del plan, población destinataria, qué objetivos se pretende, qué medios se cuenta, de profesionales, económicos , etc.

- Papel del Plan Municipal dentro del Plan Autonómico de Adicciones, cuestionándose la atención en el ámbito municipal.
- Programas individuales de tratamiento.
- Necesidad de programas de trabajo con familias.
- Necesidad de formación que especialice a los prescriptores de tratamiento: médicos de familia , trabajadores de los CMSS, etc..
- Apoyo individual y grupal de los afectados y sus familias.
- Formación ,sensibilización a los profesionales comunitarios....sobre las adicciones.
- Conocimiento de la red de los servicios especializados .
- Necesidad de unificar protocolos de trabajo . Estructurar los profesionales en equipos, para cada caso evitando la duplicidad de evaluación en intervención.
- Demanda de comunicación bidireccional de los servicios comunitarios a los especializados. (Evita el desajuste de la realidad del problema: ejemplo: exigir para cobrar IAI, una deshabituación)
- Conocer herramientas de intervención general: maletín de técnicas, de trabajar la motivación, ...
- Formación continua a los profesionales
- Atender prioritariamente a algunos de los usuarios derivados(screening)
- Campañas de detección precoz de las familias adictas, campañas de sensibilización de los familiares.

Aportaciones sobre las drogas ilegales

- Elaborar una conceptualización de la atención en adicciones basada en la persona, partiendo de una concepción holística, desestimando una concepción en departamentos estancos y en programas rígidos.
- Definir la filosofía del centro, cuáles son las prioridades, se va a hacer atención, se van a tratar adolescentes, grupos específicos de menores no acompañados, etc.
- Atención a familiares de personas que no están en tratamiento en el centro.
- Diagnóstico desde un centro o profesional inespecífico, no la intervención.
- Atender al infradiagnostico del consumo y dependencia del cannabis.
- Necesidad de atender pacientes heroinómanos en programas amplios, especialmente de acceso a vivienda, y de tratamiento de la red social.

Aportaciones respecto a grupos emergentes y otras situaciones

- Formación y sensibilización de los profesionales de la atención de estas situaciones más especiales.
- Unidades de atención bien definidas en la ciudad.
- Mejorar la coordinación, sobre todo en menores y adolescentes.
- Elaborar protocolos para mejorar la atención.
- Recursos para patología dual.
- Constatar la asociación entre emigrantes, maltrato y abuso de alcohol. Dificultades culturales de intervención.

- Necesidad de adaptabilidad multicultural de los profesionales y de los pacientes .
- Necesidad de formación cultural y lingüística, conocer claves culturales.
- Especialización del profesional en la cultura, integración.
- Dificultades en el proceso de adaptación de la segunda generación de inmigrantes.
- Importancia del trabajo con jóvenes tanto desde la perspectiva de la prevención como de la asistencia precoz a los problemas que cualquier consumo de drogas les pueda generar

Aspectos positivos y negativos

Positivos:

- El hecho de que se haga un plan, existe ya un borrador con el que poder trabajar.
- Se ha tenido en cuenta la participación de entidades sociales y diferentes técnicos.
- Abordar las nuevas situaciones sociales, inmigrantes, consumo en menores, etc.
- Intención de intervenir con jóvenes y adolescentes.
- La actitud de estar abierto a diferentes programas.
- Solicitud de más apoyo para alcohólicos y heroinómanos muy avanzados y deteriorados psíquica y físicamente en el proceso adictivo.
- El plan es abierto y participativo, positivo en lo relativo a la coordinación entre instituciones y recursos
- Se valora y positiviza la importancia del trabajo en y con las familias
- Muy positivo la incorporación al plan del sentimiento de las necesidades de los distintos profesionales del área.
- Muy positivo la globalidad y la creación del observatorio municipal del las drogodependencias.
- Importante que exista un primer plan que defina los objetivos de intervención en drogas y por supuesto los mecanismos de evaluación.

Negativos:

- Que al proponer tanta cobertura, no se aumente la espera en la admisión en el programa de atención.
- No existe coordinación con el Salud, excesiva generalización.
- Falta de recursos específicos para menores o adolescentes.
- Indefinición del papel del Ayuntamiento en la atención de las adicciones y conductas adictivas
- La escasez de recursos de reinserción.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

En el mundo global en que nos toca vivir, es imprescindible levantar la mirada y observar cual es la situación en nuestro entorno social y cultural con el ánimo de conocer que problemas y situaciones son comunes, nuestras particularidades e intentar adelantarnos a situaciones que se dan en otros lugares y que pueden ocurrirnos.

Además de analizar las tendencias de los programas y metodologías que se implementan en España y en Europa, y utilizar su experiencia, sus aciertos y errores en beneficio propio y mejorar los objetivos y puesta en marcha de nuestros programas.

Pero, si es importante observar y conocer nuestro entorno, más importante es conocernos a nosotros mismos, por lo que una parte principal del diagnostico de la situación pasa por nuestra ciudad.

La actuación municipal y de otros organismos y entidades tiene una trayectoria de más de veinte años, que supone el punto de partida para este Plan Municipal. En estos años las prioridades de actuación ha variado y permiten tener un conocimiento y experiencia acumulada. Aun así, parte ineludible de la elaboración del Plan es el conocimiento de la realidad, la fotografía de la estado de la cuestión en el municipio.

Para ello, y con ánimo de contextualizar la situación se presentan los datos demográficos, los referidos a la población general y los propios de la población en edad escolar y una somera descripción de la evolución demográfica en estos años.

A continuación, el análisis de la prevalencia del consumo y de las actitudes sociales a partir del estudio de Incidencia del Consumo de Drogas en el Municipio de Zaragoza que se ha realizado a partir del análisis de los resultados que para dicho municipio se han obtenido en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) del año 2005.

En tercer lugar, los datos deferidos al consumo de drogas en la ciudad, provenientes del Centro Municipal de Atención y Prevención de las adicciones y de las admisiones a tratamiento facilitados por el Gobierno de Aragón.

Con la existencia de la convivencia intercultural como fenómeno social emergente en nuestra ciudad y en consonancia con el Plan Estratégico de Servicios Sociales Municipal se ha visto conveniente incluir también algunos datos y valoraciones disponibles en relación a las adicciones en población culturalmente diferenciada y/o que proviene de otro país. Estas aportaciones provienen de un análisis cualitativo de los agentes sociales que trabajan en la zona donde porcentualmente es la zona con mayor población inmigrante y gitana: el Casco Histórico.

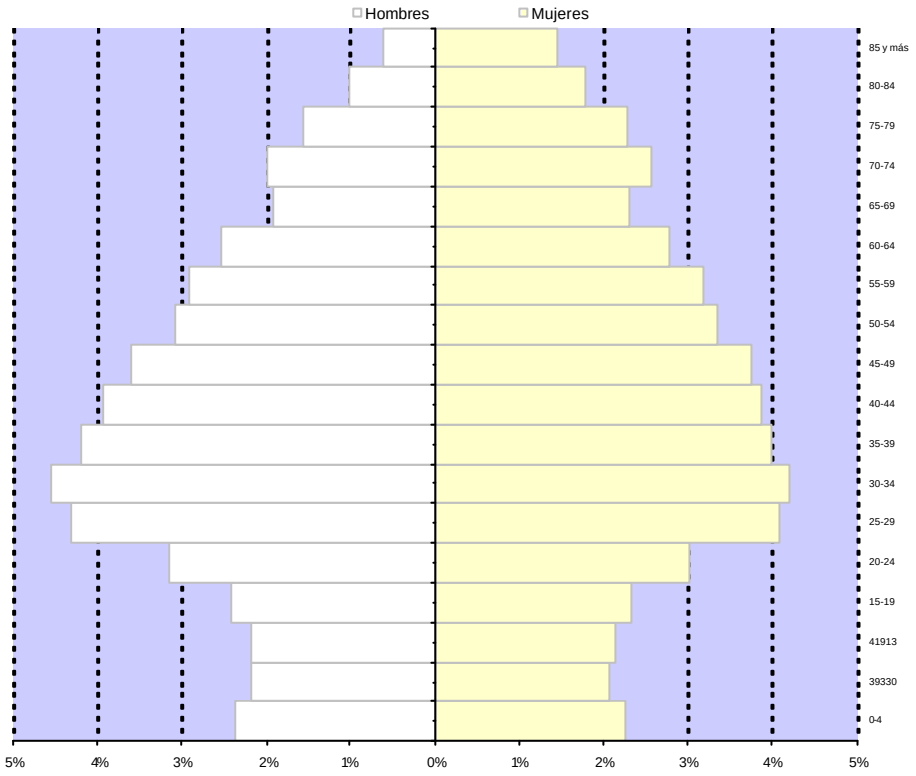
Por último, se incluye una relación de los recursos públicos y privados existentes en la ciudad de Zaragoza

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y EVOLUCIÓN

En enero de 2006 el municipio de Zaragoza tenia 660.895 habitantes, de los que 630.018 viven en la ciudad de Zaragoza y 30.887 en los barrios rurales. Actualmente la población de Zaragoza supera los 670.000 habitantes.

Administrativamente el municipio está dividido en 14 Juntas Municipales y 15 Juntas Vecinales, que antes eran Barrios Rurales.

Pirámide de Población por Edad y Sexo de Zaragoza



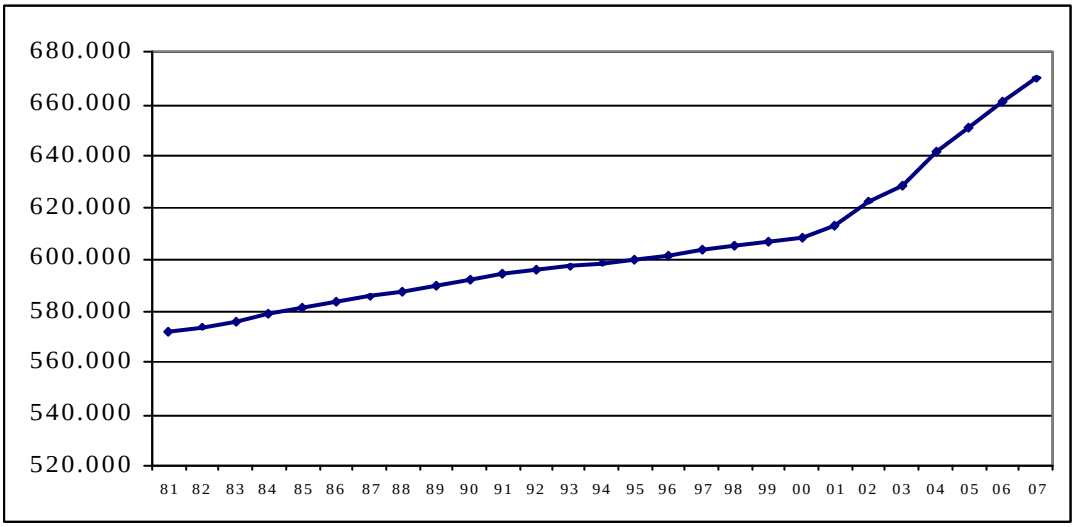
Evolución demográfica 1981- 2006

Remontando los últimos 25 años, de los 570.000 hab. del Censo de 1981 hemos pasado a 660.895 en la Revisión del Padrón de a 1-1-2006.

En el decenio de los 80 el municipio creció a un ritmo de 2.250 hab./año, en el decenio de los 90 a 2.050 hab./año. Coincidiendo con el cambio de siglo la tendencia cambia significativamente y en los últimos años el municipio crece a un ritmo de

10.000 ciudadanos/as, crecimiento basado única y exclusivamente en la inmigración extranjera.

Fuente	Población
Censo 1981	571.855
Censo 1991	594.394
Padrón 1996	601.674
Padrón 1-1-2000	608.180
Padrón 1-1-2001	613.433
Padrón 1-1-2002	622.602
Padrón 1-1-2003	628.401
Padrón 1-1-2004	641.581
Padrón 1-1-2005	650.592
Padrón 1-1-2006	660.895
Padrón 1-1-2007 Proyección	**670.000**



En los 90 la principal zona de crecimiento se sitúo en el la orilla izquierda del Ebro –el norte de la ciudad-, en los distritos 10 y 11, con un crecimiento anual próximo al 3,5%. Otro vector de crecimiento fue hacia el oeste, en los barrios de Oliver, Valdefierro y los núcleos de población que articula la Carretera de Logroño.

Este crecimiento tuvo unas características endógenas, ya que fue a coste del decrecimiento de los barrios tradicionales: Centro, San José, Las Fuentes, La Almozara, Delicias y Casco Histórico. Estos barrios, que forman la trama urbana más consolidada, experimentaron un descenso con una tasa anual negativa del 0,5%.

En los últimos años esta situación ha cambiado notablemente debido a la incorporación de extranjeros.

Mientras los barrios en crecimiento continúan la tendencia, el descenso de los barrios tradicionales en los 90 ha sido contrarrestado por la llegada de estos inmigrantes que han ocupado el espacio dejado por los residentes anteriores. Así se observa una inflexión en la tendencia, en la que los barrios que perdían poca población ahora la ganan (Casco Histórico, Delicias, Universidad, La Almozara y Torrero-La Paz) y los que más perdían (Centro, San José y Las Fuentes) están próximos al equilibrio. Actualmente, el flujo de inmigrantes ha disminuido –vienen, pero vienen menos-, por lo que volvemos a la situación de los 90, algo suavizada.

Se da un fenómeno típico en el urbanismo de grandes ciudades de vaciamiento de zonas centrales por sus habitantes en busca de viviendas con mejores equipamientos que es ocupada por clases sociales más desfavorecidas, en épocas de crisis económicas por sectores marginales y actualmente por la inmigración extranjera.

A principios de 2006 más de 65.000 zaragozanos eran de origen extranjero. Actualmente podemos considerar que su cifra se situará en el entorno de las 75.000 personas más del 11% de los zaragozanos. En 2002 el 4% de la población era inmigrante, mientras que dos años antes eran el 1,1%. Además hay una población autóctona, culturalmente diferenciada, la comunidad gitana que ronda el 1%, de los zaragozanos y zaragozanas.

La incorporación de personas de origen extranjeros lleva aparejada el rejuvenecimiento de la población, al ser una población joven. Su edad media es de 30 años, tanto hombres como en mujeres, mientras que la de los españoles es de 42,7.

El distrito en el que más inmigrantes viven y que más ha crecido es Delicias donde habitan el 25%, seguido de Casco Histórico, Margen Izquierda y San José.

Por países el principal grupo son los rumanos -aproximadamente 17.000- ecuatorianos -11.000- y marroquíes y colombianos -5.000-

Continente	Hombres	Mujeres	Total
Europa	11.290	10.322	21.612
África	10.708	5.119	15.827
América	10.617	13.631	24.248
Asia	1.729	1.333	3.062
Oceanía	4	7	11
Apátridas	25	10	35
No Consta	104	113	217
Total	34.477	30.535	65.012

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ZARAGOZA

Desde 1995 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) a la población de 15 a 64 años con el objetivo de conocer la prevalencia de los consumos de drogas legales o ilegales en nuestro país, los patrones de consumo y las características demográficas más relevantes, la percepción del riesgo y de la disponibilidad de las drogas, su visibilidad y la opinión sobre la importancia de los problemas relacionados con este fenómeno.

Aprovechando la realización de la encuesta de 2005, el Ayuntamiento de Zaragoza encargo a la empresa Sigma Dos, la misma que hizo el estudio estatal, la realización del número de encuestas necesarias para tener una muestra estadísticamente significativa sobre el consumo de drogas en el municipio.

El informe de los resultados se estructura a partir de la metodología seguida por el Plan Nacional sobre la Droga, tomando como referencia las sustancias, por lo que ésta es la estructura que se sigue en la presentación de los principales datos y conclusiones

Como se ha comentado con anterioridad la nueva realidad multicultural de la ciudad obliga a la observación de diferentes realidades sociales, de tal forma que en la implementación de los programas sean tenidas en cuenta las características de todos los grupos sociales de la ciudad. Todo ello partiendo de los principios de igualdad, universalidad e integración, buscando dar respuesta a las necesidades sociales con independencia de las características individuales de los receptores, tal y como se plantea en el Plan de Integración Social y Convivencia Intercultural.

A partir de estas consideraciones se incluyen informaciones de carácter cualitativo realizadas por los agentes sociales que trabajan en el Casco Histórico, la zona con mayor grado de interculturalidald.

Con carácter general, el consumo de cualquier tipo de droga es más alto en varones que en mujeres y hay una tendencia a la reducción de la edad de inicio en su consumo.

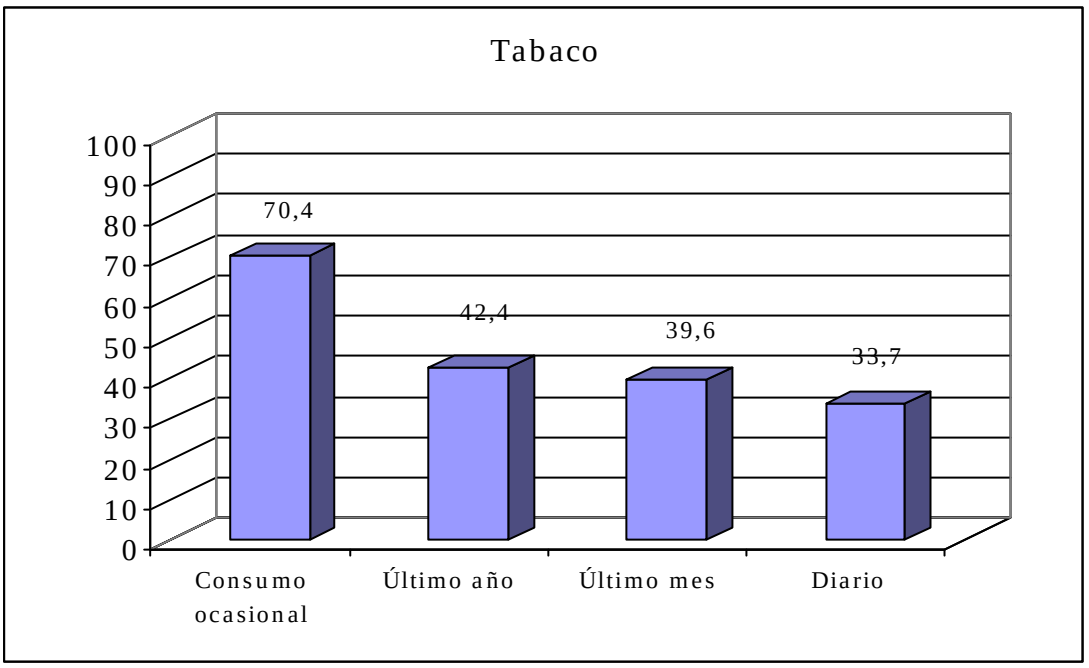
Los datos disponibles sobre los drogodependientes gitanos, indican una edad de inicio en el uso de drogas inferior en 2 ó 3 años a la del resto de la población consumidora.

En la actualidad es habitual el consumo de varias sustancias a la vez.

Tabaco

El 70,4% de la población de Zaragoza de 15 a 64 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, el 42,4% lo ha hecho durante el último año; un 39.6% lo ha hecho a lo largo del último mes y un 33,7% ha fumado diariamente durante este periodo, si bien durante 2006 ha disminuido el número de fumadores diarios, como consecuencia

de la nueva regulación restrictiva sobre los sitios donde se puede fumar. No hay variaciones significativas con los del resto de Comunidades Autónomas.



El consumo de tabaco a diario durante el último mes fue durante el 2005 superior entre hombres (37,5%) que entre mujeres (29,2%), continuando la tendencia de aumento de las mujeres fumadoras habituales

En relación a la edad refleja la mayor prevalencia se da máxima entre los zaragozanos de 25 a 29 años (42,9 %) y la menor entre los de 40 a 64 años (29,4%).

El consumo medio de cigarrillos en el último mes es de 16,5 unidades, sin que haya diferencias entre sexos.

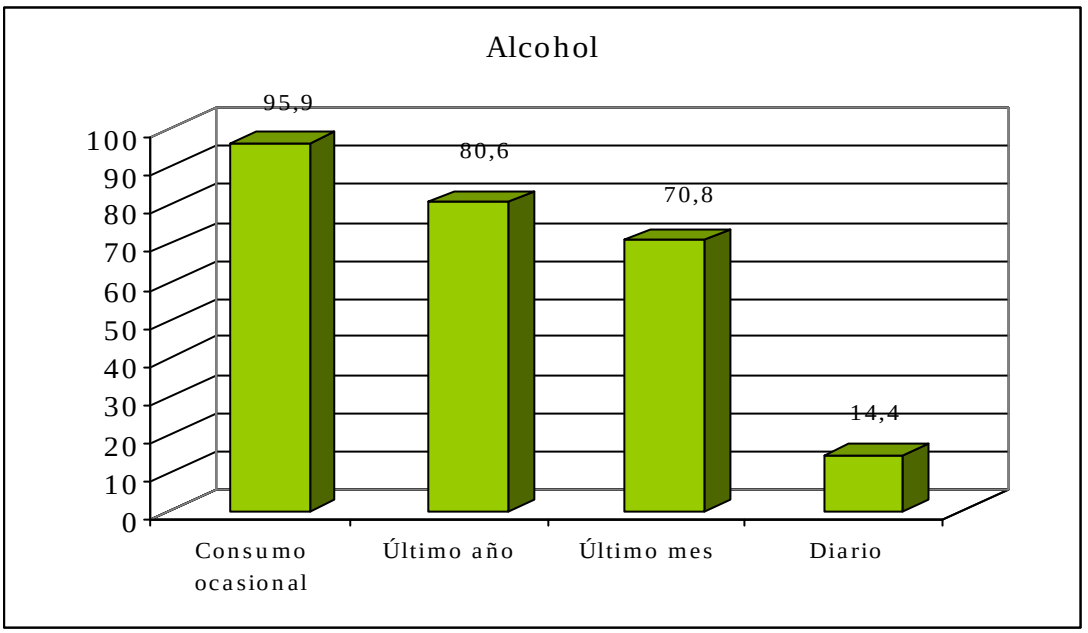
La edad media de consumo del primer cigarrillo se sitúa en los 16,2 años, aunque la tendencia es al adelanto en la edad de inicio.

Según el análisis cualitativo realizado en Casco Histórico a partir de la información facilitada por los técnicos y mediadores sociales de los recursos y programas donde participan estos colectivos, se percibe como habitual el consumo precoz de esta sustancia en preadolescentes magrebies y gitanos.

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas está generalizado en la sociedad de Zaragoza, ya que el 95,9% de la población entre 15 y 64 años la ha consumido alguna

vez, el 80,6% lo ha hecho en el último año; el 70,8% ha consumido alcohol en el último mes. A su vez un 14,4%, afirma haber bebido alcohol a diario durante el último año.



Los jóvenes de 20 a 24 años tienen la prevalencia más alta entre los consumidores en el último mes (77,5%), mientras que la más baja, se produce entre quienes tienen de 15 a 19 años (68,3%).

Los hombres, en general, consumen alcohol con mayor frecuencia, el 97,4% lo ha hecho alguna vez, frente al 94,1% de las mujeres. Durante el último mes han consumido estas bebidas el 76,5% de los hombres frente al 63,9% de mujeres; y diariamente dentro del último año, lo ha hecho el 21,1% de hombres y el 8,9% de mujeres.

La edad media de iniciación es a los 17 años, algo más tarde en la mujeres (17,6 años), con tendencia a la disminución.

El consumo de alcohol está muy generalizado en todos los colectivos de la población de Zaragoza resultando especialmente elevado en los varones ecuatorianos y gitanos portugueses, según el estudio mencionado. En la población magrebí su consumo es minoritario.

La bebida alcohólica más consumida en día laborable por la población de Zaragoza de 15 a 64 años en los últimos 30 días es el vino. Un 13.2% reconoce beber vino todos los días laborables. El consumo diario se produce con mayor frecuencia entre la población mayor de 40 años (21,2%) y entre los hombres (18,9%). La cerveza es la segunda bebida con mas frecuencia de consumo en días laborables (7,6%), aunque con un porcentaje muy inferior al vino.

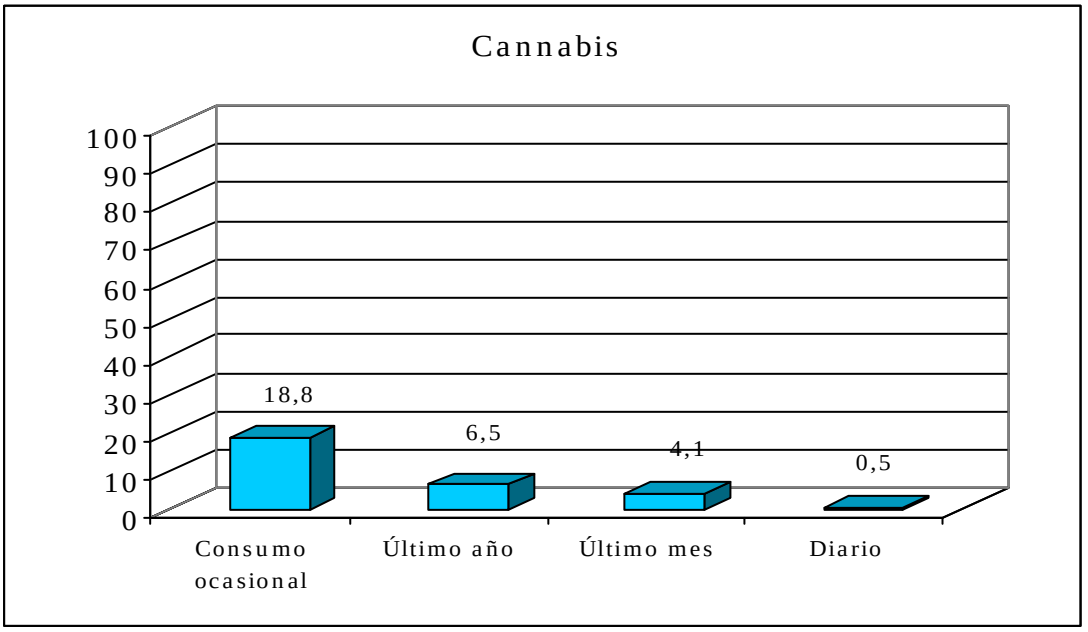
Los hábitos y volúmenes de consumo varían durante el fin de semana. El consumo de todas las bebidas se incrementa y la que lo hace en mayor medida es la de los combinados/cubatas, que pasa de ser consumida por el 0.3% en días laborables al 12.4% durante el fin de semana. Este incremento se sustenta en el mayor consumo que de estas bebidas hace la población entre 15 y 29 años (27.4% entre la de 15 a 19 años; 23.9% entre la de 20 a 24 años y 22.6% entre la de 25 a 29 años).

Con respecto al consumo excesivo de alcohol, el 25,7% de la población zaragozana de 15 a 64 años se ha emborrachado alguna vez en el último año y el 7,1% lo hizo más de una vez al mes. Las intoxicaciones etílicas a diario son más comunes en la población mayor de 25 a 29 años (1,1%) y de la de mayor edad (1,0% entre los que tienen entre 40 y 64 años).

Si embargo, las borracheras propias de fin de semana (1 ó 2 días por semana) se concentran claramente entre la población más joven (de 15 a 24 años) (8.0%), decreciendo a medida que aumenta la edad.

Cánnabis

El cánnabis es la droga ilegal más consumida en Zaragoza. El 18,8% de su población con edades comprendidas entre 15 y 64 años la ha probado alguna vez, un 6,5% lo hizo en el último año, un 4,1% en el último mes y un 0,5% reconoce haberlo consumido a diario durante los últimos doce meses.



La experimentación con los derivados del cánnabis (lo han consumido alguna vez) es más frecuente entre hombres (22.6%) que entre mujeres (14.3%). A su vez, destacan en este sentido las personas de 15 a 19 años (31.4%).

El 20,1% de los jóvenes de 15 a 19 años lo ha consumido en el último mes.

La edad media de inicio en el consumo de cánnabis, se sitúa en 18,5 años, edad que es inferior entre hombres (17,5) que entre mujeres (20,6), mientras que el análisis por edad apunta a un gradual adelanto en el consumo de estas drogas, que ya se detectaba en el 2003, situándose en los 16,3 años en el caso de la población de entre 15 y 19 años y aumentando hasta los 19,5 años, como mayor edad, entre los de 40 a 64.

Su uso está bastante generalizado entre la población magrebí, tanto joven como adulta.

Éxtasis

El 4,1% de la población de Zaragoza comprendida entre los 15 y 65 años afirma haber probado el éxtasis, las "pastis" o las "pirulas" alguna vez, porcentaje que aumenta hasta el 7,8 %, entre los de 15 a 19 años, alcanzando un 9,5% entre los de 25 a 29 años, como porcentaje más alto.

No hay un consumo diario de estas drogas, la frecuencia de su consumo es mensual o semanal. Durante el último año, el 0,7% las consumió una vez al mes o menos, el 0,2% lo hizo entre 2 y 4 días al mes y otro 0,1% las tomó con mayor frecuencia.

La edad media de inicio en el consumo de éxtasis es de 19,5 años, la más tardía de las sustancias hasta ahora consideradas (tabaco, alcohol y cánnabis). Por otra parte, el análisis por segmentos de edad, permite observar que el rango de edad en que se produce el primer contacto con el éxtasis es el más amplio de las sustancias hasta ahora consideradas, ya que oscila entre los 16,2 y los 24,7 años.

Tranquilizantes, somníferos y antidepresivos

- Tranquilizantes y somníferos sin receta médica

La ingesta sin receta médica de tranquilizantes y somníferos en el último año alcanza sólo al 0,7% y 0,6% respectivamente de la población zaragozana mayor de 15 años, con diferencias en el consumo de tranquilizantes entre hombres y mujeres (0,8% frente a 0,4%.

Por edades, el mayor consumo se concentra entre la población de 15 a 19 años, (1,6%), aunque hay un 1,2% de consumo de somníferos entre los de 35 a 39 años y un 0,8% entre la de 40 a 64, como únicos intervalos que registran prevalencia.

- Tranquilizantes, somníferos y antidepresivos con receta médica

El 3,6% de la población entre 15 y 64 años, afirma haber consumido tranquilizantes o sedantes durante el último año, sin que haya diferencias entre sexos. En cuanto a la edad, el mayor consumo se registra entre los 15 y los 19 años (6,2%) y los 40 y 64 (5,0%).

En cuanto a los somníferos, un 1,6% de la población, reconoce haberlos tomado en lo últimos 12 meses, ligeramente superior entre mujeres (1,7%) que entre hombres (1,4%). La edad en que más se toma esta sustancia oscila entre los 35 y los 64 años, aunque se registra un 1.6% de consumo entre los zaragozanos de 15 a 19 años.

Por último, los antidepresivos son consumidos por el 2.8% de la población de Zaragoza, con un porcentaje mayor entre mujeres (3,4%) que entre hombres (2,3%). De nuevo es la población a partir de los 35 años la más propensa al consumo.

Otras sustancias psicoactivas

Aunque su prevalencia es muy escasa, entre las sustancias que se incluyen en este apartado son la cocaína (4,5%), las anfetaminas o speed (2,5%) y los alucinógenos (2,0%), las sustancias que tienen mayores niveles de experimentación, alguna vez en la vida, entre la población zaragozana.

El resto de sustancias, es decir, los inhalables, la heroína, la base, basuco o crack y otros opiáceos obtienen porcentajes de haberlas probado que no llegan en ningún caso al 1.0% de la población.

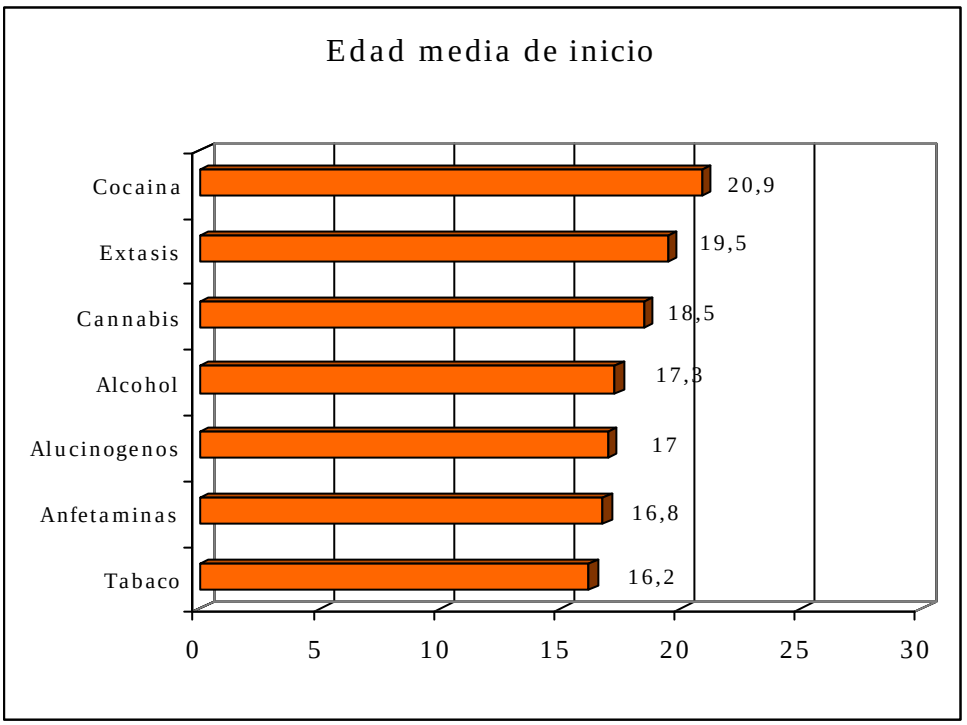
Históricamente la heroína ha sido un problema para la población gitana. Actualmente la población gitana consumidora de heroína se encuentra mayoritariamente en tratamiento en programas de mantenimiento con metadona, existiendo entre ella una cantidad significativa de personas con cargas familiares.

La cocaína es la sustancia con mayor nivel de consumo, el 4,5% la ha probado alguna vez, el 2,0% lo ha hecho durante el último año y el último mes la ha consumido el 1,4% de la población de Zaragoza. La prevalencia de cocaína es mayor entre hombres (2,8%) que entre mujeres (1,0%), con un consumo muy alto entre los menores de 24 años, el 6,3% la han consumido durante el último mes.

La prevalencia de anfetaminas también es superior entre hombres (1,2%) en relación a las mujeres (0,2%). La población de 15 a 19 años es la que en mayor medida ha experimentado durante el último mes su consumo (6,4%).

Respecto a los alucinógenos, su prevalencia del último mes es exclusiva entre varones (1,2%), e igualmente entre la población de 15 a 19 años y entre la de 20 a 24 años (0,8% en ambos casos).

En general, la edad media en la que se tiene la primera experiencia con cocaína, se sitúa en los 20,9 años, en el caso de las anfetaminas es a los 16,8 y de los alucinógenos 17,0.



ACTITUDES DE LOS ZARAGOZANOS ANTE LAS DROGAS

Percepción social

Las sustancias consideradas más peligrosas para la salud por los zaragozanos, son la heroína, los alucinógenos y la cocaína, con tasas entre el 86% y el 90%.

Fumar hachis/marihuana es considerado peligroso por el 63% si es habitualmente y por el 49% si es ocasional.

Por último fumar tabaco a diario es dañino para el 53,4% y beber alcohol a diario para el 40,8%.

La conducta que entraña un menor peligro, a juicio de la población, de Zaragoza es el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana (20.1%).

Son las mujeres quienes en mayor medida evalúan los riesgos de cualquier tipo de consumo.

Problemas que crean consumos de diversas sustancias

% Muchos Problemas

	TOTAL	Hombre	Mujer
Heroína habitualmente	89,1	89,0	89,2
Alucinógenos habitualmente	88,6	88,0	89,4
Cocaína habitualmente	85,9	84,4	87,8
Alucinógenos alguna vez	85,9	84,9	87,1
Heroína alguna vez	85,8	86,0	85,5
Éxtasis habitualmente	82,5	82,1	85,2
Cocaína alguna vez	80,8	79,4	82,5
Éxtasis alguna vez	75,0	74,8	75,2
Hachís habitualmente	62,9	58,8	67,7
Fumar paquete tabaco diario	53,4	51,6	55,7
Hachís alguna vez	48,7	44,2	54,1
Tranquil./somnífe. habit.	45,7	45,9	45,6
5-6 cañas / copas a diario	40,8	35,7	46,9
tranquil/somnif alguna vez	35,5	32,5	39,0
5-6 cañas / copas fin de semana	20,1	14,8	26,7

Disponibilidad de las sustancias

Las sustancias más accesibles a la población zaragozana, son el hachís y la marihuana. Esta apreciación se extiende al 77.0% de la población de 15 a 19 años, como porcentaje más elevado.

La cocaína es la segunda sustancia de más fácil accesibilidad. El 45% consideran que es muy o relativamente fácil conseguirla, opinión que se amplia hasta el 75,8% entre quienes tienen de 15 a 19 años.

Dificultad para la obtención de las siguientes sustancias (%)

	Casi Imposible	Difícil	Fácil o Muy fácil
Hachís / Marihuana	25,4	27,6	47,0
Cocaína	28,8	26,2	45,0
Éxtasis	28,7	26,7	44,6
LSD	30,0	29,7	40,3
Heroína	30,2	35,1	34,7

Actuaciones a realizar para resolver el problema de las drogas ilegales

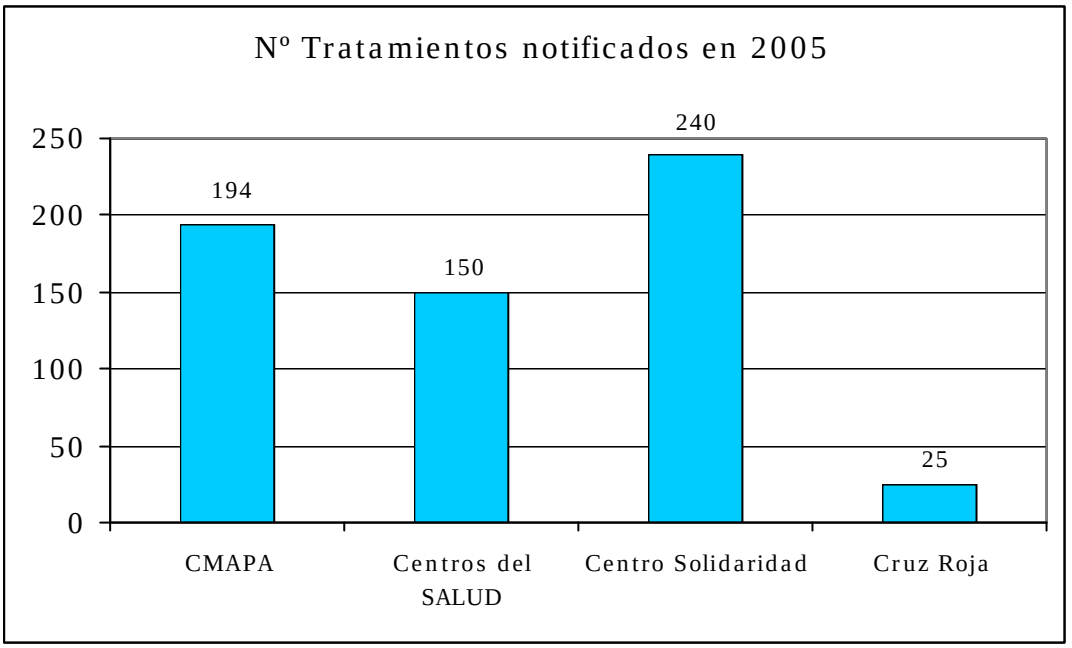
En cuanto a las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las consideradas más importantes, a juicio de la población de Zaragoza son:

- La educación sobre drogas en las escuelas (88.1%)
- Un mayor control policial y de aduanas (84.7%)
- Campañas publicitarias explicando el riesgo de las drogas (84.0%)
- Leyes estrictas contra las drogas (81.3%)

PETICIONES DE TRATAMIENTO EN ZARAGOZA EN 2005

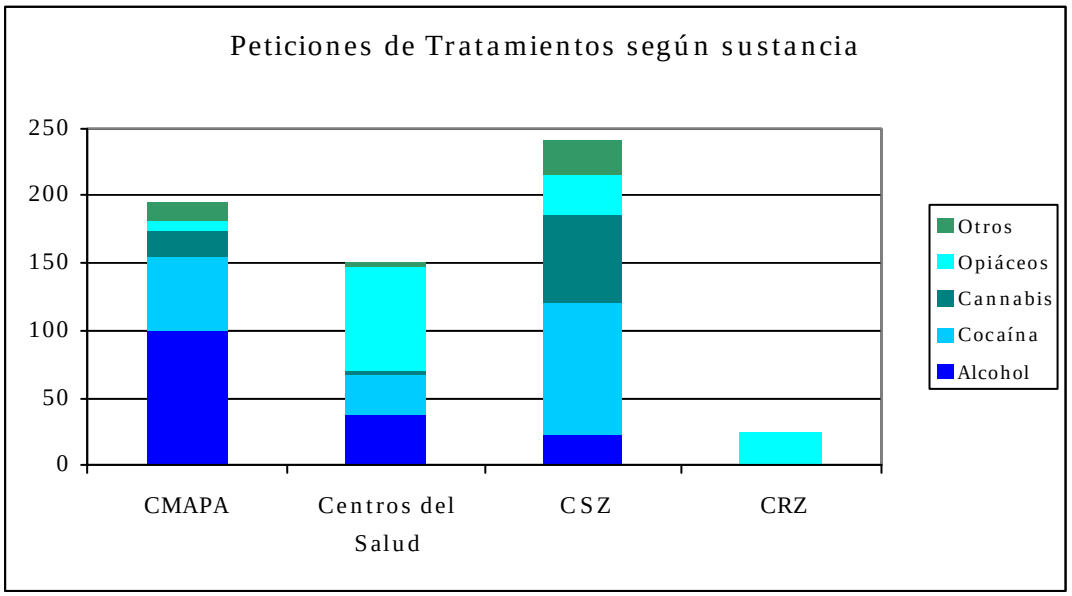
Según datos del Observatorio Español sobre Drogas. Protocolo del Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2005 del Plan Nacional sobre Drogas, durante el año 2005 se notificaron 609 inicios de tratamiento en Zaragoza en cinco centros de referencia:

Centro	Nº Tratamientos
CMAPA	194
Centros del SALUD	150
Centro Solidaridad	240
Cruz Roja	25
TOTAL	609



Las peticiones de tratamiento se concentran en cuatro sustancias:

Centro	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Opiáceos	Otros
CMAPA	100	54	20	7	13
Centros del Salud	38	30	2	77	3
CSZ	23	97	65	31	24
CRZ	0	0	0	25	0
TOTAL	161	181	87	140	40



Por franjas de edad las demandas de tratamiento de los menores de 20 años se concentran en el cánnabis (aunque hay un incremento de cocaína); entre los 20 y 30 años se desplaza a la cocaína; de los 30 a los 40 a los opiáceos (aunque está disminuyendo) y a partir de los 40 se concentran en el alcohol.

En el 2005 se sigue apreciando una presencia estable de extranjeros que solicitan tratamiento aunque la tendencia es alcista, sobre todo en Zaragoza.

Características sociológicas

- El 44,2 % del total residía con su familia de origen en los 30 días anteriores al inicio de tratamiento, lo que refiere un perfil del consumidor menos marginal.

- El 92% tiene, al menos, estudios Primarios (de ellos algo menos de la mitad tiene también estudios secundarios) y el 50,6% está trabajando. Destaca que el 57,6% de los consumidores de cannabis que inician tratamiento en 2005 estén estudiando, aunque es lógico si atendemos a su edad.

- El 78% son hombres, frente al 18% de mujeres (del resto no consta este dato).

- Las edades de mayor demanda se sitúan entre los 20 y 40 años, que concentran más del 57% de las intervenciones, pero destaca un 21% de inicios de tratamiento por debajo de los 20 años.

- El 48% de los inicios por cannabis se produce con menos de dos años de consumo. El consumo es casi exclusivamente por vía pulmonar o fumada.

- El 32% de los inicios por cocaína se produce con un periodo de consumo entre 2 y 5 años. El consumo es mayoritariamente por vía nasal esnifada.

- Casi en un 35% de los inicios por consumo de alcohol han transcurrido más de 25 años.

CONCLUSIONES

- El consumo de cualquier tipo de droga es más alto en varones y se reduce la edad de inicio en su consumo. En la actualidad es habitual el consumo de varias sustancias a la vez.

- El consumo de tabaco se va reduciendo poco a poco, pero la mujer se esta incorporando cada vez más al consumo de tabaco.

- El consumo de alcohol esta muy generalizado en la población de Zaragoza, aunque con variaciones en las pautas de consumo. Mas a diario en la población adulta y más de fin de semana entre los jóvenes. La edad de inicio continua disminuyendo, los más jóvenes comienza a beber antes. La intoxicaciones etílicas de fin de semana son propias de población de 15-24 años.

- El cánnabis es la droga ilegal más consumida en Zaragoza, su uso es esporádico y de fin de semana la edad en que más se consume es entre 15-19 años. La edad de inicio disminuye conforme son mas jóvenes. Los datos del estudio dan unos valores de consumo por debajo de lo esperado en comparación con otras informaciones.

- El consumo de cocaína es significativamente alto en los jóvenes hasta los 24 años, descendiendo notablemente la prevalencia en el resto de rangos de población.

- El éxtasis es una droga que se consume el final de semana y el rango en que se inicia su consumo es muy amplio.

- El consumo de anfetaminas y alucinógenos se centra en la población joven, siendo el numero de consumidores menor que en las drogas anteriormente citadas.

- Para todas las sustancias citadas, la actitud de los jóvenes es de tolerancia, especialmente cuando se trata de consumo experimental.

- La heroína, los inhalables, base y demás son drogas de carácter minoritario, lo que no significa que sus efectos ni su consumo sean desdeñables. El consumo de heroína se ha estabilizado en los últimos años.

- Las sustancias consideradas más peligrosas para la salud por los zaragozanos son la heroína los alucinógenas y la cocaína.

- La conducta que se considera que entraña menor riesgo es beber 5-6 cañas o copas en fin de semana. Si el consumo de alcohol es diario, la población lo considera más peligroso.

- La accesibilidad para conseguir marihuana, cocaína, éxtasis, LSD, es muy fácil casi para la mitad de la población y para la mayor parte de los jóvenes. Las drogas ilegales ocasionan intranquilidad en la población.

- Las actuaciones propuestas consideradas más importantes son realizar una labor educativa, apoyada de campañas publicitarias y mayor control legal y policial.

- El numero de tratamientos iniciados en Zaragoza nos indica la prevalencia de cocaína y cánnabis y la alta prevalencia de alcohol y tabaco. Los usuarios en tratamiento por opiáceos están incluidos mayoritariamente en programas de mantenimiento con metadona.

- El tratamiento de tabaquismo es muy alto considerando que los datos hacen referencia a un solo centro. Estos tratamientos se están generalizando en los centros de atención primaria.

- Por franjas de edad las demandas de tratamiento son: los menores de 20 años se centran el de cánnabis, entre los 20 y los 30 en la cocaína, entre los 30 y 40 en los opiáceos y a partir de los 40 en el alcohol y tabaco.

- El perfil del consumidor no es muy marginal, y posee al menos estudios primarios.

RECURSOS PARA LAS ADICCIONES EN ZARAGOZA

El principal recurso con que cuenta el Ayuntamiento de Zaragoza a la hora de realizar sus actuaciones en materia de prevención y atención a las adicciones es el Centro Municipal de Atención y Prevención a las Adicciones.

Además del CMAPA el Ayuntamiento fomenta la participación social en este ámbito mediante la firma de convenios y la concesión de subvenciones a entidades sin ánimo de lucro y asociaciones que agrupan a personas afectadas por estas patologías y que realizan actividades en el municipio

A continuación se hace una somera descripción de los centros y programas ubicados en Zaragoza o de ámbito regional, sin pretender ser exhaustivos en su descripción, tarea más propia de las guías de recursos. No se relacionan los recursos dedicados a la información y orientación, a la inserción social y laboral, al ocio y el tiempo libre y a otras actividades que son utilizados por las personas que sufre algún tipo de adicción pero que, por el principio de normalización son recursos abiertos a problemáticas de toda condición y que por su extensión su enumeración se haría excesivamente prolija y siempre inexacta.

Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones

- Programas de Prevención, Atención e Inserción

Dirección:	C/ Pablo Ruiz Picasso, 59. 50018 Zaragoza
Teléfono:	976 29 17 27/ 976 72 49 16
Correo electrónico:	prevencionadicciones@ayto-zaragoza.es atencionadicciones@ayto-zaragoza.es

Unidad de Asistencia y Seguimiento de Adicciones. Servicio Aragonés de Salud

- Programa de Atención a las adicciones
- Asesoría de familias
- Programa de Mantenimiento con Metadona

Dirección:	C/ Ramón y Cajal,, 68. 50004 Zaragoza
Teléfono:	976 71 52 61 Fax: 976 71 51 86
Correo electrónico:	areadrog.spz@aragon.es

Centro de Solidaridad de Zaragoza

Centro de tratamiento para las adicciones (CTA)

- Programa de mantenimiento con metadona (Ulises)
- Atención grupal o individual a consumidores de cocaína (Altair)
- Intervención familiar.
- Atención individualizada en situaciones de crisis.

Prevención

- Teleayuda: 976 328862
- Atención a jóvenes en situación de riesgo y a sus familias (Tarabidan).
- Centro de documentación
- Prevención Escolar, Familiar y Comunitaria
- Programa de formación para profesionales y voluntarios.

Dirección: C/ Lucero del Alba, 2 - 50012 Zaragoza
Teléfono y Fax: 976 331775
Correo electrónico: csz@solidaragon.org

Centro de Atención a Drogodependencias Cruz Roja Zaragoza

- Programa de Mantenimiento con Metadona
- Programa de Prevención de Recaídas
- Programa de Atención de Drogodependencias en Instituciones Penitenciarias

Dirección: C/ Allué Salvador, 8 - 50001 Zaragoza
Teléfono: 976 158705 Fax: 976 216960
Correo electrónico: enriques@cruzroja.es

Unidad de Tabaquismo - Facultad de Medicina

- Consulta de Deshabituación tabáquica.
- Deshabituación Tabáquica

Dirección: C/ Pedro Cerbuna, 12
Teléfono: 976 76 25 15

Asociación para la Prevención del Tabaquismo (Apta)

- Consulta de deshabituación tabáquica

Teléfono: 689 26 67 28

Asociación de Jugadores en Rehabilitación "Azajer"

- Prevención del juego patológico
- Programa Terapéutico dirigido a personas con problemas con el juego
- Programa de Atención a los familiares de los usuarios

Dirección: C/ Arias, 30 local - 50010 Zaragoza
Teléfono: 976 20 04 02 / 976 20 10 42 Fax: 976 20 10 42
Correo electrónico: azajer@azajer.com
Web: www.azajer.com

Departamento de Drogodependencias "Caid": Secretaría Salud Laboral y Medio Ambiente de Comisiones Obreras

- Asesoramiento
- Programas de Prevención en el ámbito laboral
- Programas de Asistencia
- Programas de Inserción socio-laboral

Dirección: Pº Constitución 12, 5ª planta - 50008 Zaragoza
Teléfono: 976 48 32 77 y 976 23 91 85 ext. 277 Fax: 976 212523
Correo electrónico: ddrogo.ar@aragon.ccoo.es

Servicio de Asesoramiento e Inserción Socio-Laboral. Unión General de Trabajadores

- Asesoramiento
- Programas de prevención en el ámbito laboral
- Programas de inserción socio-laboral

Dirección C/ Costa nº 1 Entlo - 50001 Zaragoza
Teléfono: 976 70 01 19 Fax: 976 70 02 08
Correo electrónico: drogodependencias@aragon.ugt.org

Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza

- Programas de prevención comunitaria

- Centro de documentación
- Apoyo técnico a las Asociaciones

Dirección C/ San Vicente de Paúl, 26 - Zaragoza
Teléfono: 976 39 33 05
Correo electrónico: info@fabz.org
Web: www.fabz.org

Comisión Ciudadana Antisida de Aragón

- Programa de reducción de daños
- Programa de Intercambio de jeringuillas
- Seguimiento y apoyo de población toxicómana

Dirección: C/ Pignatelli, 53 bajos - 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 43 81 35 Fax: 976 43 51 07
Correo electrónico: antisida@supervia.com

Federación de Asociaciones de Padres de Alumnos de Aragón (Fapar)

- Escuela de Padres de ámbito autonómico con seminarios monográficos
- Participación activa de las Asociaciones de Padres y Madres de la Enseñanza Pública

Dirección: Pza. Sto. Domingo, 15 - Zaragoza
Teléfono: 976 32 14 30 Fax: 976 32 14 30
Correo electrónico: fapar@fapar.org
Web: www.fapar.org

Consejo de la Juventud de Aragón

- Prevención dirigida a jóvenes de 12 a 30 años
- Formación de Mediadores/as juveniles
- Servicio de Información y Orientación sobre Educación y Promoción de la Salud dirigido a jóvenes entre 12 y 30 años
- Asesoramiento y apoyo para la realización de campañas de sensibilización e información para jóvenes, jornadas de salud...

Dirección: C/ Franco y López nº 4 - 50005 Zaragoza
Teléfono: 976 56 60 34 Fax: 976 56 76 12
Correo electrónico: lrubios@aragon.es

Fundación Valero Martinez. Asociación Aragonesa de Exalcohólicos. Asarex.

- Asistencia, atención y rehabilitación de enfermos alcohólicos
- Información y prevención
- Terapias de grupo para enfermos y familiares
- Actividades socio-recreativas
- Acogida al enfermo/a alcohólico/a

Dirección: C/ Cánovas 23,25 - 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 23 67 35 Fax: 976 22 70 23
Correo electrónico: asarex@asarex.org

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Aragón. Fara.
Compuesta por las siguientes Asociaciones: Bilbilis (Calatayud), Cinco Villas (Ejea de los Caballeros), Albada (Zaragoza) y ABATTAR(Andorra)

- Coordinación entre las Asociaciones federadas
- Papel interlocutor entre las Asociaciones y las Instituciones
- Encuentros entre las Asociaciones, jornadas de convivencia

Dirección: Avd. Valencia, 1 pral. A - 50005 Zaragoza
Teléfono: 976 352526
Correo electrónico: farazgz@terra.es

Parroquia Ntra. Sra del Carmen. Programa Alcozara

- Piso de Acogida para alcohólicos Prioridad: transeúntes e indomiciliados
- Centro de Día Horario de 10 a 18,30
- Programa de apoyo para familiares de alcohólicos
- Talleres ocupacionales
- Terapias de grupo

Dirección: P. María Agustín, 8 - 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 40 45 50 Fax: 976 43 89 99

Asociación de Alcohólicos Rehabilitados "Albada"

- Grupos de ayuda mutua

Dirección: Avda. Valencia, 1 Pral. A. - 50005 Zaragoza
Correo Electrónico: info@asociacionalbada.org

Asociación Alcohólicos Anónimos

- Grupos de ayuda mutua
- Información para dar a conocer el programa a distintos colectivos

Dirección: Plaza Añón 1 local C - 50002 Zaragoza
Apdo. Correos 7179 - 50080 Zaragoza
Teléfono: 976 29 38 35 - Móvil 627 22 25 00
Web: www.alcoholicos-anonimos.com

Centro de Apoyo Educativo Preventivo "Dinamis " para Menores y Familias

- Para menores de 18 años: talleres de prevención educativo terapéuticos, información, orientación y tratamiento en dependencias.
- Reeducación de conductas asociales(violencia, adicciones, fracaso escolar)
- Para las familias: orientación, escuela de padres y terapia familiar.

Dirección: C/ Rafael Alberti esquina Pablo Neruda - 50018 Zaragoza
Teléfono: 976 09 73 13

Centro Médico Drogodependientes "Izca" - Iniciativa privada

- Desintoxicación

- Programa Mantenimiento con Metadona

Dirección: C/ Azoque nº 60 2º Izda. - 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 220445
Correo electrónico: izcasl@teleline.es

Narcóticos Anónimos

- Grupo de Ayuda Mutua para personas con problemas de adicción a las drogas

Dirección: Plaza dos de Mayo s/n - 50007 Zaragoza
Teléfono: 678 97 72 04 y 902 18 06 40
Web: www.na.org

Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos"El Frago" - DGA

- Tratamiento en régimen de internamiento
- Programa de apoyo a familiares de residentes

Dirección: C. El Zarrampullo s/n - 50610 El Frago (Zaragoza)
Teléfono: 976 68 93 38 Fax: 976 68 92 31
Correo electrónico: ctelfrago@aragon.es

Fundación Centro de Solidaridad Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre

- Fundación Centro de Solidaridad
- Proyecto Hombre
- Comunidad terapéutica

Dirección: Camino de En medio s/n - 50011 Zaragoza
Teléfono: 976 34 01 75 Fax 976 34 01 86
Correo electrónico: comunidadph@telepolis.com

Centro de Rehabilitación y Reinserción Social "Visión"

- Acogida
- Tratamiento en régimen de internamiento

Dirección: Camino del Abejar, 130 – 50190 Zaragoza
Teléfono: 976 77 35 59

Fundación Argos

- Acogida
- Tratamiento en régimen de internamiento

Dirección: Carretera, 7. 50296 Urrea de Jalón (Zaragoza)
Teléfono: 976 65 56 42 FAX: 976 65 56 59
Correo electrónico: argosadicciones@terra.es

Proyecto "La Encina"

- Atención a varones sin recursos y sin hogar prioritariamente
- Centro de Día
- Piso tutelado para alcohólicos
- Piso de inserción

Dirección: Camino de Pinseque s/n - 50180 Utebo
Teléfono: 976 77 20 92

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ARAGÓN

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón elaboró en octubre de 2005 el Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras conductas adictivas 2005-2008 en el que se plantea la reordenación de los servicios existentes para hacer frente al fenómeno cambiante de las adicciones y las nuevas pautas de consumo, la formación de los profesionales y la promoción de hábitos saludables, la prevención y la coordinación con otros sistemas.

En este marco legislativo el presente Plan destaca como Líneas prioritarias de actuación las siguientes:

- Integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades y optimizar los recursos.
- Priorizar la prevención y los programas de reducción de daños en todas las conductas adictivas.
- Potenciar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.
- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por
- conductas adictivas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.
- Integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia en salud.

Se plantean 33 objetivos divididos en tres grupos según su finalidad: prevención, asistencia e integración social.

En lo que a las entidades locales se refiere se prevé una reordenación de servicios asistenciales y preventivos en la que el ámbito asistencial es competencia del Servicio Aragonés de Salud y el ámbito preventivo de la Dirección General de Salud Pública y en las corporaciones locales.

Organiza los recursos en tres niveles de atención

Recursos del primer nivel:

- Equipos de Atención Primaria: Centros de Salud.
- Servicios Sociales Comunitarios.
- Centros de Prevención Comunitaria

Recursos del segundo nivel:

- Centros de Salud Mental.
- Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil.
- Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA).
- Unidades de desintoxicación hospitalaria.

Recursos del tercer nivel:

- Comunidades Terapéuticas.
- Alternativas residenciales.
- Dispositivos de inserción socio-laboral.

En la previsión de centros necesarios y en lo que se refiere al municipio de Zaragoza está prevista la creación de

- 2 Centros de prevención comunitaria a constituir en 2006
- 3 Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones, a constituir en 2005

Situación actual del consumo de drogas en Aragón

No se disponen de datos pormenorizados sobre el consumo de drogas en las provincias, comarcas o sectores sanitarios. Del análisis de los que se dispone a partir de los aportados por el Plan Nacional sobre las Drogas se observa que no hay gran diferencia con la situación que existe en Zaragoza, por lo que los rasgos más destacables tal y como se expone en el Plan Autonómico son:

- El consumo de alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma.
- El consumo de heroína se ha estabilizado. No obstante continúan y lo harán por tiempo los problemas generados por el abuso de esta sustancia.
- Se observa un importante aumento del consumo de cocaína, speed, anfetaminas y cannabis, especialmente el consumo experimental entre los jóvenes muestra una actitud de tolerancia que contrasta con el cambio de actitud hacia la heroína, que suele ser de rechazo.
- La facilidad de acceso a las drogas sintéticas y cocaína es cada vez más considerable.
- Los abusos simultáneos de distintos tipos de sustancias son frecuentes.

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA

El Plan Nacional sobre Drogas

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas dependiente de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Le corresponde la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad.

La relación entre la Administración Central y las CC.AA. se efectúa a través de la Conferencia Sectorial en el ámbito político y a través de la Comisión Interautonómica, en el ámbito técnico.

La participación de la sociedad civil -Organizaciones no Gubernamentales, iniciativa privada, fundaciones, empresas, etc.- se articula mediante variadas fórmulas de cooperación.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), aprobado en 1985, pretendía dar respuesta a los nuevos modos de consumo generados a partir de los años 60 y, en especial, al consumo creciente de heroína, que había aumentado de forma importante en los años 70, con un impacto visible en miles de jóvenes y sus familias.

A principios del año 1999, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas impulsó un proceso para elaborar la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, con el objetivo de actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en España en el período de tiempo 2000-2008, y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y las Organizaciones no Gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

El Plan Nacional sobre Drogas aborda el fenómeno de las drogas desde una perspectiva global, lo que supone incorporar todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso, con especial atención al alcohol y al tabaco.

Prioriza la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de las drogas y tiene muy en cuenta los consumos de carácter recreativo de

fin de semana. Propone una prevención basada fundamentalmente en la educación y en la utilización saludable del ocio por los jóvenes. Para ello, se propugna una generalización de los programas preventivos a toda la población escolar, superando las actividades aisladas y puntuales y priorizando los grupos de alto riesgo.

Los objetivos generales se agrupan en seis áreas de intervención:

1. Reducción de la demanda (prevención del consumo, reducción de daños, asistencia e integración social)
2. Reducción de la oferta
3. Cooperación internacional
4. Desarrollo normativo
5. Investigación y formación
6. Evaluación y sistemas de información.

La fecha de vigencia de la Estrategia comprende desde el 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2008, estableciéndose los años 2003 y 2008 como fechas de referencia para proceder a su evaluación (parcial y total).

La Evaluación intermedia de 2003 ha sido completada por la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial

En esta evaluación se constatan las características generales del consumo y actitudes de la población española:

- Un aumento de los consumos de drogas (consumo excesivo de alcohol, consumo inadecuado de medicamentos psicotrópicos, aumento del consumo de cannabis y de cocaína, etc.).
- Una disminución de la percepción de riesgo.
- Un incremento de la percepción de la accesibilidad a las drogas.
- Una disminución o estabilización de la edad de inicio de los consumos.
- Un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol.

En los últimos años la Evaluación de la Estrategia muestra que ha habido importantes avances en los programas de reducción de daños. También se ha continuado mejorando la asistencia a las personas drogodependientes; se ha avanzado en la colaboración internacional y se han impulsado los programas de reducción de la oferta.

Por otro lado, se han puesto de manifiesto insuficiencias en los programas de prevención (en los ámbitos de los medios de comunicación, familiar, educativo); no se ha aprovechado convenientemente el potencial de la atención primaria; no se ha conseguido la adecuada coordinación entre las redes asistenciales (drogas, salud mental, etc.); hay insuficiencias en los programas de integración social y laboral; existen deficiencias en el conocimiento acerca de las drogas, las pautas de consumo, los daños sobre la salud y sobre la sociedad, y las causas e interacciones de estos procesos.

Ante esta situación el Plan Nacional sobre Drogas elaboro un Plan de Acción para el periodo 2005-2008 que define seis Ejes de trabajo, y 68 Acciones.

Estos Ejes son:

- La Coordinación;
- La Prevención y Sensibilización Social;
- La Atención Integral;
- La Mejora del Conocimiento;
- La Reducción de la Oferta y
- La Cooperación Internacional.

Situación Actual de los Consumos de Drogas en España

En España, sin contar con los efectos del tabaquismo, más de un millón de personas sufren problemas importantes de salud, y otros problemas familiares, laborales y sociales, relacionados con el consumo de drogas. Se estima que más de 20.000 personas mueren prematuramente cada año por las consecuencias directas o indirectas del consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales.

Como principales fuentes de información sobre las situación del consumo y actitudes sobre la drogodependencia contamos con la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) a la población de 15 a 64 años que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años y la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria que se realizó en 2004.

Edad de inicio del consumo de alcohol en población escolar

No ha variado sustancialmente la edad de inicio de consumo de alcohol por parte de la población escolar, que se sitúa en 13,7 años sin poder cumplir el objetivo fijado en la estrategia, que pretendía retrasar dicho inicio al menos en 6 meses.

En el caso de otras sustancias psicoactivas, ha disminuido ligeramente la edad de inicio de la población escolar en el consumo de cannabis (14,7), mientras que se ha incrementado en el caso de los inhalables volátiles (14,0). La cocaína (15,8), la heroína (14,4) y el éxtasis (15,6) permanecen estables.

Diferencias en el consumo por sexo

Salvo en tranquilizantes o sedantes, la prevalencia es siempre más alta entre hombres que entre mujeres. Destacan especialmente las diferencias en los últimos 30 días, en el uso de cannabis, donde por cada 3 consumidores varones hay una mujer (12.5% en hombres y 4.7% en mujeres) y en el de cocaína donde por cada mujer consumen 2 hombres (2.5% en hombres y 0.7% en mujeres).

Igualmente en cuanto a las drogas de comercio legal, el consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 76.0% en hombres y de 52.9% en mujeres, y la de tabaco de 43.1% y 33.6%, respectivamente.

Diferencias en el consumo por edad

El consumo se concentra en los menores de 35 años. Para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es mucho más alta en el grupo 15-34 años. Así, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 19,8%, 5,2% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 4,7%, 1,3% y 0,4% en 35-64 años.

El consumo de alcohol o tabaco en los últimos 12 meses también son algo superiores en el grupo 15-34 años(79,4% y 47,3%) que en el grupo 35-64, (74,7% y 38,4%). Finalmente, el grupo de 35-64 años consume en mayor proporción tranquilizantes (8,4%) y somníferos (5,8).

Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas se relaciona probablemente con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo menor probabilidad de desarrollarla y viceversa.

De todas las conductas, las consideradas más peligrosas son, el consumo habitual (semanal o con mayor frecuencia) de heroína (96,5% consideran que puede producir muchos o bastantes problemas), el de LSD o alucinógenos (95,4%), el de cocaína (96,1%) y el de éxtasis (95,4%). En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana (42,9%), el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente (57,8%), considerando esporádico el consumo con una frecuencia mensual o menor, y el consumo esporádico de cannabis (61,4%).

También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis (77,6%) o tranquilizantes/somníferos (76,2%), así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos (86%) o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas (86,2%).

La percepción de riesgo, para todas las conductas, excepto para el consumo habitual de tranquilizantes o somníferos, es más elevado para las mujeres.

Disponibilidad de drogas

En general la población española percibe que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. Más del 43% de la población española de 15-64 años considera que es fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos o cannabis) en un plazo de 24 horas.

La dificultad percibida para obtener drogas aumenta con la edad de la población, siendo la de mayor edad, la que afirma que tendría más problemas para obtenerlas.

En cuánto a las tendencias temporales, se observa un aumento creciente entre 2001 y 2005 de la disponibilidad percibida de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis), correspondiendo los mayores aumentos a cannabis y cocaína (4 y 3 puntos respecto al año 2003 respectivamente).

La Estrategia Nacional se había fijado como objetivo una disminución de la accesibilidad.

Consumo de tabaco

En 2005 la proporción de españoles de 15-64 años que había fumado diariamente en los últimos 30 días fue del 32,8% lo que supone una disminución con respecto a 2003 que fue del 36,7%, siendo las prevalencias de consumo en los 30 días y en los 12 meses previos 6 puntos porcentuales superiores cada una.

Por grupos de edad y sexo, la prevalencia de consumo diario más elevada correspondía a los hombres de 35-64 años y la mas baja a las mujeres de ese mismo grupo de edad.

En cuanto a la intensidad del consumo el número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los que fumaban todos los días fue de 15,7.

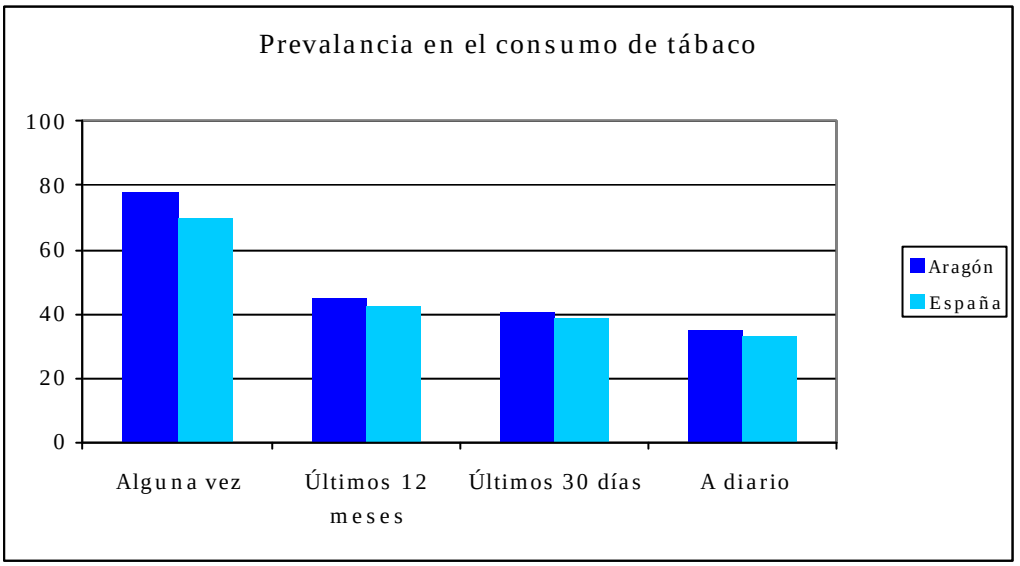
La edad media de inicio en el consumo de tabaco fue de 15,8 años entre los hombres y de 17,3 años entre las mujeres.

Evolución del consumo de tabaco

	1997	1999	2001	2003	2005
12 últimos meses	46,8	44,7	46	47,8	42,4
últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4
diario	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8
Edad media inicio	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4

Prevalencias de consumo de tabaco

CC.AA	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Aragón	77,7	44,6	40,4	34,4
España	**69,5**	**42,4**	**38,4**	**32,8**



Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva más extendida en la población española. De hecho, la proporción de españoles de 15-64 años que había consumido alguna vez bebidas alcohólicas en los 12 meses y en los 30 días previos a la encuesta fue 76,7% y 64,6%, respectivamente, sin que haya variación significativa con relación a 2003. Con respecto al consumo habitual, un 48,2% había tomado bebidas alcohólicas al menos un día por semana en los 12 meses previos a la encuesta, un 75% más de 8 días en los 30 días previos y un 14,1% diariamente durante este último período.

En 2003 y por lo que se refiere a los indicadores de consumo más problemático, un 21,2% se había emborrachado alguna vez en los 12 meses previos a la encuesta, y un 5,3% era “bebedor de riesgo”.

El consumo esta bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres, tanto en lo que se refiere al consumo esporádico como al habitual y de riesgo

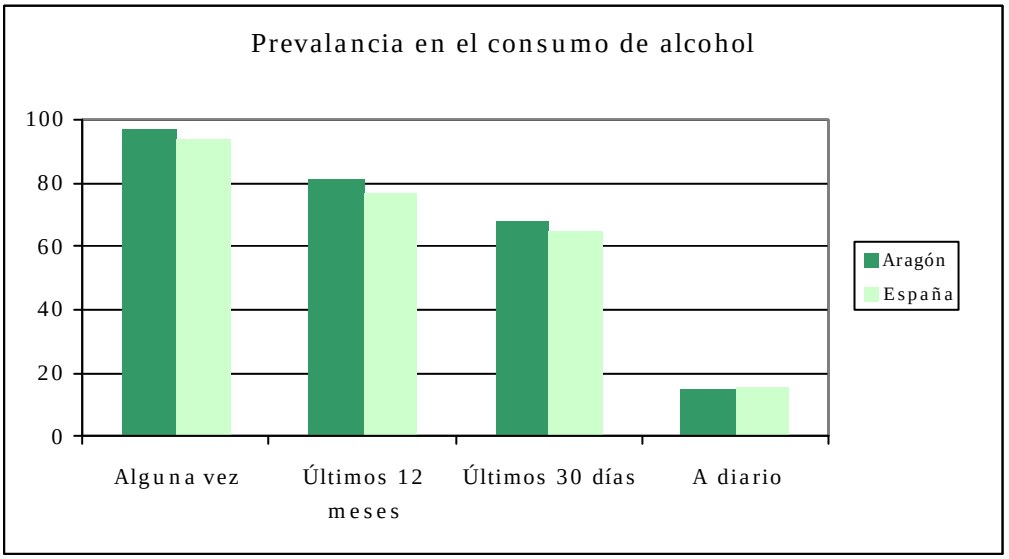
Por grupos de edad también se observaron algunas diferencias importantes. Así, entre los jóvenes de 15-34 años estaba algo más extendido el consumo esporádico, y mucho más extendida la práctica de emborracharse. De hecho, un 31,2% de las personas esta edad se había emborrachado en los últimos 12 meses frente a un 13,2% de los de 35-64 años. Por su parte, en esta última población está mucho más extendido el consumo diario (20,8% frente a 5,9% en el grupo 15- 34 años), y algo más extendido el consumo de cantidades medias de alcohol que pueden suponer riesgos para la salud medido por la prevalencia de "bebedores de riesgo".

Evolución del consumo de Alcohol

	1997	1999	2001	2003	2005
12 últimos meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7
últimos 30 días	64	61,8	63,7	64,1	64,6
diario en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9
Edad media de inicio	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7

Prevalencias de consumo de Alcohol

CC.AA	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Aragón	96,7	81,0	67,6	14,6
España	**93,7**	**76,7**	**64,6**	**14,9**



Consumo de cannabis

Los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales más consumidas en España. En 2005, un 28,6% de los españoles entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida; un 11,2% en los últimos 12 meses; un 8,7% alguna vez en los últimos 30 días y un 2% a diario en este último período. Esto supone

un aumento con respecto a 2003 en el que el 7,6% había consumido alguna vez en los últimos 30 días y un 1.5% a diario.

En 2003,la prevalencia de consumo fue mucho más alta en los hombres que en las mujeres. De hecho, un 16,2% de los hombres de 15-64 años las había consumido en los últimos 12 meses frente a un 6,3% de las mujeres.

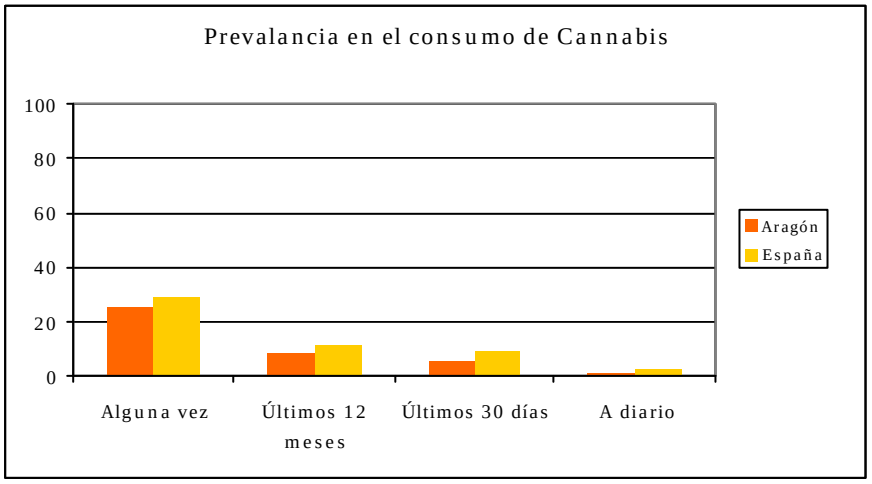
El consumo se concentra en las edades jóvenes. Así, por ejemplo, un 20,1% de los jóvenes de 15-34 años había consumido cannabis en los últimos 12 meses frente a un 4,2% de la población de 35-64 años.

Evolución del consumo de cannabis

	1997	1999	2001	2003	2005
12 últimos meses	7,7	7	9,2	11,3	11,2
últimos 30 días	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7
diario en los últimos 30 días	0,7	0,8	1,5	1,5	2
Edad media de inicio	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3

Prevalencias de consumo de cannabis

CC.AA	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Aragón	25,5	8,3	5,4	1,3
España	**28,6**	**11,2**	**8,7**	**2,0**



Consumo de cocaína

La cocaína en polvo es la segunda droga de comercio ilegal más extendida en España después del cannabis. En 2003 un 5,9% de la población de 16-64 años había consumido esta sustancia alguna vez en la vida, un 2,7% en los últimos 12 meses y un 1,1 % en los últimos 30 días. El consumo tiene generalmente un carácter esporádico, siendo baja la proporción de personas que la consume de forma habitual. De hecho, sólo un 0,3% la había consumido semanalmente en los últimos 30 días.

En 2003 el consumo fue varias veces más elevado en los hombres que en las mujeres (4,1% la habían consumido en los últimos 12 meses) que en las mujeres (1,2%), y en los jóvenes de 15-34 años (4,8%) que en la población de mayor edad (0,9%).

Consumo de éxtasis

En 2003 un 4,6% de la población española de 15 y 64 años había consumido éxtasis alguna vez en la vida, un 1,4% en los últimos 12 meses y un 0,4% en los últimos 30 días. El consumo tiene un carácter aún más esporádico que en el caso de la cocaína. De hecho, sólo un 0,1% la había consumido semanalmente en los últimos 30 días, y no aparecieron consumidores diarios.

Se trata de drogas cuyo consumo se restringe casi exclusivamente a la población joven. De hecho, en 2003 sólo un 0,1% de la población de 15-64 años las había consumido en los últimos 12 meses, mientras que lo había hecho un 2,9% de la población de 15-34 años.

Al igual que sucede con otras drogas de comercio ilegal, la prevalencia de consumo entre los hombres es bastante más elevada que en las mujeres (2% de los hombres de 15-64 años las habían consumido en los últimos 12 meses frente a un 0,8% de las mujeres)

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA UNIÓN EUROPEA

Las políticas de Unión Europea y de los países miembros

Aunque definir las políticas en materia de drogas sigue siendo una prerrogativa de cada Estado miembro, existe en la actualidad un firme consenso acerca de las ventajas que puede aportar la colaboración a nivel europeo.

El avance más importante para conformar la colaboración europea y las futuras medidas en materia de drogas es la nueva estrategia sobre drogas de la Unión Europea para el período 2005-2012 y los dos planes de acción que la acompañan, en el primero de los cuales los Estados miembros especifican alrededor de 100 medidas concretas que se aplicarán hasta 2008.

Se proponen medidas para frenar tanto el suministro como la demanda, y se ha aceptado que son necesarias acciones básicas para obtener pruebas de su eficacia, así como una evaluación sistemática de los avances realizados. Aunque existen importantes diferencias entre las políticas de los Estados miembros, casi todas las estrategias de reducción de la demanda contemplan elementos de prevención, tratamiento y reducción de los perjuicios para la salud, aunque la importancia otorgada a cada uno de ellos varía de un Estado miembro a otro.

En lo relativo al control de la oferta otro punto en común de muchas políticas nacionales es la modificación legislativa de la distinción entre el delito de posesión para consumo personal y los relacionados con el tráfico y suministro de drogas. Por regla general, se ha pasado a endurecer las sanciones para estos últimos y a dictar menos sentencias privativas de libertad para los primeros.

Este cambio de énfasis está en línea con la tendencia que se registra en todo el territorio europeo a aumentar las oportunidades de tratamiento y a dar más importancia a las intervenciones que apartan a las personas afectadas por problemas de drogas del sistema penal para encauzarlas hacia el tratamiento y la rehabilitación.

A este respecto una parte importante del debate se plantea en la cuestión de si es o no necesario que la ley especifique la cantidad de drogas que constituye el límite del consumo personal. No existe consenso a este respecto y los países europeos han adoptado enfoques diferentes, que van desde la adopción de directrices operativas generales hasta la especificación de límites legales.

Planes de acción

En el ámbito de la UE, dos planes de acción crean, directa o indirectamente, el marco de referencia para el desarrollo de la política de la UE en materia de drogas

El plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008 que toma como referencia la evaluación final de la estrategia de la UE en materia de drogas y del plan de acción sobre drogas (2000-2004). El nuevo plan de acción sigue la estructura y los objetivos de la estrategia de la UE en materia de drogas 2005-2012 y recoge alrededor de 100 acciones concretas que la UE y sus Estados miembros han de aplicar hasta finales de 2008.

Además, en junio de 2005 el Consejo aprobó el plan de acción por el que se aplica el programa de La Haya, que establece los objetivos que deben alcanzarse en las áreas de la libertad, la seguridad y la justicia en la Unión Europea a lo largo del período 2005-2010.

El plan de acción de la UE 2005-2008 refleja el planteamiento global, equilibrado e interdisciplinario de la UE para hacer frente al problema de la droga, que aborda la cuestión desde todos los ángulos: coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, cooperación internacional, información, investigación y evaluación.

La evaluación será incremental, con la revisión del progreso anual se establece la relación entre los resultados del año anterior y el contexto del año precedente. Una vez concluido el plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008, se realizará una evaluación del impacto con vistas a proponer un nuevo plan de acción para el período 2009-2012, el cual tomará la evaluación como punto de partida. Entonces, la Comisión efectuará en 2012 una evaluación final de la estrategia y de los planes de acción.

El consumo de drogas en la UE

Con el objeto de tener una referencia sobre nuestras prevalencias y pautas de consumo se presentan a continuación los datos e informaciones que ofrece el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en su Informe Anual 2006 que está disponible en su pagina web.

Consumir drogas en Europa es más barato que nunca

Aunque existen muy pocos datos históricos sobre precios en la calle y éstos son difíciles de interpretar, resulta preocupante que esta tendencia reciente coincida con los indicios de que los precios pueden estar bajando a largo plazo. Por ejemplo, la información disponible sobre algunos países de alta prevalencia indica que la cocaína y el éxtasis eran mucho más caros a finales de los años ochenta y principios de los noventa que en la actualidad.

Prevalencia y pautas de consumo de cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia en Europa. Su consumo se vio incrementado en casi todos los países de la UE durante los años noventa, en particular entre los jóvenes y los escolares.

Se estima que alrededor de 65 millones de europeos adultos, lo que equivale aproximadamente al 20 % de las personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, han probado esta sustancia al menos una vez, aunque cabe recordar que, en la mayoría de los casos, no la están consumiendo ya. Las cifras por países presentan grandes variaciones (entre el 2 % y el 31 %) registrándose en Malta, Bulgaria y Rumanía las cifras más bajas, y las más altas en Dinamarca, (31 %), España (29 %), Francia (26 %) y el Reino Unido (30 %)

Sobre el consumo en el último año se estima que alrededor de 22,5 millones de europeos adultos consumieron cannabis durante el último año, lo que equivale a una tasa de prevalencia del 7 %. Por países, fluctúan entre el 1 % y el 11 %, registrándose en Grecia, Malta y Bulgaria las cifras más bajas, y las más altas en España (11,3 %), Francia (9,8 %) y el Reino Unido (9,7 %)..

Se estima que 12 millones de europeos adultos han consumido esta droga en los últimos 30 días, lo que corresponde a alrededor de un 4 % de la población adulta. Las cifras por países oscilan entre el 0,5 % y el 7,5 %, lo que supone una diferencia de 15 veces . Las cifras más bajas corresponden a Lituania, Malta, Suecia y Bulgaria, y las más altas a la República Checa (4,8 %), España (7,6 %) y el Reino Unido (5,6 %) (57).

El consumo de cannabis tiende a ser ocasional, o a interrumpirse después de un cierto tiempo de haberse iniciado. Por término medio, el 33 % de los europeos que han tenido alguna experiencia con el cannabis afirma haberlo consumido en el último año, mientras que sólo el 16 % lo ha consumido en los últimos 30 días.

El consumo de cannabis, al igual que el de otras drogas ilegales, es notablemente mayor entre hombres que entre mujeres. La diferencia es más acentuada en el caso del consumo en el último año o último mes que en el caso de consumo a lo largo de la vida, pero las diferencias son menores entre jóvenes que entre adultos de más edad (véase la cuestión particular sobre género).

Anfetaminas, éxtasis y otras drogas psicotrópicas

Entre los Estados miembros de la UE, el consumo de anfetaminas y de éxtasis parece ser relativamente alto en sólo unos pocos países, concretamente en la República Checa, Estonia y el Reino Unido.

Las encuestas recientes realizadas entre la población adulta (15-64 años) revelan que la prevalencia del consumo de anfetamina a lo largo de la vida en Europa oscila

entre el 0,1 % y el 5,9 %, excepto en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), donde alcanza el 11,2 %. Tomando como base las encuestas de población general, se ha estimado que casi 10 millones de europeos han probado esta sustancia, y más de 2 millones han consumido anfetamina en los últimos 12 meses.

El consumo de éxtasis es un fenómeno que se da predominantemente entre los jóvenes. En el grupo de 15 a 24 años, las tasas de consumo a lo largo de la vida oscilan entre el 0,4 % y el 18,7 %, siendo la República Checa (18,7 %) (116) y el Reino Unido (10,7 %) los países con las cifras más elevadas.

En cuanto a las diferencias entre sexos, los hombres registran mayores tasas de consumo (0,3-23,2 %) que las mujeres (0,4-13,9 %). El consumo en el último año fluctúa entre el 0,3 % y el 12 %, siendo la República Checa (12 %) y Estonia (6,1 %) los países donde se han registrado las cifras más elevadas.

Las tasas de prevalencia suelen ser más altas en áreas urbanas, y en particular entre los asiduos a las discotecas, clubes o eventos de baile

Prevalencia y pautas de consumo de la cocaína

Se calcula que unos 10 millones de europeos, es decir, más de un 3 % del total de la población adulta, han consumido cocaína al menos una vez. Los porcentajes nacionales de personas que admiten haber consumido esta sustancia varían entre un 0,5 % y un 6 %, con Italia (4,6 %), España (5,9 %) y el Reino Unido (6,1 %) a la cabeza de la clasificación. Se estima que unos 3,5 millones de adultos han consumido cocaína durante el último año, es decir, un 1 % del total de la población adulta. Los porcentajes nacionales en la mayoría de países varían entre un 0,3 % y un 1 %, aunque los niveles de prevalencia son superiores en España (2,7 %) y el Reino Unido (2 %).

Como sucede con otras drogas ilegales, el consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el consumo a lo largo de la vida alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años, aunque el consumo en los últimos 12 meses es superior entre las personas de 15 a 24 años. La cocaína se consume sobre todo entre los 20 y los 30 años de edad, aunque, comparado con el de cannabis, el consumo es menos habitual entre las personas más jóvenes.

En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es aparentemente ocasional, tiene lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas), donde puede alcanzar unos niveles bastante elevados. Los estudios de investigación realizados con gente joven en locales de música y baile de distintos países arrojan estimaciones en cuanto a prevalencia de consumo de cocaína mucho más elevadas que las obtenidas entre la población general, con una prevalencia de vida entre el 10 % y el 75 %.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS, PROGRAMAS Y ACTUACIONES

Las características sociales de la ciudad, al igual que ocurre con el resto de urbes de nuestro entorno marcan una serie de pautas y comportamientos sociales en la vida diaria y en el uso del tiempo libre sobre todo por parte de los jóvenes, como ha quedado reflejado en el análisis de la situación desarrollado con anterioridad.

La vinculación de los hábitos de ocio y diversión de una gran parte de los jóvenes basados en el binomio fin de semana y consumo de alcohol y otras sustancias son el marco de referencia de las actuaciones preventivas y de información en las que el Ayuntamiento pretende cargar el peso de su política sobre las adicciones, de acuerdo con sus posibilidades y competencias, en el marco de la coordinación institucional con las administraciones autonómica, estatal y europea.

BASES ESTRATÉGICAS

Los programas y actuaciones de este Plan están orientados a retrasar la edad de contacto, disminuir el consumo experimental, evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas y evitar las adicciones a sustancias legales o ilegales. Nuestro intento va a ser que los ciudadanos y las ciudadanas desarrollen una actitud crítica frente a las drogas y que sean capaces de adoptar decisiones ante las situaciones para que se haga un consumo responsable y minimizar los riesgos asociados a los usos inadecuados de drogas.

Sin olvidar las función de atención a las personas que ya tienen problemas de adicción, ya sea a sustancias legales, ilegales o ludopatía, para las que el Centro Municipal de Atención a las Adicciones seguirá trabajando con el objetivo de la deshabituación, atención del entorno social e inserción social y laboral.

Todo ello en el marco del Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas y la coordinación con instituciones y colaboración con las entidades sociales de la ciudad.

De esta manera se pueden describir una serie de objetivos estratégicos que deben marcar el desarrollo de las líneas de actuación y el desarrollo de los programas

- En el marco de la Ley 3/2001 y del Plan Autonómico, la prioridad de las actuaciones del Ayuntamiento deben de ser los programas de prevención para los diferentes ámbitos, realizando las actuaciones de atención en coordinación

con el Servicio Aragonés de Salud y promoviendo la inserción a través de recursos normalizados.

- Continuar desarrollando e implementando programas de prevención en el ámbito educativo. Estos programas tendrán diversos grados de especificidad en cuanto a su contenido y adaptación a las características evolutivas y sociales de las poblaciones diana a las que se dirigen.

- Incidir especialmente en programas preventivos y de atención dirigidos a las drogas legales, como sustancias de consumo mayoritario y a los estimulantes, como sustancias emergentes por el crecimiento de su consumo.

- Tomar como prioritario el colectivo de los más jóvenes facilitando los medios adecuados de atención y prevención como principal población de riesgo.

- Tener en cuenta en las políticas y programas sobre las adicciones la especificidad de los colectivos diferentes culturalmente.

- Implementar un sistema de información tanto cuantitativo como cualitativo que permita analizar la incidencia de los programas en los comportamientos sociales, de cara a su evaluación para orientar la toma de decisiones.

- Prestar atención a la posible aparición de nuevas adicciones.

- Potenciar la coordinación interinstitucional, interáreas de la corporación local y con las entidades sociales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Los objetivos de este Plan Municipal se van a abordar con la realización de 38 actuaciones agrupadas en 9 programas, que siguen las directrices marcadas en cada una de las 6 líneas estratégicas

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Prevención
2. Atención
3. Inserción
4. Formación
5. Investigación y Participación Social
6. Coordinación

PROGRAMAS

1. Prevención en el ámbito educativo
2. Prevención en el ocio y el tiempo libre
3. Prevención en el ámbito comunitario
4. Prevención en la familia
5. Prevención en el ámbito laboral
6. Atención a las personas con adicciones
7. Reincorporación social
8. Formación en drogodependencias y otras adicciones
9. Investigación y Participación Social
10. Coordinación

ACTUACIONES

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO	1. Prevención de las adicciones en educación primaria 2. Prevención de las adicciones en el primer ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria 3. Prevención de las adicciones en el segundo ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria. 4. Prevención de las adicciones en Bachillerato 5. Prevención de las adicciones en universitarios 6. Prevención de las adicciones en enseñanzas no convencionales
PREVENCIÓN EN EL OCIO Y EL TIEMPO LIBRE	7. Actuaciones en Ludotecas y Centros de Tiempo Libre 8. Prevención desde la Educación de Calle 9. Actuaciones en las Casas de Juventud 10. "12 lunas" - Ocio y deporte nocturno para jóvenes 11. Prevención desde los deportes 12. Prevención desde la ocupación de los espacios escolares y deportivos
PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO	13. Prevención en el ámbito comunitario 14. Reducción de riesgos y daños 15. Actuaciones en medios de comunicación
PREVENCIÓN EN LA FAMILIA	16. Familia y Escuela 17. Actuaciones con familias de personas alcohólicas 18. Taller informativo para padres y madres
PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL	19. Apoyo a la prevención en el ámbito laboral

ACTUACIONES

ATENCIÓN	20. Deshabituación tabáquica 21. Abordaje integral de la enfermedad alcohólica 22. Atención a personas con ludopatía 23. Actuaciones con consumidores de cocaína 24. Jóvenes policonsumidores 25. Atención a familiares de personas con adicción
REINCORPORACIÓN SOCIAL	26. Actuaciones para la autonomía personal 27. Actuaciones con la comunidad
FORMACIÓN	28. Formación a mediadores del ámbito educativo 29. Formación a mediadores del ámbito comunitario 30. Formación a mediadores del ámbito sanitario 31. Formación a mediadores del ámbito laboral 32. Formación a mediadores de entidades sociales 33. Implicación de los medios de comunicación 34. Formación continuada de los profesionales
INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	38. Observatorio Municipal de las Adicciones 36. Apoyo a las entidades sociales
COORDINACIÓN	35. Coordinación de los servicios municipales 37. Coordinación institucional

1 PREVENCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

La principal línea estratégica que el Ayuntamiento de Zaragoza quiere desarrollar en su política sobre adicciones es la prevención, siguiendo la línea marcada por las estrategias española y europea, por la Ley 3/2001 de 4 de abril del Gobierno de Aragón de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias y por el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas.

- El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas realizado por el Departamento de Salud y Consumo distribuye las competencias entre la Dirección General de Salud Pública, las corporaciones locales y el Servicio Aragonés de Salud. A las dos primeras instituciones corresponde la prevención a través de lo que el Plan denomina Centros de Prevención Comunitaria, impulsando una Red Autonómica de Centros de Prevención Comunitaria de titularidad local que se integrarán preferentemente en los Servicios Sociales Comunitarios.

- La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 considera la reducción de la demanda una de sus áreas específicas de intervención, comprendiendo dentro de ella: la prevención del consumo, la reducción de los daños, y la asistencia e integración social. En conjunto, y dentro de esa área, la Estrategia establece 35 objetivos a alcanzar durante el período de vigencia de la misma.

- El Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008 incluye acciones que tienen que ver con la reducción de la demanda en dos de sus 6 ejes de trabajo: Prevención y sensibilización social (13 acciones) y Atención integral (18 acciones).

- La Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012), pretende la reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas, mediante el desarrollo y la mejora de un sistema de reducción de la demanda global y basado en los conocimientos que incluya medidas para la prevención, la intervención rápida, el tratamiento, la reducción del daño, la rehabilitación y la reinserción social en los Estados miembros de la UE.

Una vez enmarcado el papel de referente básico que el Ayuntamiento de Zaragoza debe de jugar en el establecimiento de la política local de prevención se definen los programas de prevención en los siguientes ámbitos:

a. Educativo
b. Ocio y tiempo libre
c. Comunitario
d. Familiar
e. Laboral

La prevención como eje prioritario del Plan Municipal

La importancia de la prevención viene marcada por la gran relevancia de las consecuencias de las conductas adictivas, afectando tanto la esfera individual, como la sanitaria y social, pasando por la familiar, de orden público, económica, etc. Ante esta realidad, la prevención se erige como un "un conjunto de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas, a fin de reducirlos a mínimos socialmente aceptables dada la inviabilidad de su eliminación" (Melero y Ortiz, 1999).

La prevención, enmarcada en la promoción de la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, los grupos y las comunidades, constituye una estrategia orientada a minimizar los riesgos asociados a los usos inadecuados de drogas. Al hablar de prevenir el abuso de drogas, se hace referencia a todas ellas y, de manera particular a aquellas que, por ser más consumidas, generan más problemas en nuestro entorno social: el alcohol y el tabaco.

Dada la complejidad del fenómeno de las adicciones, la prevención, para ser eficaz, debe contemplar los factores asociados a las sustancias (información sobre riesgos, cuestionamiento crítico de su supuesta inevitabilidad en contextos lúdicos, etc.), a la persona (educación para favorecer su desarrollo de forma autónoma) y al contexto social y medioambiental (educación para concienciar a los distintos sectores de la población sobre la importancia de comprometerse con la prevención).

Las últimas investigaciones sociales sobre la prevención realizadas en nuestro entorno cultural plantean una disyuntiva entre lo deseable y lo posible, entre plantear como objetivo que las personas no consuman drogas, lo que indudablemente es idealista y utópico, o ponerse como meta un objetivo realista como es el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir.

El análisis de la situación realizado indica que hay un alto consumo experimental y un alto consumo recreativo, especialmente entre los jóvenes. Así pues un objetivo debe de ser el evitar la transición entre estos consumos experimentales a otros más intensos y no ir pasando de unas a otras sustancias. En gran medida la adicción patológica va unida al policonsumo, con graves problemas asociados a su dependencia y con una enorme dificultad para abandonar las drogas de consumo por su gran poder adictivo. En este contexto es especialmente preocupante el consumo de las tres primeras drogas a nivel cuantitativo, alcohol, tabaco y cannabis.

Por ello, el objetivo de los programas preventivos debe de tener en cuenta las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: la universal, la selectiva y la indicada

La prevención universal se dirige a todo el grupo de referencia, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos, como la mayoría de los programas preventivos escolares, que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores. La prevención selectiva se dirige a grupos de riesgo, a un subgrupo que tiene un riesgo mayor de ser consumidores. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Modelo teórico general

Establecer un modelo teórico explicativo del fenómeno sobre el que se quiere intervenir resulta prioritario. Si bien en la actualidad conviven varios enfoques a la vez, el modelo general subyacente a los programas preventivos de adicciones se fundamenta en lo que hasta la fecha se conoce acerca de la etiología de las conductas adictivas y que a modo de resumen podrían concretarse en tres ejes básicos:

- Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas de unas personas respecto a otras.
- Se da una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
- Toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

La prevención debe, por tanto, centrarse en poner en marcha acciones para frenar las conductas adictivas así como para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento de tal conducta en variables del individuo, del sistema social, así como en otras conductas relacionadas (baja autoestima, predisposición, conductas delictivas...).

Si bien es cierto que en el campo de la prevención de las adicciones se dispone de un amplio número de teorías, ninguna de ellas resulta dominante. Por ello, generalmente los programas preventivos suelen tomar como referencia diferentes modelos teóricos, entre los que cabe destacar:

- Modelo sobre Promoción de la Salud (OMS; 1986). Desde este modelo se considera que los estilos de vida de los distintos grupos sociales pueden mejorar si se crean las condiciones necesarias para que las personas puedan incrementar el control –y mejorar- los factores que condicionan e influyen en su salud. Consecuentemente, un programa basado en este modelo debe aspirar a mejorar las capacidades individuales o grupales para: modificar las condiciones medioambientales, asegurar el acceso a una información veraz y asequible, fomentar habilidades y capacitar para la adopción de las opciones más saludables.

- Teoría de la conducta de riesgo (Jessor y Jessor, 1991). Considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo, y unos resultados de riesgo. La conducta es un importante factor de riesgo, de ahí que conocer la conducta que actúa como factor de riesgo, así como sus antecedentes y consecuentes, se convierte en una tarea esencial para evitar la morbilidad y mortalidad posterior.

- Modelo ecológico (Bronfenbrenner y Ceci, 1994). Desde este modelo se plantea una nueva concepción del desarrollo humano en su teoría bio-ecológica. Dentro de esta teoría, el desarrollo es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. Bronfenbrenner y Ceci (1994) argumentan que, en el transcurso de la vida, el desarrollo se produce a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato (microsistema/ mesosistema) como el remoto (exosistema/macrosistema) y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. El modelo teórico es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo.

- Modelos de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat el al., 1995). Las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con la dinámica personal y social anteriores al contacto con las drogas. Son muchos los factores de riesgo y de protección que se asocian al consumo de drogas. La prevención se orienta, precisamente, a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma.

- Modelo de desarrollo social (Catalano, Hawkins et al., 1996). Parte de que los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial, son similares. La conducta antisocial, entre la que se incluye el consumo de drogas, es el resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes ámbitos: individual. Familiar, escolar, grupo de iguales y comunidad.

- Modelo de entrenamiento en habilidades para la vida (Botvin, 1999). Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales (autoestima, resistencia a la presión de los iguales, manejo de la ansiedad, comunicación efectiva, asertividad,...). Se trata en definitiva de aumentar las competencia general y reducir la vulnerabilidad a las influencias sociales.

Objetivos de la línea de actuación

- Reducir el interés social y la demanda de drogas, desarrollando las competencias y capacidades personales.
- Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a actitudes favorecedoras del consumo de drogas y otras conductas adictivas.
- Intervenir sobre las condiciones socioculturales que inciden en las conductas adictivas.
- Fomentar la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.
- Educar en el consumo responsable.
- Informar a la población sobre las sustancias y conductas capaces de generar dependencia.

Principios de la línea de actuación

- La prevención se debe entender como una actividad continuada en el tiempo por una doble razón:
    - Por entender que los problemas relacionados con el consumo de drogas no tienen un carácter pasajero sino que por el contrario van a persistir durante largo tiempo y por otra,
    - Por el hecho de que la investigación ha puesto de manifiesto que la eficacia de los programas preventivos es mucho mayor si responden a un desarrollo planificado y programado, cuyas directrices vengan delimitadas por los objetivos globales planteados.

- Los programas de prevención deben incluir todas las formas de consumo de drogas, tanto las legales (alcohol, tabaco y fármacos), como las ilegales.

- Debe estar incluida en una política global. Si partimos de que el consumo de drogas es un fenómeno multicausal, cualquier intervención preventiva debe contemplar la integración y coordinación de las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades. Para ello debe establecerse un marco competencial y de responsabilidad sobre los programas de prevención, en el que se articule la participación de las Administraciones y de la iniciativa social.

- Debe potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo. Existe un cierto consenso acerca de que la meta de cualquier acción preventiva va a consistir en el reforzamiento de aquellos factores de protección que impidan un uso inadecuado de las drogas y como complemento serán necesarias aquellas medidas capaces de generar alternativas al consumo de drogas.

- Debe tener en cuenta programas multicomponentes. Los programas deben incluir estrategias en habilidades para resistir la presión hacia el consumo, incrementando la competencia social (autoeficacia, asertividad, toma de decisiones, control emocional, autoimagen y autosuperación, entrenamiento en habilidades sociales, actividades de ocio,...).

- El contenido de los programas debe adaptarse a las características, necesidades y edad de los destinatarios y destinatarias, apropiados a su período de desarrollo y ser sensibles a nivel de las diferencias culturales.

- Deben de priorizarse la utilización de programas basados en la evidencia científica y que consecuentemente hayan demostrado su eficacia y/o eficiencia.

- Debe contemplar la evaluación de sus actuaciones como modo de determinar la efectividad de los programas en los participantes y comprobar así el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

El entorno más importante de prevención universal es la escuela y en este sentido se observa un notable incremento de la importancia que se otorgan en los países de nuestro entorno a las estrategias nacionales de prevención en las escuelas y a la aplicación estructurada de este enfoque.

Esto queda reflejado en la ampliación de las políticas escolares sobre drogas y en el desarrollo de programas modulares específicos de prevención frente a las drogas para las escuelas, así como una mejor formación del profesorado.

La mayoría de estados miembros han aplicado programas de desarrollo de capacidades sociales y personales en las escuelas como enfoque preventivo. Los temas tratados en estos programas escolares incluyen tomar decisiones, hacer frente a situaciones, marcarse objetivos, así como la reafirmación personal, la comunicación y la afectividad. Esta técnica que deriva de teorías de aprendizaje social, es una metodología importante en la mayoría de Estados miembros.

Por contra, se va reconociendo el limitado valor de la información en la prevención del consumo de drogas. Los enfoques basados únicamente en la educación sanitaria también son limitados para influir en los procesos cognitivos y a menudo carecen de componentes concretos de formación en materia de comportamiento e interacción social.

Existe un amplio consenso sobre la idea de que los factores sociales (el vecindario, los grupos de amigos y las normas) y personales (el temperamento y las capacidades académicas y emocionales) influyen más a la hora de adoptar hábitos saludables o de consumo de drogas que el mero conocimiento. El elemento cognitivo más importante sobre el que puede actuar la prevención es la percepción errónea de que el consumo de drogas es normal y socialmente aceptable entre los jóvenes.

La escuela se convierte por su estructura y características en la institución idónea para adquirir valores, destrezas, habilidades y conocimientos que configuren estilos de vida saludables que les hagan más autónomos y resistentes a la presión al consumo de drogas y otras conductas de riesgo para su salud. En esta tarea debe implicarse a toda la comunidad escolar, alumnado, profesores y padres.

Varias son las razones que justifican la labor preventiva que se realiza desde la escuela:

- Por ser uno de los principales agentes de socialización.
- Porque actúa en una de las fases del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar el alumnado está sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos.

- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es el espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Porque los profesores son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

En la escuela se priorizan los programas de prevención universal, garantizando un acceso continuo y a largo plazo de grandes poblaciones de jóvenes. Así mismo, se deberá intervenir de manera específica con el alumnado de las enseñanzas no convencionales (Garantía Social, UIEE, Aula Taller,...)

En este ámbito el Ayuntamiento de Zaragoza tiene una dilatada experiencia y realiza desde hace ya varios años diversos programas, adaptados a las peculiaridades de cada etapa educativa, para los que dispone de distintos materiales de apoyo en función del programa, tanto para el profesorado como para el alumnado. Distintos programas y actuaciones que articulan un trabajo educativo que habrá en las diferentes etapas del periodo educativo.

- "Charrando Para Decidir" con el que se pretende que los alumnos del primer ciclo de la ESO desarrollen hábitos y actitudes saludables como medio de prevenir el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas.

- "Tu Decides" con el que se pretende que los alumnos y alumnas del segundo ciclo de la ESO aprendan a tomar decisiones sobre el uso de drogas en conexión con el resto de problemáticas del adolescente.

- D-Cine que pretende dotar a los profesores de herramientas que les permitan abordar la prevención de las adicciones y formar a los alumnas y alumnos de UIEE, Garantía Social y Aula Taller en conocimientos, actitudes y habilidades sociales que les ayuden a reducir la aparición de futuras conductas de abuso de drogas.

- "La aventura de la vida" (DGA), orientado a ecuación primaria

Por todo ello el Ayuntamiento de Zaragoza considera prioritario colaborar con los centro educativos de la ciudad para que dentro del proyecto educativo de centro se recoja como objetivo la educación sobre las adicciones y facilitar al profesorado herramientas de trabajo y formación, que faciliten el desarrollo de esos objetivos, como impulsor de la actividad preventiva entre sus alumnos y alumnas.

También es prioritario favorecer la implicación de la comunidad y la participación del tejido social en los programas y actuaciones preventivas que se desarrollan en el medio escolar.

Síntesis de datos de Zaragoza. Curso 2005/2006

	Total	Públicos	Privados
Centros	302	115	187
Unidades/Grupos	4.607	2.231	2.376
Profesorado	8.184	4.450	3.734
Alumnado	102.609	49.602	53.007

Centros en Zaragoza según nivel de enseñanza. Curso 2005/2006

	Total	Públicos	Privados concertados	Privados no concertados
Educación Infantil	227	77	50	100
Educación Primaria	131	67	54	10
E. Secundaria Oblig.	93	30	55	8
Bachillerato diurno	62	30	6	26
Bachillerato nocturno	5	5	0	0
Ciclos F.Gr.Medio	36	16	15	5
Ciclos F.Gr.Superior	33	18	11	4
Garantía Social	36	16	14	6
Educación Especial	10	3	7	0

Profesorado según nivel de enseñanza en Zaragoza. Curso 2005/2006

	Total	Públicos	Privados
Total	8.012	4.450	3.562
Infantil y Primaria	3.849	2.022	1.827
Secundaria y Estudios Profesionales	4.007	2.370	1.637
Ambos niveles	19	0	19
Educación Especial	137	58	79

Alumnado según nivel de enseñanza en Zaragoza. Curso 2005/2006

	Total	Públicos	Privados concertados	Privados no concertados
Total	**102.609**	**49.602**	**40.089**	**12.918**
Educación Infantil	23.076	9.850	6.723	6.503
Educación Primaria	34.733	16.804	16.064	1.865
E. Secundaria Oblig.	25.392	11.861	12.483	1.048
Bachillerato diurno	8.850	4.836	1.038	2.976
Bachillerato nocturno	565	565	0	0
Ciclos F.Gr.Medio	3.970	2.265	1.542	163
Ciclos F.Gr.Superior	4.425	2.646	1.542	237
Garantía Social	991	566	299	126
Educación Especial	607	209	398	0

Objetivos de la prevención en el ámbito educativo

En relación al centro docente:

- Estimular y favorecer la inclusión de la prevención de adicciones en el proyecto de centro.

En relación al equipo docente:

- Formar al equipo docente en materia de prevención de las adicciones, proporcionándoles las estrategias metodológicas adecuadas.
- Facilitar apoyo y seguimiento en la aplicación de los programas.
- Dar respuesta a las nuevas necesidades y realidades detectadas en la aplicación de los programas.

En relación a los alumnos y alumnas:

- Desarrollar hábitos y actitudes saludables como medio de prevenir el consumo de drogas legales e ilegales.
- Contribuir a evitar o retrasar el primer contacto con las drogas legales y evitar el de las ilegales.
- Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas y otras conductas adictivas.
- Potenciar, en caso de consumo incipiente, la asunción de la propia responsabilidad del alumno o alumna respecto al consumo moderado, por oposición a una conducta de abuso de drogas.

- Desarrollar estrategias de prevención universal, selectiva o indicada en función de las características de la población a la que se dirige la actuación preventiva.
- Facilitar los recursos y medios necesarios a aquellos alumnos o alumnas que demanden orientación y asesoramiento por una problemática incipiente o instaurada de adicción.

1 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EDUCACIÓN PRIMARIA

BASES DE LA ACTUACIÓN	Los aspectos cognitivos del desarrollo del niño entre los seis y doce años de edad invitan a trabajar cuidadosamente los factores de protección característicos de esta zona de desarrollo. La coexistencia de todo tipo de comportamientos prosociales y de riesgo hace necesario que el niño disponga cuanto antes de una estructura operativa conformada de valores, actitudes y hábitos que le permitan discriminar acciones prosociales de otras inadecuadas o de riesgo.
OBJETIVOS	→ Promover estilos de vida saludables y autónomos. → Mejorar la información de los escolares sobre los riesgos asociados al alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. → Favorecer las competencias para actuar asertivamente. → Favorecer la maduración psicoafectiva.
POBLACIÓN DIANA	Niños y niñas de 3º a 6º de educación primaria.
METODOLOGÍA	La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología: • Discusión en clase. • Representación de escenas. • Trabajos de investigación. El equipo de profesionales del CMAPA impulsaran el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones: • Contacto con los centros que imparten primaria. • Formación en el centro a los profesores. • Integración en el Plan de Acción tutorial. • Planificación de la aplicación del programa.

	• Realización del programa en el aula por parte del equipo docente. • Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.
MATERIALES	La aventura de la vida

2 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PRIMER CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

BASES DE LA ACTUACIÓN	Entre los 12-14 años, periodo que coincide evolutivamente hablando con la preadolescencia y la adolescencia, se producen importante cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. La necesidad de asentar la propia identidad ante la rapidez de los cambios físicos y psicológicos, la búsqueda de autonomía e independencia frente al mundo adulto así como la influencia de los modelos sociales, pueden incidir en el inicio del consumo de drogas. Si a las características propias de la adolescencia añadimos el hecho constatado de que los primeros contactos con las drogas se producen precisamente entonces, la ESO constituye un momento idóneo para abordar el tema de las adicciones desde el aula.
OBJETIVOS	→ Desarrollar hábitos y actitudes saludables → Evitar o retrasar su primer contacto con las drogas legales → Enseñar a tomar decisiones razonadas
POBLACIÓN DIANA	Escolares de primer ciclo de educación secundaria.
METODOLOGÍA	La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología: • Discusión en clase. • Representación de escenas. • Trabajos de investigación. El equipo de profesionales del CMAPA impulsara el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones: • Contacto a principio de curso con los centros. • Formación del profesorado que lo va a llevar a cabo. • Planificación de la aplicación del programa. • Realización del programa en el aula por parte del equipo

	docente. • Integración del programa en el Plan de Acción Tutorial. • Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.
MATERIALES	Charrando para decidir: Cuaderno para el alumno Charrando para decidir: Manual del educador Gymkana de la salud

3 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL SEGUNDO CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los hábitos nocivos para la salud se adquieren ya en la infancia, y concretamente la edad crítica para el inicio del consumo de drogas se sitúa entre los 12 y los 16 años. Esto quiere decir que, más allá de las posibles influencias de la moda o de determinados intereses políticos, la educación sobre drogas (como un aspecto particular de la educación sanitaria) es algo cada vez más necesario en la escuela.

En este contexto, el profesorado necesita medios didácticos y auxiliares para enfrentar estas nuevas exigencias. Los programas que se ofrezcan deben intentar cubrir esta necesidad ofreciendo al profesor una forma de abordar la educación sobre drogas con una metodología sencilla y de eficacia contrastada.

OBJETIVOS

→ Aprender a tomar decisiones sobre el uso de drogas en conexión con el resto de problemáticas del adolescente.
→ Evitar o retrasar el uso de drogas legales y evitar el de las ilegales.
→ Concienciar de la presión de grupo y fomentar la toma de decisiones responsables.
→ Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas.

POBLACIÓN DIANA

Escolares de segundo ciclo de la Educación Secundaria.

METODO-LOGÍA

La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.

El equipo de profesionales del CMAPA impulsara el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto a principio de curso con los centros
- Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo

	• Planificación de la aplicación del programa. • Realización del programa en el aula por parte del equipo docente. • Integración del programa en el Plan de Acción tutorial. • Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.
MATERIALES	Tú decides: Guía del alumno Tú decides: Guía del profesor

4 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN BACHILLERATO

BASES DE LA ACTUACIÓN	Las actuaciones preventivas deben adaptarse a la edad evolutiva de sus destinatarios. Consecuentemente, las intervenciones en esta etapa educativa no obligatoria deberán hacer especial énfasis en la modificación de la percepción que suelen tener sobre el consumo de drogas. Y en mejorar las habilidades que les permitan afrontar de forma positiva situaciones personales de riesgo. Por otra parte, deben proporcionarse mensajes que incorporen la reducción de daños para el consumo de una o varias drogas y cómo afrontar situaciones de emergencia o peligro, en el caso de consumo.
OBJETIVOS	→ Reducción de la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes. → Desarrollar hábitos y actitudes saludables. → Proporcionarles información, formación y orientación que les permita adoptar decisiones responsables. → Aumentar la percepción de riesgo asociado al consumo de distintas drogas
POBLACIÓN DIANA	Escolares de Bachillerato
METODO-LOGÍA	El equipo de profesionales del CMAPA impulsará el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones: • Discusión en clase. • Representación de escenas. • Trabajos de investigación. La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología: • Contacto a principio de curso con los centros.

	• Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo. • Planificación de la aplicación del programa. • Realización del programa en el aula por parte del equipo docente. • Integración del programa en el Plan de Acción tutorial. • Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.
MATERIALES	Tú decides: Guía del alumno Tú decides: Guía del profesor Guía de información sobre drogas

5 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN UNIVERSITARIOS

BASES DE LA ACTUACIÓN	La Universidad constituye, en buena parte, una comunidad convivencial que concentra un gran número de adultos jóvenes que pueden compartir con el resto de sus coetáneos patrones de consumo abusivo de alcohol y otras drogas, conformándose como un ámbito potencial de intervenciones específicas preventivas. La comunidad universitaria forma parte del tejido social, y como tal, cabe considerarla sujeto/objeto potencial para impulsar acciones preventivas del consumo de drogas desde una doble perspectiva Impulsar, apoyar y/o desarrollar acciones o programas informativos y/o educativos dirigidos a la propia comunidad universitaria.
OBJETIVOS	→ Promoción de la reflexión individual y colectiva ante la representación social de estas sustancias. → Incorporación de conductas de autocontrol y de reducción de daños hacia su consumo. → Favorecer procesos de reflexión crítica ante el consumo de alcohol y otras drogas.
POBLACIÓN DIANA	Estudiantes universitarios.
METODO-LOGÍA	El equipo de profesionales del CMAPA impulsara el desarrollo del programa con las siguientes acciones: • Toma de contacto con la Universidad para coordinar las actuaciones • Seleccionar el contenido informativo sobre la base de criterios comúnmente admitidos (criterios OMS) y de temas significativos para la población destinataria • Diseño y edición de folletos, carteles y otros materiales. Facilitar el acceso al material correspondiente

MATERIALES	Material específicamente elaborado en formato impreso o haciendo uso de las nuevas tecnologías (internet, páginas web, mensajes móvil,etc....)

6 PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN ENSEÑANZAS NO CONVENCIONALES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Una realidad especial la conforman aquellos alumnos que a los 14 años han acumulado un retraso escolar de difícil atención dentro del aula ordinaria y su dificultad de adaptación escolar. El abandono prematuro del sistema educativo puede tener como consecuencia conductas conflictivas. Los módulos de Garantía Social, UIEE, Aula Taller orientan sus intereses formativos hacia aspectos prácticos y profesionales. Estas situaciones pueden convertirse, en estos alumnos, en factores especiales de riesgo en relación al consumo de drogas.
OBJETIVOS	→ Evitar o retrasar el uso de drogas legales y evitar el de las ilegales. → Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas. → Concienciar de la presión de grupo y fomentar la toma de decisiones responsables.
POBLACIÓN DIANA	Alumnas y alumnos de la Unidades de Intervención Educativa Específica, Garantía Social y Aula Taller (14-17 años).
METODO-LOGÍA	La actividad será dirigida por el educador o educadora habitual, con la siguiente metodología: • Discusión en clase. • Representación de escenas. • Trabajos de investigación. • Debe llevarlo a cabo un sólo profesor por grupo. • Es conveniente que se encargue el profesor que habitualmente utilice técnicas activas en clase. El equipo de profesionales del CMAPA impulsaran el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones: • Contacto a principio de curso con los centros. • Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo. • Planificación de la aplicación del programa. • Realización del programa en el aula por parte del profesor. • Integración del programa en el Plan de Acción tutorial.

	• Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.
MATERIALES	Guía de información sobre drogas. DVD. CD. Exposiciones interactivas.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL OCIO Y EL TIEMPO LIBRE

La asociación entre consumo de drogas y diversión ha ido calando en amplios sectores juveniles, de tal manera que el uso de sustancias psicoactivas (sobre todo el alcohol), ha acabado por convertirse en un referente obligado de la cultura juvenil, en un componente esencial de su ocio. Las drogas, junto con la fiesta, la música, el baile, "la marcha" son elementos relevantes de la cultura juvenil.

Gran parte del uso de drogas entre los adolescentes y jóvenes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrado en sus actividades de fin de semana y en un contexto de ruptura con la dinámica cotidiana, liberación y descontrol.

Pero de la misma manera que el ocio se ha convertido en el momento preferente en el cual los jóvenes consumen drogas, también puede convertirse en un escenario ideal en el cual se pueden poner en marcha estrategias de prevención de tales comportamientos. Consecuentemente, el tiempo de ocio puede ser un momento privilegiado en el que los jóvenes y adolescentes fortalezcan determinados factores de protección y adquieran hábitos de vida saludables, alternativos al uso de sustancias.

Objetivos de la prevención en el ocio y el tiempo libre

- Incorporar la educación para la salud en las actividades de ocio y tiempo libre.
- Promover y difundir alternativas atractivas de ocio, cultura y tiempo libre, promocionando hábitos de vida saludables como factores de protección frente a los patrones de consumo de drogas.
- Facilitar información acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias adictivas ya sean legales o ilegales.
- La formación como agentes preventivos de conductas adictivas a aquellos mediadores sociales cuya labor educativa se desarrolla en espacios de ocio.
- Implicar a los propios adolescentes y jóvenes en tareas preventivas en el espacio del ocio y tiempo libre.

7 ACTUACIONES EN LUDOTECAS Y CENTROS DE TIEMPO LIBRE

BASES DE LA ACTUACIÓN

Las actuaciones municipales dirigidas a la infancia, desde los Servicios Sociales Comunitarios, tienen como finalidad favorecer un desarrollo adecuado de la infancia y adolescencia, atendiendo especialmente a los procesos de socialización.

Por ello, las ludotecas, a donde acuden los niños de 3 a 6 años, y los centros de tiempo libre, para los de 6 a 14 años, son un recurso que debe de ser aprovechado además de su objetivo principal para inculcar valores, actitudes y hábitos saludables, incluyendo la prevención como tema transversal de las actividades habituales.

OBJETIVOS

→ Proporcionar y generar alternativas para la ocupación del tiempo libre de la infancia y adolescencia, con objeto de favorecer su desarrollo personal y social y de prevenir situaciones de marginación infantil.
→ Favorecer el uso creativo y positivo del tiempo libre.
→ Dar apoyo en el proceso de socialización del niño/a mediante determinados aprendizajes sociales relacionados con las actitudes y los comportamientos, todo ello en un contexto lúdico y festivo.
→ Detectar y atender problemáticas individuales o de grupo de la población infantil y adolescente.

POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas de 3 a 14 años.

METODO-LOGÍA

Los profesionales de las ludotecas y centros de tiempo libre incluirán en las programación actividades que fomenten hábitos y valores con una pedagogía basada en el desarrollo personal y social del niño/a y del adolescente.

El estilo de animación será democrático y cooperativo, definido por el hecho de educar y aprender juntos, fomentar la capacidad reflexiva y de responsabilidad personal, la empatía e interés por el otro, y el

	fomento de la participación activa del otro como actor y protagonista de su propio desarrollo en un grupo marco El equipo de profesionales del CMAPA impulsaran el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones: • Contacto con los centros • Formación de los profesionales • Planificación de la aplicación del programa • Apoyo material y técnico
MATERIALES	• Cuentos. • Talleres.

8 PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN DE CALLE

BASES DE LA ACTUACIÓN	Es un modelo de intervención socio-educativa que se desarrolla fundamentalmente en la calle por ser un ámbito esencial de socialización al que no suelen llegar las instituciones. La Educación de Calle se dirige, preferentemente, a niños y adolescentes que están en situación de riesgo social por la causa que sea: pertenencia a un grupo marginado, malos tratos**,** conductas antisociales, absentismo escolar, etc. Por lo tanto es un grupo de alto riesgo que debe de ser objeto de un programa especial de prevención en drogodependencias y adicciones.
OBJETIVOS	→ Limitar los factores socio-culturales que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo en menores y adolescentes de riesgo → Detectar menores en fases tempranas de adicción
POBLACIÓN DIANA	El programa se dirige a la población infantil y adolescente, que de manera general tendrá las siguientes características: • Entre los 6 y 16 años. • Que tienen la calle como medio referencial. • Inadaptación de tipo familiar, escolar o social. • En contacto con colectivos de adultos que los pongan en situación de riesgo.
METODO-LOGÍA	La Educación de Calle no se caracteriza por una definición de actividades tipo, sino que surgen del conocimiento del medio en el que se trabaja y de las iniciativas recogidas en el grupo concreto con el que se está interviniendo. • Intervención con la infancia con el objeto de mejorar o implementar, si es preciso, las estrategias de adaptación social que el niño va construyendo en esta etapa. Esta intervención respetará

	su cultura de origen, facilitando a su vez la integración en la comunidad. • Intervención con aquellos agentes de la comunidad que cumplen, o debieran cumplir, las funciones que dicha comunidad tiene para la infancia con el objeto de procurar las mejores condiciones posibles para su adecuado desarrollo. El equipo de profesionales del CMAPA formarán a los educadores de calle y les prestarán apoyo técnico personalizado.
MATERIALES	Actividades culturales. Talleres.

9 ACTUACIONES EN LAS CASAS DE JUVENTUD

BASES DE LA ACTUACIÓN	Son punto de encuentro entre jóvenes y organizan actividades para la ocupación del tiempo libre a la vez que promueven la formación, información, comunicación y producción cultural de los jóvenes, así como el asociacionismo. Así pues, son un recurso imprescindible a la hora de desarrollar programas de prevención y alternativas de ocio.
OBJETIVOS	→ Ofrecer alternativas de ocio a la población joven y un lugar de encuentro y socialización distinto a los bares.
POBLACIÓN DIANA	Jóvenes entre 12 y 30 años.
METODO-LOGÍA	Cada Casa de Juventud elabora una programación anual de actividades con las sugerencias, propuestas y participación de los jóvenes y del barrio. Se llevan a cabo a través de cursos y talleres que acaban en exhibición, presentación o exposición del trabajo desarrollado a lo largo del curso. Los campos que abarcan son muy variados, fotografía, teatro, danzas, música, radio, imagen, deporte, cómic, elaboración de revista, pintura e ilustración. Especial interés tienen las actividades que se desarrollan en el verano.

10 "12 LUNAS" OCIO Y DEPORTE NOCTURNO PARA JÓVENES

BASES DE LA ACTUACIÓN	El ocio constituye actualmente uno de los aspectos más significativos de la vida de los y las jóvenes. Ocio y riesgo son dos términos que aparecen, en la actualidad, claramente relacionados y que afectan a los jóvenes de nuestra ciudad. Riesgos no solamente asociados al consumo de drogas legales o ilegales sino también a la asociación que se produce entre ocio y consumo. Las actuaciones propuestas deben apostar por el desarrollo saludable del ocio de los jóvenes de la ciudad de Zaragoza, tratando de generarles inquietudes culturales, poniendo en marcha espacios alternativos de ocio y actividades innovadoras, con el fin de llegar a todos los jóvenes de la ciudad con una programación alternativa, que ofrezca múltiples posibilidades de disfrutar los fines de semana de una forma diferente.
OBJETIVOS	→ Promover alternativas plurales y saludables de ocupación del ocio y tiempo libre. → Dar soporte a la iniciativa social y juvenil desarrollando fórmulas de colaboración con diversas entidades. → Disminuir la demanda y el uso indebido de drogas legales e ilegales durante los momentos y situaciones de mayor consumo, fomentando estilos de vida saludables y pautas responsables de consumo. → Ofertar a los jóvenes y adolescentes de la ciudad de Zaragoza una alternativa de tiempo libre durante las noches de los fines de semana y del período vacacional, promoviendo la utilización de las infraestructuras y los recursos comunitarios.
POBLACIÓN DIANA	Adolescentes y jóvenes entre 14 y 29 años

METODO-LOGÍA	Activa-participativa, dando el protagonismo a la participación social, fundamentalmente a los jóvenes. • Los técnicos de juventud de la Oficina del Plan Joven y los técnicos del CMAPA diseñan el programa "12 Lunas". • Están implicados los servicios de Juventud y Deportes, Servicios Sociales Especializados y los Centros Cívicos. • Las actividades son gestionadas por entidades y/o asociaciones mediante concurso público. • Se realizan 27 actividades deportivas, culturales y lúdicas. • Las actividades abarcan 242 días y 641 horas, los viernes y sábados en un horario de 22 a 1 horas. • Se desarrollan en los Centros Deportivos Municipales, los Centros Cívicos Municipales, el Espacio Morlanes y las Casas de Juventud. • Se entregarán 1.000 folletos realizados por el CMAPA para la prevención de las drogodependencias. • Para dar a conocer el programa se emitirán 40 cuñas publicitarias en emisoras con público joven (40 principales, Radio Ebro, Aragón Radio...) y en horario de máxima audiencia. En prensa, difusión puntual en los diarios gratuitos (20 minutos, ADN, Qué, Metro) en sus correspondientes tiradas de los viernes. Y el Punto Móvil y las Antenas Informativas, en la distribución y difusión de la información.

11 PREVENCIÓN DESDE LOS DEPORTES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Los valores de la constancia, el esfuerzo y la recompensa diferida que se adquieren con la práctica habitual del deporte, además de la socialización son una buena base para desarrollar hábitos de vida saludables. Por lo tanto el desarrollo continuado de actividades deportivas es un factor de prevención esencial frente a las adicciones.
OBJETIVOS	→ Promover un aumento significativo de la práctica de deporte federado. → Favorecer la incorporación de estrategias preventivas y de educación para la salud en las actividades de deporte. → Lograr que la práctica del deporte se un espacio de aprendizaje de competencias y recursos que permita a adolescentes y jóvenes gestionar sus riesgos.
POBLACIÓN DIANA	Niños y niñas de 6 a 16 años.
METODO-LOGÍA	A través del trabajo conjunto del CMAPA, los servicios de Deportes y Juventud municipales y de todas las federaciones deportivas aragonesas. • Promoción del deporte a través de una campaña escolar en la que las distintas federaciones tendrán la posibilidad de darse a conocer y motivar la práctica de sus deportes. • Los niños tendrían subvencionado el primer año como federados. • Los monitores-entrenadores que enseñen o entrenen a los niños recibirían un curso sobre factores de prevención de las dependencias.

12 PREVENCIÓN DESDE LA OCUPACIÓN DE ESPACIOS ESCOLARES Y DEPORTIVOS

BASES DE LA ACTUACIÓN	Es importante destacar la adquisición de habilidades y hábitos saludables como prevención frente a las adicciones. La existencia de infraestructuras escolares y deportivas deben de ser utilizadas como espacios supervisados para el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre, y para propiciar el asociacionismo y la cohesión de grupos de iguales.
OBJETIVOS	→ Promover el empleo saludable del ocio y tiempo libre como alternativa al modelo diversión/consumo. → Fomentar la utilización de espacios deportivos y la practica de deporte paralelamente por padres e hijos y como centro de reunión y convivencia.
POBLACIÓN DIANA	Población de 6 a 30 años.
METODO-LOGÍA	Metodología activa en la que asistentes y monitores participen del deporte como alternativa de ocio. • El equipo de profesionales del CMAPA formaran a los monitores-entrenadores en prevención de las adicciones, haciendo especial hincapié en el refuerzo de habilidades saludables y en la creación de un ambiente agradable y participativo en el espacio. • Coordinación con los diferentes recursos implicados en el programa.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

La prevención comunitaria implica tener en cuenta los contextos microsociales (familia, grupo de amigos, barrio,...) tanto en el origen como en la evolución del fenómeno. De ello se deriva la necesidad de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad, siendo ésta última la que debe implicarse en la búsqueda de soluciones.

Precisamente, el paradigma comunitario representa una estrategia que busca comprometer a los colectivos que dan cuerpo a la comunidad, desde los responsables políticos con capacidad para priorizar la prevención, respaldarla financieramente y favorecer procesos de diálogo y coordinación, hasta los profesionales de la prevención e intervención social, como dinamizadores de los procesos de desarrollo comunitario y aval de las actuaciones a impulsar, sin olvidar a la propia sociedad civil, agente de la intervención, desde el análisis de la realidad hasta la gestión y evaluación de los programas.

La prevención del uso indebido de drogas así como de otras conductas adictivas, requiere la adopción de diferentes medidas, de variedad de estrategias que el modelo comunitario permite conjugar teniendo en cuenta el carácter multifactorial del propio fenómeno.

Algunos de los principios inspiradores de la intervención en materia de conductas adictivas, desde una perspectiva comunitaria son:

- los problemas derivados de las conductas adictivas son un problema de todos, por esa razón todos y cada uno de los miembros de la comunidad, desde su responsabilidad social, profesional o familiar, pueden y deben involucrarse en la búsqueda y aplicación de soluciones.
- Sin desatender las responsabilidades de la asistencia y la reinserción, se apuesta de forma decidida por la prevención desde un enfoque psicosocial.
- Para operativizar los dos principios anteriores, se apuesta por el “territorio municipal” como el ámbito privilegiado de intervención y protagonista de primer orden, en tanto en cuanto es la Administración más cercana al ciudadano y mejor conocedora de sus condiciones de vida.

Objetivos de la prevención en el ámbito comunitario

- Elaborar el marco teórico y principios metodológicos que sirvan de referencia en la elaboración de propuestas preventivas comunitarias que se den en el municipio.

- Facilitar a los profesionales y a la población general aquella información adecuada que facilite la comprensión del fenómeno de las adicciones y las labores de prevención.

- Sensibilizar a la comunidad en torno al hecho de que la prevención de adicciones atañe a todos los ciudadanos.

- Coordinar las actuaciones entre los diversos ámbitos y recursos que configuran la comunidad

13 PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

BASES DE LA ACTUACIÓN	La implicación de la comunidad en la prevención requiere el desarrollo de estrategias encaminada a lograr un compromiso de los actores sociales puesto que de esta marea se llega a completar otras actuaciones preventivas y de atención con el desarrollo de actividades en contextos microsociales (familia, grupo de amigos, barrio,...), claves tanto en el origen como en la evolución del fenómeno. Por tanto, este programa tendrá su ámbito natural en el barrio, espacio de referencia y de pertenencia para las entidades y las personas.
OBJETIVOS	→ Convertir al medio más cercano a las personas en factor de prevención de conductas de riesgo a través de la colaboración en el desarrollo de programas propios. → Promover estilos de vida que hagan a los individuos y grupos que conforman la comunidad menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con sustancias y/o conductas capaces de generar dependencia.
POBLACIÓN DIANA	• La población los barrios de la ciudad, fundamentalmente la población joven susceptible de actuaciones preventivas • Los mediadores sociales del barrio
METODO-LOGÍA	• Establecer relaciones de colaboración con los agentes sociales de un territorio • Conocer la realidad social del barrio donde se pretenda desarrollar el programa • Desarrollar actuaciones adaptadas a la realidad social de cada territorio • Establecer compromiso conjunto de los representantes políticos, asociaciones promotoras, técnicos y mediadores sociales del barrio. • Llevar a cabo un análisis de la realidad que permita conocer la

	problemática derivada del consumo de drogas, de las adicciones comportamentales, así como los recursos de los que dispone el barrio. • Elaboración, ejecución y evaluación de aquellos programas que permitan la consecución de los objetivos planteados. • Implicación tanto en la planificación como en la realización de los programas de mediadores sociales.

14 REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

BASES DE LA ACTUACIÓN

La perspectiva de reducción de riesgos y daños en drogodependencias nace de una necesidad de reflexión en torno al fenómeno del consumo de sustancias, sus significados, sus consecuencias y los efectos que la respuesta sociosanitaria tradicional había producido.

Frente al modelo "libre de drogas" ampliamente cuestionado, que establecía que el usuario debía compartir como objetivo final los objetivos y exigencias de los profesionales ligados a la abstinencia, aparece una forma de actuar basada en la atención a los problemas derivados del consumo de drogas, abandonando las valoraciones morales asociadas al mismo. Ello plantea la necesidad de entender otras cuestiones, como el hecho de que la aparición de nuevas sustancias y formas de consumo requieren otras modalidades de atención, que las adicciones afectan a las personas de distinta manera y que a su vez los consumidores presentan diversas demandas en diversos momentos.

Las actuaciones se orientan a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas. Se fundamentan en un abordaje pragmático que lleva a incorporar principios de actuación tales como potenciar la accesibilidad al recurso, reducir la problemática para terceros (como en el caso de los accidentes de tráfico, menores, ...), mejorar las condiciones de salud, sociales, etc.

OBJETIVOS

→ Poner a disposición de toda la población, medios para prevenir riesgos sanitarios y sociales asociados a determinados consumos o conductas adictivas.

→ Garantizar a las personas con problemas de adicción que lo demanden, un tratamiento de reducción de riesgos y daños que haga posible disfrutar de una vida personal, familiar, laboral y social lo más positiva posible, en el marco de sus propias aspiraciones y necesidades.

POBLACIÓN DIANA	Jóvenes y adultos con problemas de adicción, que no pretenden abandonar el consumo.
METODO-LOGÍA	La Delegación de Acción Social y Cooperación al Desarrollo, a través del CMAPA promoverá en coordinación con el resto de Administraciones Públicas programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol y otras drogas, haciendo especial mención a los accidentes de tráfico, la violencia y la intoxicación. Desde los programas de prevención realizados bajo esta perspectiva y utilizando una metodología activa-participativa se ofrece información sobre los riesgos que conlleva el uso de drogas, sugerencias necesarias para detectar y evitar efectos adversos cuando se consumen o se conocen personas que lo hacen, y dónde dirigirse, si se precisa, para una atención personalizada. Las estrategias de reducción de riesgos dan la posibilidad de proveer a los consumidores de información útil y tendente a facilitar que éstos puedan mantener formas de uso no problemático, tengan la oportunidad de realizar elecciones más valoradas en términos de ventajas e inconvenientes del consumo.

15 ACTUACIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN	El objetivo de las actuaciones preventivas a través de los medios de comunicación es involucrarlos en la prevención, proporcionando mensajes claros, objetivos, fiables y que consigan crear en su audiencia unas opiniones preventivas adecuadas. Por otra parte, se debe insistir en corregir aquellas falsas creencias, mitos o falacias sobre las drogas en general, sobre quienes las consumen y/o trafican con ellas. Las campañas y la celebración de días mundiales tiene un impacto social de concienciación y permiten a los medios de comunicación promover cambios de vida saludables informando y sensibilizar a la población destinataria respecto a una problemática asociada a las conductas adictivas.
OBJETIVOS	→ Promover estilos de vida que hagan a los individuos y grupos que conforman la comunidad menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con sustancias y/o conductas capaces de generar dependencia. → Sensibilizar a la comunidad en torno al hecho de que la prevención de adicciones atañe a todos los ciudadanos y ciudadanas.
POBLACIÓN DIANA	Habitualmente son acciones dirigidas a toda la población. En alguna ocasión las campañas tienen como objetivo un grupo de población más restringidos: jóvenes, familias.
METODO-LOGÍA	• Generar datos, informaciones y noticias que sirvan a los medios de comunicación como enlace para hablar de las adicciones. • **Medios de comunicación:** La intervención a través de dichos medios puede hacerse a lo largo del año o bien aprovechando aquellos períodos asociados con determinadas actividades (principios de curso académico, periodos vacacionales, festividades, acontecimientos especiales...).

	• **Celebración de los "Días Mundiales" y otros** La organización de actos en torno a los llamados días mundiales dedicados en todo el mundo a una causa determinada, como el día mundial sin tabaco Se pretende complementar la labor que realizan otros organismos públicos o privados, los medios de comunicación, etc. con actuaciones específicas relacionadas con el motivo de la celebración. • **Campañas de sensibilización** Se incluye en este apartado aquellas campañas que se dirigen de forma específica a un colectivo y que tienen una duración delimitada. Elaboración de materiales específicos a la vez que se lleva acabo una intensa labor a través de los medios de comunicación.

PREVENCIÓN EN LA FAMILIA

La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Es el grupo primario con el que se convive y a partir del cual crecemos y maduramos.

Está plenamente demostrada la relevancia que tiene la familia en la prevención de las adicciones. La adquisición de hábitos de salud, el desarrollo de estilos de vida saludables, los modelos educativos adecuados y la transmisión de valores, son factores de protección que pueden y deben ser desarrollados desde su seno.

Las actuaciones preventivas llevadas a cabo desde este ámbito deben tratar de fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementando el sentido de competencia de los padres, madres y/o tutores y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

Dado que la prevención es una tarea compartida entre la familia y la escuela, resulta incuestionable la necesidad de coordinación en las actuaciones entre ambas instituciones, reforzando así mutuamente los mensajes transmitidos.

Sin embargo, las intervenciones preventivas deben adaptarse a sus propias características y necesidades. Una intervención especial es la que se dirige a aquellas familias problemáticas donde los padres o los hijos presentan alguna conducta adictiva o se da un riesgo elevado de presentarla. Facilitar el acceso de los mismos a dichos programas o combinarlos con otras actuaciones puede facilitar la búsqueda de soluciones reales y efectivas.

Objetivos de la prevención en el ámbito familiar

- Dotar a los tutores de aquellas herramientas que les permiten llevar a cabo su labor educativa, así como aquellas otras más específicas que favorecen la prevención de conductas adictivas en el seno de la familia.
- Implicarlos en la labor de prevención que se lleva a cabo desde el centro educativo.
- Proporcionar las estrategias que les permitan la detección temprana de cualquier problemática relacionada con alguna conducta adictiva.
- Llevar a cabo actuaciones preventivas universales, indicadas o selectivas en función de las necesidades detectadas en los destinatarios.

16 FAMILIA Y ESCUELA

BASES DE LA ACTUACIÓN	Siendo conscientes de la importante labor preventiva que desde la familia puede hacerse es necesario hacer extensivo el trabajo preventivo que se realiza en el medio educativo a los padres y madres adaptando los contenidos y metodología de trabajo a sus necesidades específicas. Se pretende facilitar pautas y estrategias básicas que ayuden a los padres a entender conceptos relacionados con las drogas, comportamientos de los hijos en edad adolescente, peculiaridades de las relaciones entre padres e hijos. Estas pautas intentan, además de aclarar dudas, poder servir de referencia para posibles mejoras en las relaciones entre adultos y adolescentes en el ámbito familiar.
OBJETIVOS	→ Conseguir que los padres y madres dispongan de información para desarrollar sus tareas educativas y preventivas → Implicarlos en los programas preventivos del centro educativo → Dotarles de la capacidad necesaria para la detección temprana de problemas relacionados
POBLACIÓN DIANA	Padres y madres de los centros educativos de Zaragoza
METODO-LOGÍA	• Elaborar un material informativo con un contenido sencillo y claro relacionado con pautas de actuación familiar en relación a la prevención de las drogodependencias. • Distribución a través de los centros. • Sesiones informativas dirigidas a padres y madres. • Grupos de profundización sobre prevención de drogodependencias en la adolescencia dirigidos a padres y madres.

17 ACTUACIONES CON FAMILIAS DE PERSONAS ALCOHÓLICAS

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los hijos de alcohólicos se consideran un grupo de alto riesgo, debido a la interacción compleja entre factores de vulnerabilidad individual y de factores de ambiente sociocultural. Este sería un argumento a favor de la intervención preventiva para los hijos afectados por un problema de alcohol en su familia.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que la intervención selectiva dirigida a este sector de la población, está relacionada con efectos positivos sobre el desarrollo psicológicos de los hijos y permite a la vez mejorar la dinámica familiar en general.

Además una intervención efectiva puede reducir el riesgo en hijos de alcohólicos que presentan más probabilidades de desarrollar problemas, y evitar posibles efectos contraproducentes, relacionados con el etiquetaje, la desresponsabilización y el autocumplimiento de la profecía.

La detección precoz de los factores personales y medioambientales que pueden predisponer al consumo abusivo de alcohol en los descendientes de alcohólicos, trabajando con el progenitor no afectado por la dependencia al alcohol, como agente de prevención.

OBJETIVOS

→ La disminución del riesgo de alcoholismo en el entorno próximo de personas alcohólicas.
→ Disminuir sentimientos de culpa respecto a la enfermedad alcohólica y aceptarla.
→ Evitar actitudes codependientes del progenitor no afectado por los problemas de alcohol.
→ Apoyar la reorganización familiar.
→ Dotar de habilidades de afrontamiento y solución de problemas hacia los hijos.
→ Retrasar y/o evitar el inicio en el consumo y posterior abuso, de alcohol y otras drogas en los hijos.

POBLACIÓN DIANA	Parejas de personas alcohólicas en las que exista una mínima visión de que el alcohol distorsiona la vida familiar, que tengan hijos con una edad entre los 6 y 12 años.
METODO-LOGÍA	A partir de la detección de casos por parte de los Servicios Sociales Comunitarios o Centros de Salud, los profesionales del CMAPA prestarán atención psicológica en coordinación con los profesionales de estos centros. • Grupal, para trabajar aspectos como la autoestima, la afectividad, habilidades de comunicación, creencias y actitudes acerca del alcohol, habilidades de afrontamiento y solución de problemas con los hijos, mediante un abordaje multidisciplinar. • Individual , si se detectan necesidades específicas en la familia del alcohólico.

18 TALLER INFORMATIVO PARA PADRES Y MADRES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Es obvio que tanto los adultos como sus hijos viven en una sociedad con drogas, pero también los padres tienen la responsabilidad de prepararles para vivir en esa sociedad. Hay padres y madres que están preocupados por no saber que hacer y demandan orientación y acompañamiento para poder abordar situaciones de consumo en la familia y profundizar en las posibilidades de actuación preventiva es su familia. La información sobre sustancias y los problemas asociados al consumo nos pueden ayudar a clarificar nuestra actitud, que a veces es indulgente con ciertas sustancias y otras veces es de rechazo absoluto. Es bueno saber que no todo consumo de drogas implica necesariamente un problema, por eso es necesario aclarar conceptos clave en referencia a las sustancias.
OBJETIVOS	→ Favorecer que la familia tome conciencia de que tiene una amplia capacidad de influencia sobre los hijos en cuanto a conductas de riesgo y entre ellas, la del consumo de drogas. → Facilitar a la familia estrategias y recursos que permitan su actuación de un modo adecuado en lo que respecta a la educación y al consumo de sustancias.
POBLACIÓN DIANA	Padres y madres que tienen hijos con problemas relacionados con la droga.

METODO-LOGÍA	• La metodología será grupal. • Grupos cerrados, psicoeducativos, semidirectivos, coordinados con dos terapeutas. • Está basada en la participación activa de los asistentes, que tienen como punto de partida el análisis de su propia realidad y experiencia cotidiana.

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

El mundo laboral no es ajeno al fenómeno de las adicciones y consecuentemente no debe serlo la búsqueda de soluciones para su contención. Y es que son ciudadanos quienes lo conforman, en su papel de empresarios, gerentes, mandos intermedios o trabajadores.

El abordaje de las adicciones en este ámbito va a requerir el establecimiento de condiciones de trabajo más saludables, además de la potenciación de acciones preventivas y mecanismos que permitan una intervención temprana en los problemas que afectan a la salud de los trabajadores.

Si bien es cierto que existen una serie de factores de riesgo específicos que afectan a los trabajadores en relación con las conductas adictivas y que van a requerir la adopción de medidas concretas, puede resultar simplista explicar el problema en base a las características del puesto de trabajo sin tener en cuenta la influencia que otros ámbitos (familiar, amigos, medios de comunicación ...) ejercen. Por todo ello, es imprescindible que el impuso de los programas de prevención de adicciones en las empresas se complemente con actuaciones en otros ámbitos.

Objetivos de la prevención en el ámbito laboral

- Informar y sensibilizar acerca de las consecuencias que tiene el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, en la salud y accidentabilidad laboral.
- Implementar programas de prevención en coordinación con los servicios de prevención de riesgos laborales, promoviendo la participación de los propios trabajadores.
- Orientar y facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas de adicción.

19 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

BASES DE LA ACTUACIÓN	Las adicciones, ya sean a sustancias legales o ilegales tienen repercusión sobre el entorno laboral bien a través la existencia de un entorno saludable y del número de bajas asociadas a patologías relacionadas con su consumo. La reciente legislación restrictiva sobre el consumo de tabaco en los centros de trabajo, unida a anteriores legislaciones que prohíben la venta de alcohol y tabaco en centros de trabajo pretende tener repercusiones no solo entre los propios consumidores sino también entre sus compañeros de trabajo
OBJETIVOS	Sensibilizar a trabajadores, empresarios, directivos y ejecutivos de empresas e instituciones públicas y privadas, a los responsables de las políticas de recursos humanos y a dirigentes gremiales y sindicales respecto a la conveniencia de implementación de programas preventivos en los lugares de trabajo
POBLACIÓN DIANA	Trabajadores municipales y trabajadores de otras empresas que soliciten apoyo y colaboración.
METODO-LOGÍA	El programa es de aplicación en el ámbito laboral. Consta de varias fases: sensibilización de los trabajadores de los peligros del consumo de tabaco y alcohol, facilitar el abandono del tabaquismo. • El equipo de profesionales de CMAPA promoverán entre los servicios de prevención de riesgos laborales la realización de programas de deshabituación tabáquica. • Facilitar el tratamiento de los interesados en el CMAPA • A petición de los servicios de prevención de riesgos laborales asesoramiento para la realización de campañas de prevención en los centros de trabajo.

2 ATENCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

A la vista de la reordenación de servicios propios del Gobierno de Aragón que se detalla en el Plan Autonómico, en el que la prevención depende de Salud Pública y la atención del Salud, y una vez que esté finalizada la implantación de las UASA será necesario el Área de Acción Social y Cooperación al Desarrollo y el Departamento de Salud y Consumo coordinen las carteras de servicios de tal manera que la atención que presta el CMAPA y los centros de atención del Salud sean complementarias, con el objetivo de evitar duplicidades y lograr la mayor efectividad de los servicios públicos

En lo referido a la atención, teniendo en el Plan Autonómico se enumera el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones (CMAPA) como centro de Atención a las Adicciones, sin especificar si será transformado en una Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Salud (UASA).

Como es sabido por todos, el Ayuntamiento de Zaragoza cuenta para la atención de personas con adicciones con el CMAPA creado en 1986. En ese momento el Ayuntamiento de Zaragoza se erige en entidad pública pionera en el tratamiento global de las adicciones al recoger la necesidad de atención especializada para los pacientes alcohólicos y para el fenómeno emergente en aquel momento del consumo de heroína. Se crea así el primer Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) público y gratuito de Aragón bajo la titularidad del Ayuntamiento. De Zaragoza que inició su andadura con cuatro trabajadoras y que ha consolidado a lo largo de estos 20 años programas, profesionales y número de ciudadanos atendidos por consumo de cualquier droga.

Este Plan Municipal reconoce la tarea desarrollada por la Corporación Local en el ámbito de atención y tratamiento a las personas que padecen drogodependencias, y que se presta desde hace 20 años.

La línea de actuación en esta materia consistirá en hacer el abordaje integral del tratamiento de las adicciones y adecuar el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones a las nuevas adicciones y a la red asistencial existente, siendo factible en un futuro incluir convenios de colaboración con el Gobierno de Aragón en esta materia.

La intervención asistencial en drogodependientes entraña complejidad, puesto que junto a una serie de intervenciones dirigidas a apoyar los procesos de dependencia a las drogas, se hace necesario facilitar la normalización e inserción social del paciente.

Todo ello supone la utilización de un variado tipo de recursos y dispositivos de apoyo para personalizar al máximo el tratamiento a dispensar a cada drogodependiente, lo que conlleva la implicación de diferentes tipos de profesionales.

Objetivos de la línea estratégica

- Realizar el abordaje integral del tratamiento de las drogodependencias y adecuar el CMAPA a las nuevas adicciones y a la red asistencial existente.
- Atender a las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas consideradas legales, tabaco y alcohol y fenómenos emergentes como el policonsumo y el uso de estimulantes.
- Reducir los daños personales, sociales, familiares, ocasionados por la adicción a las personas que están en tratamiento.
- Atender a adicciones como el juego patológico y otras adicciones no vinculadas al consumo de drogas.
- Realizar la coordinación con la red primaria y especializada del sistema público de salud.
- Concienciar a los usuarios de tratamientos de adicciones sobre su responsabilidad en los mismos.
- Lograr la abstinencia a las drogas que ocasionan la demanda de tratamiento.
- Reducir o eliminar el consumo de otras drogas distintas a las que ocasionan la demanda de tratamiento.

Principios de la línea estratégica

- Resultar accesible a la población del municipio.
- Proporcionar atención a cualquier problemática relacionada con las adicciones.
- Profesionalización de la atención.
- Globalidad en la intervención.
- Individualidad en el tratamiento, flexibilidad.
- Priorizar el tratamiento a poblaciones de especial riesgo: adolescentes, embarazadas, patología dual, etc.
- Desarrollar especialmente los programas de drogas legales.
- Encuadrar los distintos programas de tratamiento de las adicciones en un marco biopsicosocial enmarcado en una metodología y una actuación científica.
- Cambio en la percepción de la drogodependencia y del drogodependiente facilitando que se contemple como un problema de salud en toda la acepción del término, evitando así estigmatizaciones y normalizando los programas diseñados para cada tipología de consumo.

Bases epistemológicas de la intervención

El enfoque bio-psico-social, aporta los planes epistemológicos de los que se deriva o traduce las áreas de intervención.

Sin embargo nos parece más pertinente concretar un modelo suficientemente amplio y a la vez motivado que implica unas metodología de intervención determinadas.

La propuesta de J.R. Kantor configura un modelo teórico que constituye en nuestra opinión un universo conceptual adecuado, capaz de inspirar e integrar disciplinas diversas del comportamiento.

El modelo de Campo, que es un modelo ecológico, pretende conocer cual es patrón de variables relacionas y conectadas entre sí que nos explica por qué, en un momento concreto de su vida, una persona consume una droga, juega compulsivamente, bebe alcohol en exceso, ... Y se convierte en adicta.

La novedad que propone el Modelo de Campo es que el comportamiento se define como interacción del organismo total y su ambiente en una relación bidireccional. El comportamiento se explica en un campo multifactorial, fuera de este campo el comportamiento es impensable.

La biología del individuo, factor relevante, es tenida en cuenta, no como variable independiente sino como variable participante en la interacción.

Para este modelo, la concatenación de secuencias de comportamiento anteriores, que influyen en el comportamiento actual, constituyen la biografía o historia personal.

Para completar el perfil de un comportamiento, además del medio de contacto en que se da (instituciones, normas, ambiente físico...), es preciso considerar los factores disposicionales (por ejemplo en el caso de las drogas la biología del individuo, la tolerancia, creencias y actitudes, repertorio de habilidades en solución de problemas...).

Finalmente queremos resaltar dos características que le otorgan relevancia social al modelo:

- El comportamiento tiene un carácter histórico y pone el énfasis no tanto en los déficits sino en las competencias de la gente y en lo que todavía se puede aprender a hacer.

- El carácter ecológico o contextual del comportamiento. Se pone de manifiesto aquí la importancia de recursos, oportunidades y se reabre el debate sobre el principio de "igualdad de oportunidades".

Resaltar que el comportamiento es inseparable de su contexto es paradigmático ya que incluso el contexto apunta claves para los diferentes significados de las conductas y permiten hacer una terapia o intervención de “detalles”.

El modelo de Campo resalta la importancia de los contextos y precisamente los modelos contextuales y también llamados interaccionales o sistémicos son los que aportan diversas explicaciones quizás no tanto en la génesis como sí, en el mantenimiento de las adicciones.

Nos acercamos, de esta manera, a los postulados de la segunda cibernética porque la manera de funcionar de los humanos no es solo mediante la propiedad de la retroalimentación, sino que además realizamos “poderosas operaciones proactivas”. El ser humano desarrolla poderosas funciones en las que estructura significados

prefigurantes de situaciones que todavía no han ocurrido más que en la mente, tiene capacidad retroactiva y predictiva y esto hace que se diferencie de cualquier tipo de sistema y se empariente con la formulación de Vigotsky, que caracteriza las funciones psíquicas superiores, a saber:

- Autoorganización
- Conciencia
- Reflejar la naturaleza social
- Utilizar signos como mediadores

Centrarnos en procesos de cambio que tengan en cuenta esto, supone privilegiar el carácter autoorganizante de la experiencia, lo que supone un cambio de paradigma.

No solo procesamos la información sino que construimos la realidad donde esta información es procesada. Construimos nuestros propios programas y por tanto la realidad no es algo externo a nosotros sino que formamos parte de ella como sus constructores.

En la segunda cibernética tenemos en cuenta el papel del sistema observador, en definitiva, el papel del terapeuta con sus habilidades y déficits

Los principales desarrollos teóricos que definen nuestra evolución son los de Haley –el objetivo de la terapia es liberar al adicto triangulado -, los de Stanton y Todd –dedican las sesiones a los temas de drogas -, los de Kaufman –modelo de trabajo grupal- , las tipologías de Cancrini, que estudia mecanismos de defensa psicopatología, relaciones familiares, y nivel de estrés en relación a la adicción, en la tipología B "neurosis actual" se analiza el apego de la madre al hijo toxicómano. Finalmente nuestro trabajo actual se adscribe al modelo de Cirillo, 1996, un modelo basado en la transmisión intergeneracional de la carencia... la madre no esta hiperpresente... "los padres del adicto transmiten una cultura afectiva y relacional cargada de carencias no elaboradas ni expresadas.

El adicto fundamentalmente tiene una baja autoestima.

- <u>La perspectiva neuropsicológica</u>

La perspectiva neuropsicológica, aporta sugerentes respuesta en cuestiones relativas a la toma de decisiones del adicto y al trabajo con las emociones.

Todas las adicciones afectan al sistema de Recompensa Mesolimbico; es fundamental tener en cuenta que como este sistema se localiza en estructuras subcorticales del cerebro no tiene acceso al procesamiento voluntario, es decir variables como la motivación y la voluntad se encuentran separadas. La actuación de este sistema de recompensa se hace de forma encubierta, siendo difícil controlar desde áreas cerebrales mas evolucionadas, la toma de decisiones sobre lo adecuado o no de la conducta adictiva.

Damasio postula la hipótesis del Marcador Somático –1998-. Esta hipótesis explica la falta de voluntad desde la disociación que puede existir entre conocimiento y conductas. Para que exista congruencia, es necesario que la emoción acompañe al

conocimiento. La relación entre emoción y conocimiento se establece físicamente en el sector ventromediano del cortex del prefrontal. Cuando este sector se afecta (por el uso de tóxicos o por daño cerebral) se produce una incapacidad para establecer balances y tomar decisiones, de aquí se desprende la necesidad de intervenciones donde haya una comprensión global del adicto (entrevista motivacional, intervención neuroemocional, terapia familiar, etc.). y por tanto, se aborden sus emociones.

Las recaídas como señalan Marlatt y Gordon –1993- pueden explicarse desde los parámetros del aprendizaje y memoria implícitos que resultan de las exposición a relaciones entre eventos ambientales y que producen unas interconexiones celulares que predisponen para la acción.

Finalmente, la neuropsicología explica la mentira como un mecanismo para mantener el "Status Quo" de la persona, y de su sistema de creencias; el hemisferio izquierdo impregna las decisiones cognitivas basándose en una sensación de coherencia y continuidad, y el hemisferio derecho afectado por la neurotoxicidad de las drogas no es capaz de imponer un cambio de paradigma.

- Las estrategias desarrolladas en la entrevista motivacional de Miller y Rollnick 1991

Basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, constituyen unos de los ejes en los que se articulan en intervención terapéutica. El adicto no pasa de la adicción a la abstinencia sino que existirían una serie de etapas intermedias e internas que es preciso valorar y empujar hacia el cambio. Es un modelo que devuelve la responsabilidad al paciente ya que una de sus bases parte de la medicina centrada en el paciente.

- La intervención farmacológica

Implica una modificación de la biología del individuo que muchas veces constituye un factor disposicional a modificar. La intervención farmacológica nos parece decisiva en fases iniciales, cuando es precisa para ayudar al sujeto a manejar el síndrome de abstinencia, y también en las fases siguientes para tratar en el adicto trastornos psicopatológicos que cada vez correlacionan más con las adicciones.

- La terapia multimodal de A.Lazarus

Nos adherimos al modelo multimodal que implicaría la adscripción a un modelo teórico determinado, la flexibilidad, empatía, rapport, a la hora de aproximarnos al usuario y el manejo de un abanico heterogéneo de técnicas y versatilidad a la hora de su aplicación.

En definitiva nuestra intervención seria el producto del conocimiento del los anteriores desarrollos teóricos, y de la integración de nuestra identidad que implica entre otras variables, actitudes personales, técnicas, habilidades, personalidad.

20 DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

BASES DE LA ACTUACIÓN	La prevalencia del consumo de tabaco en la sociedad española es de aproximadamente un 32% en los mayores de 16 años, y siendo el tabaquismo la primera causa evitable de muerte en nuestra sociedad, tanto la OMS como los especialistas médicos a nivel mundial instan a combatir esta adicción. El tabaquismo se combate desde la prevención incidiendo en la población adolescente y juvenil, y especialmente desde la deshabituación en la población fumadora. Sin duda la reciente ley que regula la venta, publicidad y el consumo de tabaco ha cambiado la percepción social del tabaco e influido en que la demanda de tratamiento para dejar de fumar esté en aumento.
OBJETIVOS	• Lograr la abstinencia, consumo 0 al terminar el programa • Adquirir habilidades de afrontamiento ante situaciones críticas que puedan origen de recaída. • Aprender tanto el proceso de recaída como la manera efectiva de evitarla y/o reducirla en el futuro.
POBLACIÓN DIANA	Acceso libre y gratuito para toda la ciudadanía.
METODO-LOGÍA	• Se realizara un programa específico para los trabajadores del Ayuntamiento de Zaragoza. • Se colaborará en la realización de programas dirigidos a colectivos de trabajadores de la Administración Pública o empresas y asociaciones con carácter social. • Se trata de un programa multicomponente basado en el modelo biopsicosocial, donde se atiende tanto la dependencia física como la psicológica. • Abordaje individual y grupal.

21 ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA

BASES DE LA ACTUACIÓN	La enfermedad alcohólica es una patología sistémica multiórganica y con repercusiones en el entorno familiar, laboral, social etc., del paciente. Es por tanto, una enfermedad que requiere la intervención de un equipo multidisciplinar que intente mejorar y reestructurar las principales áreas afectadas en el transcurso del largo proceso de enfermar. Para la consecución de estos objetivos se requiere no solamente de la intervención simultánea de varios profesionales de diversas disciplinas, sino que el trabajo este coordinado y se efectúe en equipo.
OBJETIVOS	→ Fomentar el desarrollo personal , familiar y social del enfermo alcohólico. → Conseguir la abstinencia completa de alcohol en el caso del enfermo alcohol dependiente. → Concienciar al enfermo y su familia de la problemática que presenta y cómo abordarla → Detener la problemática biopsicosocial → Desarrollar conductas alternativas al consumo de etanol → Control de ingesta y reducción de daños en aquellos casos que la abstinencia total no sea posible.
POBLACIÓN DIANA	Personas que presentan problemas relacionas con el consumo de alcohol.
METODO-LOGÍA	El programa se realiza en el CMAPA por profesionales del centro y las dos primeras fases de desintoxicación y tratamiento requieren de un tratamiento individualizado y otra de intervención en grupo. • El principio que rige el tratamiento es el de facilitar que el enfermo alcohólico consiga normalizar su vida sin alcohol, entendiendo esto de una manera integral y favoreciendo sus capacidades para

	lograrlo, es por ello que la abstinencia completa del alcohol se trabaja como objetivo en todos los casos de adicción establecida y mantenida. • El programa individualizado está basado en el modelo biopsicosocial • consta de varias fases: desintoxicación, estabilización y mantenimiento. • Tratamiento individualizado y terapia grupal con la familia por espacio de 2 años.

22 ATENCIÓN A PERSONAS CON LUDOPATÍA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los estudios de prevalencia de jugadores problemáticos y patológicos se sitúan como media en el 1,8% de la población, lo que hace pensar en casi 12.000 personas en Zaragoza con algún problema importante en relación con el juego.

Superado ya el estadio en el que el ludópata no era considerado como un enfermo y llegado el momento en el que prima la visión de que es un enfermo tanto por la sociedad como el afectado, la adicción al juego se atiende con el mismo interés que otras adicciones.

OBJETIVOS

→ Abandonar definitivamente la conducta de juego patológico.
→ Aprender a manejar los trastornos y problemas psicológicos asociados al problema.
→ Reestructurar el funcionamiento familiar.
→ Aprender técnicas de comunicación, de resolución de problemas y de autocontrol.
→ Prevenir las recaídas.

POBLACIÓN DIANA

Personas con problemas relacionados con el juego.

METODO-LOGÍA

El programa que aborda el Juego Patológico, se fundamenta teóricamente en bases similares a las descritas para intervenir en adicciones a sustancias, pero tiene algunas peculiaridades.

Tiene una primera fase de tratamiento individualizo y otra de intervención en grupo.

El inicio del tratamiento busca la abstinencia del juego proponiendo, y adaptando a cada caso, las medidas necesarias para conseguirlo.

Puesto que hablamos de un trastorno en el control de los impulsos, es necesario un control externo y cobra especial relevancia la figura del "coterapeuta", persona cercana a quien tiene el problema con el juego que controla y supervisa la puesta en marcha de estas medidas para evitar la conducta de juego.

Paralelamente se trabaja por la promoción de comportamientos alternativos a la conducta de juego, e incompatibles con ésta, para consolidar la abstinencia.

Tras este primer contacto y abordaje individual se promueve la intervención grupal en grupos reducidos y con la dirección de un psicólogo, buscando las claves que permitan explicar las causas de estos comportamientos y el aprendizaje de las habilidades necesarias para la prevención de recaídas.

23 PROGRAMA DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA

BASES DE LA ACTUACIÓN	El uso y abuso de cocaína, frecuentemente asociado al de alcohol, es uno de los motivos de demanda de tratamiento que van aumentando progresivamente. El consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el consumo a lo largo de la vida alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años. En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es aparentemente ocasional, tiene lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas), donde puede alcanzar unos niveles bastante elevados. A pesar de las graves consecuencias física y psíquicas, como la adicción a la cocaína no produce un cuadro de abstinencia grave en el orden físico, sino que la dependencia es más relevante en el psíquico.
OBJETIVOS	→ Disminuir o eliminar el consumo de cocaína. → Conocer los efectos físicos y psíquicos que afectan a la persona. → Detectar y tratar lo trastornos mentales asociados. → Desarrollar técnicas de autocontrol. → Enseñar técnicas de prevención de recaídas y habilidades sociales.
POBLACIÓN DIANA	Población con problemas derivados del consumo de cocaína.
METODO-LOGÍA	El programa se realiza en el CMAPA por profesionales del centro y tiene una primera fase de tratamiento individualizo y otra de intervención en grupo. • Basada en el modelo biopsicosocial se desarrollaran actuaciones de carácter individual y actividades de trabajo en grupo • resulta adecuado trabajar aspectos de orden psicológico y en muchas ocasiones en un contexto grupal. • Atención especializada a población juvenil.

24 JÓVENES POLICONSUMIDORES

BASES DE LA ACTUACIÓN	En la actualidad los patrones habituales de consumo se centran en los fines de semana principalmente y consumiendo simultáneamente varias sustancias, aunque sea una la droga principal. Estos policonsumos se realizan frecuentemente con el sumatorio agravante del alcohol. Este fenómeno ocurre con el cannabis y en menor medida con las anfetaminas y drogas de síntesis, cabe resaltar sin embargo el descenso de otras sustancias como la heroína.
OBJETIVOS	→ Eliminar el consumo y favorecer alternativas de ocio y formación. → Educar e informar sobre los efectos físicos, psicológicos y sociales a corto, medio y largo plazo. → Conocer modelos de habilidades sociales, creencias y soluciones. → Desarrollar técnicas de autocontrol y confianza. → Prevención de recaídas.
POBLACIÓN DIANA	Jóvenes policonsumidores con abuso o de adicción a cualquier sustancia.
METODO-LOGÍA	Basada en el modelo biopsicosocial, la intervención en grupo formará parte del menú de opciones en un programa multicomponente de tratamiento de la adicción a las diferentes sustancias. Estos programas terapéuticos se desarrollan atendiendo tanto a las características propias de la sustancia que se considera droga principal de abuso como de las personas que las consumen. Por estas razones nos encontraremos con programas más centrados en consumidores de cocaína, estimulantes y otras sustancias, así como básicamente por el perfil de los usuarios: jóvenes, policonsumidores, etc.

25 ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ADICCIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN	Frente a un problema de consumo abusivo de drogas es importante actuar de forma integral en los aspectos que tienen que ver con la vida personal, familiar y social del individuo. Para conseguir esta intervención global, la participación de la familia en el tratamiento es importante. Los estudios en tratamiento de drogodependientes demuestran que cuando la familia participa en dicho tratamiento se dan mejores resultados en la evolución de éstos. Es imprescindible para asegurar el éxito del tratamiento que los padres y madres se corresponsabilicen en el proceso terapéutico de su hijo o hija y participen activamente.
OBJETIVOS	• Posibilitar un cambio de actitudes de los padres y las madres ante las drogas, que permitan la modificación de ciertas conductas familiares. • Facilitar y promover el establecimiento de la comunicación mediante técnicas que posibiliten un diálogo más abierto y flexible entre padres e hijos, mejoren la convivencia con los hijos y se restablezcan así hábitos perdidos. • Alcanzar un cierto alivio de los sentimientos de dolor, aislamiento y confusión ante el problema del hijo dentro del grupo familiar • Aportar mayor y más eficaz información a los padres y madres sobre las drogas y sus efectos.
POBLACIÓN DIANA	Familiares de personas usuarias de los programas de atención a las adicciones.

METODO-LOGÍA	El programa se realiza en el CMAPA por profesionales del centro mediante el trabajo en grupo. Basada en el modelo biopsicosocial y apoyada en la asistencia a grupos de autoayuda dirigidos por profesionales se pretende que la familia este mejor informada, con asesoramiento y recursos a la hora de participar en el proceso de recuperación de sus familiares. La terapia grupal permite la identificación mutua, el papel de los modelos, la confrontación, el apoyo social, el establecer normas y límite, el aprendizaje didáctico y vivencial y la adquisición de habilidades de solución de problemas. Colaboración con entidades sociales programan grupos de autoayuda.

3 INSERCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

La reinserción es el objetivo de todo proceso asistencial. Bien es verdad que todavía no existe, hoy por hoy, un consenso en cuanto al "modelo" de asistencia, parece más probable que varios modelos asistenciales deban coexistir para responder a la variada tipología del toxicómano. En cualquier caso, es evidente que todo modelo eficaz ha de coordinar concretamente con el trabajo de atención, adaptando a cada caso los recursos comunitarios disponibles, dentro de una perspectiva integrada.

Al igual que la prevención, la reinserción social debe proporcionarse fundamentalmente a través de redes inespecíficas. No debe pensarse en cómo diseñar redes de inserción social de ex –toxicómanos, sino en cómo incorporar la atención al toxicómano en las redes normales de atención social.

Los objetivos operativos de la reinserción social podrían definirse como la potenciación social de los recursos personales debidamente restaurados, para garantizar la reinserción efectiva del toxicómano.

El abordaje integral de la atención a las personas que sufren adicciones requiere tener en cuenta factores sociales tales como la formación, el empleo, las relaciones sociales y otras que deben ser un contenido más en el proceso de intervención para lograr el objetivo final consistente en la consecución de la autonomía personal plena.

En este sentido, la inserción social es un contenido de trabajo propio del Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones, aunque deba ser procurada en coordinación con otros recursos y programas existentes en la comunidad, siguiendo el principio de normalización, entre los que cabe citar: los Centros Municipales de Servicios Sociales, el Instituto Municipal de Empleo y Formación, Centros ocupacionales, Centros educativos, Recursos de entidades sociales y asociativas, Centros de dinamización e inserción social, etc.

Cuando se habla de inserción o incorporación social en el ámbito de las drogodependencias, nos estamos refiriendo al conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos, en el sentido de favorecer las condiciones óptimas que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal.

Se entiende la inserción como un proceso que articula dos líneas de actuación fundamentales: por una parte, la preparación del drogodependiente para su incorporación social; por otra, la actuación sobre la propia sociedad, de modo que favorezca estos procesos de entrada o vuelta a la comunidad.

De este modo el proceso de inserción social deberá facilitar en las personas que han tenido un consumo abusivo de drogas aquellos aprendizajes que contribuyan al desarrollo de determinados repertorios personales dirigidos a superar las carencias que

emergen en su ámbito familiar, social, educativo, laboral, etc.; pero también proporcionarles los apoyos necesarios dentro de su comunidad de referencia para que puedan ir fijando su trayectoria personal.

Objetivos

- Los programas de inserción social deben tener como objetivo principal potenciar la utilización normalizada de las redes generales de inserción impulsando la colaboración del movimiento asociativo y de la propia comunidad. Por ello, dichos programas se han de situar preferentemente en el ámbito de la actuación comunitaria.
- Impulsar medidas que faciliten el acceso a la formación e inserción laboral del drogodependiente en proceso de inserción.
- Trabajar de forma coordinada con el sistema publico de Servicios Sociales y con las entidades que trabajan en el área de inclusión de las personas en situación de riesgo social.
- Trabajar en Red con los distintos servicios de salud, educación y acción social para elaborar itinerarios individualizados de inserción de las personas con problemas de adicciones.
- Desarrollar medidas dirigidas a la superación de actitudes discriminatorias y excluyentes, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a esta realidad.
- Estimular la participación de organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales y movimientos asociativos, en el diseño y desarrollo de acciones de carácter rehabilitador y de inserción social.
- Promover actuaciones informativas y de sensibilización hacia la comunidad sobre el tratamiento y la inserción social en el ámbito de las drogodependencias.

Principios

La puesta en marcha de programas de inserción social de drogodependientes requerirá la consideración de unos criterios básicos que permitan establecer actuaciones de carácter homogéneo e integrado.

- La inserción es un proceso que se inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones asistenciales y rehabilitadoras.
- Las actuaciones para la inserción de drogodependientes deben tratar de utilizar recursos y redes generales, que favorezcan la normalización y eviten la segregación.
- La inserción es un proceso individualizado en el que se deben fijar estrategias diferentes para cada sujeto y objetivos intermedios.
- La inserción exige una intervención sobre el medio social del que forman parte los drogodependientes, acción que irá dirigida a conseguir la participación de la comunidad en este tipo de programas.
- Las actuaciones para la inserción deben concretarse, operativizarse, por lo cual deben definirse unas áreas básicas de actuación y unos objetivos en cada una de ellas.

26 REINCORPORACIÓN SOCIAL DE EXADICTOS

BASES DE LA ACTUACIÓN	Cuando se habla de inserción o incorporación social en el ámbito de las drogodependencias, nos estamos refiriendo al conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos, en el sentido de favorecer las condiciones óptimas que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal.
OBJETIVOS	→ Facilitar la adquisición de conocimientos y formación prelaboral a los participantes de los programas. → Proporcionar el asesoramiento y la orientación necesarias para acceder al mercado laboral. → Informar sobre los distintos recursos y alternativas posibles de inserción laboral. → Facilitar el conocimiento para la utilización de los recursos encaminados al adecuado uso de los períodos de ocio. → Procurar la accesibilidad a las actividades orientadas a la participación de organizaciones se carácter social.
POBLACIÓN DIANA	Usuarios de los diferentes programas de atención del CMAPA en proceso de reincorporación social
METODO-LOGÍA	Para lograr la integración en el tejido social, debe abordarse una estratégica integral, trabajando en diferentes áreas: • Área relacional, teniendo como objetivo general que el drogodependiente aprenda a relacionarse sin mediación de la droga y sea capaz de establecer relaciones basadas en la comunicación. • Área laboral, con el objetivo de preparar al drogodependiente para la vida laboral tanto en sus actitudes como en cuanto a la adquisición de hábitos y conocimientos. • Área formativa, interesar al drogodependiente por la realidad

cultural y la participación en ella.

- Área de salud, que el drogodependiente comprenda la importancia de la salud y aprenda a cuidarla y a disfrutar de ella.
- Área lúdico - recreativa, el objetivo principal en esta Área será favorecer un concepto alternativo de esparcimiento y ocupación del tiempo de ocio, no asociado al consumo de drogas o a contextos vinculados con dicha práctica.

Se realizarán los siguientes programas específicos de incorporación social:

- Comunidades Terapeúticas: en las que se tiende a compaginar los procesos de rehabilitación de actividades formativas y ocupacionales.
- Programas de centros de Día para la incorporación social.
- Programas de formación laboral.
- Programas de inserción sociolaboral.
- Programas de apoyo residencial (pisos de inserción fundamentalmente).
- Programas especiales de empleo autoem pleo, contratos subvencionados, talleres artesanos, etc).

27 ACTUACIONES CON LA COMUNIDAD

BASES DE LA ACTUACIÓN	La necesidad de que los usuarios de los programas de inserción puedan realizarlos en los servicios y recursos normalizados, implica la intervención con y desde la propia comunidad, en las áreas que inciden directamente sobre los contextos de relación más inmediatos a fin de convertirlos en escenarios facilitadores de la inserción.
OBJETIVOS	→ Establecer cauces de coordinación entre los diversos recursos participantes para el diseño de itinerarios personalizados de inserción laboral. → Coordinar el seguimiento de los usuarios a través de las actividades que desarrollan en los diferentes recursos de socialización, ocio y tiempo libre.
POBLACIÓN DIANA	Entidades que directa o indirectamente tengan relación con las personas en proceso de reincorporación social.
METODO-LOGÍA	La intervención a este nivel abarcará tres áreas básicas de actuación: • Las instituciones, es imprescindible incidir sobre la necesidad de mejorar la calidad de la intervención de los servicios institucionales implicados directa o indirectamente en la rehabilitación e inserción social del drogodependiente. • Asociaciones y ONG, dentro de esta área es de destacar el papel del movimiento asociativo las ONG a la hora de establecer cauces de colaboración y coordinación permitan hacer efectivas las actuaciones de carácter rehabilitador y de inserción social con la población afectada. • Población general, se deberán de favorecer las siguientes actuaciones: o Desarrollo de actividades de concienciación y sensibilización dirigidas a la población, con objeto de incidir en la modificación de actitudes y comportamientos que dan

origen a la exclusión y marginación social de esta población.

- Actuaciones de carácter formativo e informativo sobre los distintos recursos que la institución municipal, las diferentes ONG y movimientos asociativos desarrollan en el abordaje de las drogodependencias.

4 FORMACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

La Formación como herramienta de comunicación y cambio es un derecho y una obligación en todas las áreas de intervención desglosadas en objetivos que se tratan y mencionan en el Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008.

La formación se valora como formula adecuada para cumplir una de las Líneas Prioritarias de Actuación del Plan Autonómico donde de insta a "Reforzar la capacitación de los profesionales para atender adecuadamente las demandas asistenciales diferenciadas, como: mayor problemática en salud mental (patología Dual), usuarios muy jóvenes, o necesidad de intervenciones tempranas para evitar la cronicidad."

Asimismo para tener en cuenta el aspecto esencial de integrar y coordinar los sistemas Educativo, sanitario y de Servicios Sociales de la comunicad Autónoma, según el articulo 3 de la Ley 3/2001 de 4 de abril de prevención, asistencia y reinserción social, la formación pueden ser el lugar de encuentro comunitario y coherente para compartir objetivos y formas similares de intervención, respetando siempre los diferentes ámbitos.

Así pues, se observa que la forma de llevar a cabo las líneas prioritarias de actuación autonómica, es la formación, puesto que realza la posibilidad de poder integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades, optimizando además los recursos, tanto de centros específicos como de profesionales, que tenemos en el ámbito local .

También la formación puede cumplir el objetivo indirecto de otra línea prioritaria de actuación que es integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia de la salud.

La formación sobre conductas adictivas puede realizarse interviniendo desde planes de estudio, con un programa formal de prevención o atención, con un contenido detallado y un calendario de sesiones, o de forma menos concreta pero igual de sistemática ofrecida a población especialista en adicciones o de otros sectores de población como mediadores socioculturales o dispensadores de bebidas alcohólicas.

Por esto se plantean dos grandes espacios formativos en función del perfil laboral de los profesionales; la mejora de la cualificación técnica de los profesionales municipales responsables de cada área de intervención y la formación y asesoría a mediadores.

Objetivos de la línea estratégica

→ El Plan Municipal promoverá una adecuada formación de los profesionales y población general interesada.
→ Difundir la información sobre la materia de adicciones así como fomentar la investigación conjunta con otras instituciones, si es posible.

- Conseguir una formación continuada multidisciplinar de los profesionales que trabajan en el área de adicciones.

- Fomentar programas formativos especializados en la atención y/o prevención de las adicciones para profesionales de los distintos Servicios del Ayuntamiento de Zaragoza , especialmente los Servicios Sociales Comunitarios y Específicos (Casa de la Mujer, Casa de las Culturas, Cipaj, etc.). Medicina Laboral , Policía Local y todos cuantos servicios pudieran demandar formación especifica)

- Impulsar formación en adicciones en distintos colectivos: Padres, mediadores sociales, profesionales de los medios de comunicación, mediadores sociales, miembros de asociaciones de autoayuda, organizaciones sindicales, asociaciones de vecinos, profesionales de la hostelería, etc.

- Promover la realización de investigaciones dirigidas a mejorar tanto la planificación como la evaluación del Plan Municipal.

- Facilitar recursos formativos adaptados al ejercicio de las funciones especificas de los distintos profesionales.

- Promover la colaboración con centros formativos o de investigación en la realización de programas de investigación y de cooperación en aspectos básicos o específicos del área de adicciones

- Desarrollar programas de formación de alumnos en practicas de carreras relacionadas con las adicciones en colaboración con la UNED y la Universidad de Zaragoza para favorecer. (Psicología, Medicina, Trabajo Social, Terapia Ocupacional ETC.)

- Participar en los programas de formación de adiciones en las Universidades y Colegios Profesionales.

28 FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO EDUCATIVO

BASES DE LA ACTUACIÓN	El contacto diario con jóvenes hace a los profesionales de la educación un elemento de primer orden en las tareas de prevención. Así mismo, es notoria la necesidad expresada de formación en lo referido a las drogodependencias en su trabajo habitual.
OBJETIVOS	→ El garantizar la formación del personal de los centros educativos en materia de Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.
POBLACIÓN DIANA	Profesionales de la educación de centros públicos y privados.
METODO-LOGÍA	• Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Los profesionales del CMAPA impartirán cursos sobre prevención a los profesores que participen en los programas del ámbito educativo • Coordinar las actividades de prevención e el ámbito educativo de todas las instituciones y entidades que intervienen he dicho escenario. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

29 FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO COMUNITARIO

BASES DE LA ACTUACIÓN	La implicación de las entidades ciudadanas y de los agentes sociales que trabajo en el medio más próximo se ha convertido en una prioridad en la tarea de prevención por la cercanía y la influencia sobre grupos primarios fundamentales en el inicio de hábitos relacionados con las drogas. Así, la capacitación de los mediadores de ese ámbito aparece como un contenido de alta rentabilidad social.
OBJETIVOS	→ Garantizar la formación interdisciplinar en prevención de los profesionales y agentes sociales que trabajan en prevención de drogodependencias y otras adicciones en el ámbito comunitario.
POBLACIÓN DIANA	Personas vinculadas a la comunidad que cumplen el papel de mediadores sociales en ese ámbito.
METODO-LOGÍA	Los profesionales del CMAPA impartirán cursos sobre prevención a los técnicos que participen en los programas del ámbito comunitario. • Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

30 FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO SANITARIO

BASES DE LA ACTUACIÓN	Los profesionales de atención primaria (Médicos, Pediatras, personal de enfermería) reciben una parte importante de las demandas directas, por lo que es necesario que sepan detectar problemas de dependencia aun no explícitos y prevenir su desarrollo. En este ámbito se han detectado carencias de formación. Otro colectivo profesional sanitario es el de Urgencias, especialmente en Psiquiatría donde un buen número de urgencias tiene su origen en el uso de drogas. Espacio este también susceptible de trabajar desde la perspectiva del consejo breve y la entrevista motivacional. La salud laboral requiere igualmente de planes específicos de adicciones y adaptados a diferentes ámbitos. El objetivo de la formación tendría como agentes de riesgos laborales, médicos de empresa y enlaces sindicales.
OBJETIVOS	→ Facilitar formación a las personas responsables en el ámbito sanitario sobre prevención de conductas adictivas.
POBLACIÓN DIANA	Profesionales del ámbito sanitario
METODO-LOGÍA	Los profesionales del CMAPA impartirán cursos sobre prevención a los técnicos que participen en los programas del ámbito sanitario. • Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

31 FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO LABORAL

BASES DE LA ACTUACIÓN	Cada vez está más extendida la necesidad de la prevención en el mundo laboral, sobre todo con la progresiva implantación de medidas relativas a la prevención de riesgos laborales. La drogodependencia es un factor de riesgo importante, por lo que la formación de sus mediadores debe ser un contenido más de este plan municipal.
OBJETIVOS	→ Formar a los profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales en materia de prevención de drogodependencias.
POBLACIÓN DIANA	Profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales.
METODO-LOGÍA	Los profesionales del CMAPA impartirán cursos sobre prevención a los participantes en los programas del ámbito laboral. • Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

32 FORMACIÓN A MEDIADORES DE ENTIDADES SOCIALES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Aparte de los mediadores contemplados en su propio ámbito, es preciso tener en cuenta a toda una serie de técnicos y de otras personas que mantienen contacto directo en su quehacer diario con el fenómeno de la drogodependencia en otros ámbitos.
OBJETIVOS	• Responder a las necesidades y demandas de mediadores sociales en materia de formación de prevención de drogas. • Facilitar información, formación, recursos y herramientas para la prevención de las adicciones.
POBLACIÓN DIANA	• Mediadores y agentes sociales que por su labor están vinculados o relacionados con la población diana de los programas de prevención de las adicciones y no se encuadran en los sistemas de protección social que tienen sus propios programas. • Personas vinculadas a iniciativas ciudadanas, al tiempo libre o a actividades culturales son ejemplos de población destinataria del programa.
METODO-LOGÍA	Los profesionales del CMAPA impartirán cursos sobre prevención a los mediadores sociales. • Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

33 IMPLICACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN	Los medios de comunicación social forman un espacio con gran capacidad para la creación de representaciones sociales además de poseer un enorme poder de influencia en la población. Además hay que tener en cuenta que según la ultima encuesta en población escolar los medios son la primera fuente de información de los jóvenes. Para profundizar en la imagen y el tratamiento que desde los medios hacen sobre el fenómeno de las drogodependencias y adicciones, y conscientes del impacto que tiene la información que trasmiten , en la percepción social de los diferentes aspectos relacionados con la realidad de las drogas, se pueden desarrollar diferentes actuaciones.
OBJETIVOS	Que los profesionales de los medios de comunicación tengan información real y precisa sobre la realidad de los consumidores y consumos, especial referencia en los estereotipos existentes en el ámbito juvenil.
POBLACIÓN DIANA	Profesionales de los medios de comunicación.
METODO-LOGÍA	El CMAPA organizará jornadas con los periodistas para que tengan información real y fuera de estereotipos. • Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean. • Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

34 FORMACIÓN CONTINÚA DE LOS PROFESIONALES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Las drogodependencias y los fenómenos que afectan a la persona que los sufre en todas sus dimensiones son objeto de avances en su conocimiento y tratamiento, lo que requiere que para conseguir la más adecuada intervención obliga a ofrecer a los profesionales dedicados a estas tareas la participación en actividades formativas de manera continúa. Aquí se incluye la formación precisa para el reciclaje del personal de CMAPA y otros recursos a atención a personas que sufren alguna adicción.
OBJETIVOS	→ Mejorar la capacidad de los técnicos que realizan la intervención directa con los usuarios. → Mejorar la calidad de los programas y la atención recibida por los usuarios. → Formación de los profesionales para unificar los criterios terapéuticos de asistencia, condensados por paneles de expertos.
POBLACIÓN DIANA	Profesionales del CMAPA y de otros recursos a atención a personas que sufren alguna adicción.
METODO-LOGÍA	• Formación especifica a los profesionales, para la adecuación a las nuevas necesidades derivadas del consumo de sustancias o adicciones nuevas. • Formación interna de los profesionales del Ayuntamiento que cumplen con esta función. • Encuentros con profesionales de otras ciudades.

5 INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Entre los objetivos incluidos en el Plan Estratégico Municipal de Servicios Sociales se incluía en tercer lugar el referido a los fenómenos sociales emergentes: Impulsar la creación de mecanismos de observación y conocimiento de la realidad social para que los Servicios Sociales puedan dar respuestas adecuadas y adaptativas de acuerdo a los cambios de la realidad y, en especial, a los fenómenos sociales emergentes.

La complejidad del fenómeno de las adicciones, así como la cambiante situación de los consumos de drogas, hace necesario disponer de una información amplia y fiable de cómo es la situación de este fenómeno en este municipio, en un momento determinado y que repercusiones va a tener en diferentes ámbitos.

La información es crucial a la hora de poder formular y diseñar intervenciones dirigidas a los problemas derivados del uso y abuso de drogas.

Con el fin de recoger y transmitir información que ayude a mejorar las actuaciones desarrolladas en el municipio se constituirá el Observatorio Municipal de las Adicciones con el fin de recopilar la información de la situación social y de los programas municipales y de otros que funcionen en el ámbito municipal y procesarla y elaborarla para aportarla con valor añadido a los técnicos y recursos municipales de forma que permitan una adaptación de los diferentes programas a la evolución del fenómeno, a las entidades sociales involucradas y a la Comunidad Autónoma.

En la medida en que el observatorio sea capaz de integrar de modo coherente toda la información disponible sobre las drogas y de generar nuevos instrumentos de investigación y análisis del fenómeno, estaremos en condiciones de anticiparnos de forma más eficaz a los nuevos patrones de consumo de drogas y de articular mecanismos que permitan una intervención temprana frente a las consecuencias y problemas que se deriven de los mismos.

El Observatorio, es por lo tanto, un instrumento permanente de recogida de información de diferentes fuentes. Su función básica será la evaluación de la situación de las drogas en la ciudad de Zaragoza, basándose en la recogida, análisis y difusión de la información.

Es fundamental señalar que, para el buen y correcto funcionamiento del Observatorio Municipal sobre Drogas, tienen que estar involucradas diversas Entidades e Instituciones Públicas y Privadas, que desarrollan actividades de atención o prevención de adicciones, en la ciudad de Zaragoza, cada una de ellas con diferentes niveles de responsabilidad y protagonismo.

Objetivos de la línea estratégica

→ Facilitar una visión global, fiable y actualizada de la información referente a las adicciones en Zaragoza.

→ Crear un cauce de participación estable con las entidades sociales e instituciones, dentro de un proceso de evaluación, planificación y ajuste de los programas.

→ Realizar o promover las investigaciones sociales sobre las adicciones.

→ Crear una red de información cualitativa para conocer la situación de las adicciones en Zaragoza.

→ Identificar tendencias de los consumos, cambios que se dan, nuevas pautas, para proyectar en el futuro posibles estrategias.

→ Adoptar una metodología homogénea y fiable para recoger la información, así el tratamiento de la información será consistente para los organismos que colaboren en él.

35 OBSERVATORIO MUNICIPAL DE LAS ADICCIONES

BASES DE LA ACTUACIÓN	La evolución de las drogodependencias a lo largo de los últimos años ha desembocado en cambios sustanciales en diferentes aspectos: las sustancias consumidas, las edades de los consumidores, etc... El conocimiento de la evolución de un fenómeno es clave para la adaptación de la atención a realizar.
OBJETIVOS	→ Mejorar el conocimiento de la realidad de las drogodependencias en Zaragoza. → Posibilitar una adaptación eficaz a las tendencias observadas en los consumos.
POBLACIÓN DIANA	El comportamiento de la sociedad zaragozana en relación con el fenómeno de las adicciones en todos sus ámbitos y variables.
METODO-LOGÍA	Recopilación de información relativa al fenómeno de las drogodependencias, análisis, evaluación y difusión de resultados. • Creación del Observatorio Municipal de las Adicciones, con la participación de entidades públicas y sociales de Zaragoza. • Elaborar la información recibida, a través de la realización y publicación de informes periódicos sobre los temas que conciernen al observatorio. • Difundir los informes periódicos entre profesionales, instituciones, asociaciones y organizaciones que trabajan en el campo de las adicciones. • Asesorar a responsables políticos, institucionales y sociales de las prioridades que existen en adicciones en un momento determinado. • Colaborar con otros observatorios o centros receptores de información y poder disponer de un espacio de intercambio y comunicación científica y técnica entre los profesionales que trabajan en adicciones.

6 COORDINACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

En el ámbito de la coordinación, este Plan no puede perder de vista las actuaciones desarrolladas por otros todos los servicios municipales y el tejido de entidades sociales que están implicados directa o indirectamente, para impulsar la concreción de espacios de acuerdo y coordinación en la consecución de los objetivos asumidos.

La Delegación de Acción Social y Cooperación al Desarrollo será el referente de las actuaciones municipales en materia de adicciones.

Para ello pretende liderar las actuaciones municipales en esta materia en un doble sentido; por una parte estableciendo cauces de colaboración con las entidades sociales del ámbito siguiendo las directrices establecidas en el plan y por otra parte coordinando los diferentes programas dentro del término municipal y dentro del ámbito competencial municipal.

El desarrollo de un plan de estas características requiere tener en cuenta la participación y coordinación entre diversas entidades, tanto del ámbito local como del autonómico y nacional.

Objetivos de la línea estratégica

- Coordinar las diferentes Áreas y Servicios del Ayuntamiento que tengan alguna relación con la prevención y atención de las adicciones, así como con el control de la oferta de drogas.
- Coordinar las entidades locales de carácter social que están implicadas en este campo de actuación.
- Coordinar las actuaciones del Plan Municipal con las de las instituciones del ámbito autonómico y nacional.
- Colaborar con otras entidades que aunque no figuren entre sus áreas de actuación lo relacionado con las adicciones, sí que resultan significativas en otros aspectos como la formación o la investigación, como puede ser la Universidad.

36 COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

BASES DE LA ACTUACIÓN	La normalización como criterio de intervención y la especialización funcional, dan como resultado la necesaria colaboración entre las diferentes áreas de trabajo municipal. Sobre todo en los servicios de actuación directa con el ciudadano: Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, Servicio de juventud, Servicio de Deportes, IMEFEZ, Policía local, Servicio de prevención y Salud, ...
OBJETIVOS	→ Desarrollar estrategias de eficacia y eficiencia en el uso de los recursos municipales. → Profundizar en la puesta en práctica del principio de normalización.
POBLACIÓN DIANA	Los servicios y los organismos municipales que desarrollan actividades que tiene relación directa o indirecta con la prevención, la atención o la inserción de personas que sufren adicciones.
METODO-LOGÍA	• Establecimiento de protocolos técnicos de coordinación y colaboración en la atención. • Establecimiento de cauces de colaboración en tareas de prevención • Acuerdo y formalización de criterios de derivación y de seguimiento en las actividades de inserción. • Establecer cauces de información a través de los cuales se evite la duplicidad entre las acciones planteadas desde ambas áreas. • Desarrollar colaboraciones en las que, persiguiendo objetivos similares, se consiga aprovechar todas las aportaciones.

37 APOYO A LAS ENTIDADES SOCIALES

BASES DE LA ACTUACIÓN	Este plan municipal tiene como criterio el reconocimiento del pape desarrollado en la ciudad por la iniciativa social en este sector de intervención. Por ello es necesario mantener un adecuado nivel de colaboración con las entidades sociales que prestan sus servicios en el municipio que favorezca y estimule el tejido social de Zaragoza. En este sentido el Área de Acción Social y Cooperación al Desarrollo reconoce y fomenta la labor que desarrolla apoyando económicamente sus actividades a través de la firma de convenios de colaboración y de la convocatoria de subvenciones en materia de Acción Social.
OBJETIVOS	• Apoyar la participación activa de las entidades sociales y de tejido asociativo en la prevención y atención a las adicciones. • Establecer cauces de coordinación técnica para mejorar la atención a los usuarios.
POBLACIÓN DIANA	Entidades sociales que realizan programas en los diferentes ámbitos de intervención.
METODO-LOGÍA	• Desarrollar actividades de contacto y relación orientadas a disponer de todas las opiniones y posibilitar la integración y coordinación necesaria para optimizar el uso de los recursos y evitar disfunciones en la cobertura en el término municipal. • Convocatoria de subvenciones en materia de Acción Social que incluye a las entidades que desarrollan su actividad en este ámbito. • Convenios de colaboración existentes y extender esta fórmula a los contenidos que se estimen oportunos dentro de las competencias municipales en la materia.

38 COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

BASES DE LA ACTUACIÓN	El Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas adictivas reconoce el CMAPA como recurso en las áreas de prevención y asistencia y a la red de centros dependientes de los Servicios Sociales comunitarios como parte de la estructura dirigida a la prevención y la inserción estableciendo la coordinación entre recursos como un contenido de cada uno de los niveles de intervención establecidos.
OBJETIVOS	Lograr la adecuada eficiencia en la cooperación, entendida como reparto de funciones en los ámbitos de la prevención, la atención y la inserción.
POBLACIÓN DIANA	Los ámbitos de la administración competentes en la materia, fundamentalmente el Ayuntamiento de Zaragoza y el Gobierno de Aragón y el IASS.
METODO-LOGÍA	Establecimiento de los canales de coordinación oportunos, incluyendo los instrumentos tales como los convenios de colaboración entre los ámbitos correspondientes. • Establecer metodologías y protocolos de colaboración interinstitucional • Mantener un adecuado nivel de colaboración y coordinación de las actuaciones realizadas por cada uno de los ámbitos

EVALUACIÓN

La evaluación constituye un elemento imprescindible en la planificación y el establecimiento de sistemas de evaluación de forma sistemática permite mejorar la efectividad y la eficacia de las actuaciones.

Los sistemas de evaluación responden a dos premisas fundamentales: por un lado, son estrategias necesarias para tomar decisiones en cuanto a los diferentes elementos que en la planificación intervienen (programas, objetivos, metodología, materiales, recursos, actividades...) y, por otro, ofrecen una visión objetiva y crítica que permite valorar la necesidad de la continuidad y/o la posibilidad de cambio dentro de dicha planificación.

Podríamos definir la evaluación como la recogida, análisis e interpretación de forma sistemática de la información relativa al funcionamiento y a los posibles efectos de las diversas actuaciones dentro del Plan (tanto a nivel general, como a nivel específico).

Según lo establecido en el Plan Estratégico de Servicios Sociales, las tres claves que han de guiar el proceso de planificación se concretan en un ciclo continuo que, por medio de la recogida sistemática de información, se retroalimenta, y propicia la adaptabilidad a la realidad de las acciones o dispositivos que se ponen en valor para dar las respuestas demandadas.

1. Sistema de recogida de información

Es la clave instrumental que permite que los procesos de gestión y planificación, incluida la reflexión que debe acompañarles, sean operativos y se puedan realizar de forma normalizada.

2. Adaptabilidad

El modo de hacer debe ser adaptable en todo momento a los cambios de tendencias que puedan acaecer en la realidad y en la propia estructura del sistema de servicios sociales.

3. Retroalimentación

La adaptación a la realidad y el diagnóstico que hemos de disponer en cada momento, lleva a este ciclo – proceso a retornar al punto de referencia más inmediato y así generar un proceso activo y envolvente de producción y gestión de las políticas sociales públicas.

Como ya se ha avanzado, el objetivo último de la evaluación es el de conocer la efectividad y la eficacia de los diferentes programas y elevar el nivel de calidad de los mismos. Para llegar a ellas se plantea una intervención que incluye tres fases:

Evaluación de la Planificación:

Se planifica, diseña y proyecta la intervención. En ella se definen los objetivos, la metodología, el grupo, la causa o necesidad de intervenir y se hace una estimación de los recursos disponibles .Los aspectos, a nivel general, que se deben tener en cuenta en esta fase son los siguientes:

- El fenómeno
- El modelo teórico de referencia.
- La necesidad de intervención
- El grupo objetivo.
- Los objetivos.
- Las metodologías
- Los recursos
- La planificación de las fases de la evaluación.

Evaluación del proceso

Se evalúa el funcionamiento y las condiciones de aplicación, la ejecución y el cumplimiento de la previsión del diseño y la planificación inicial. Esta evaluación permitirá variar, modificar, corregir o mantener las condiciones iniciales. Esta evaluación incluirá los siguientes apartados:

- Evaluación de la cobertura: nivel de participación, características y difusión.
- Evaluación de las actividades: definición, métodos, registro y recogida de datos.
- Evaluación de la temporalización: diferencia entre la planificación prevista y la real.
- Evaluación de los recursos humanos: responsables y coordinaciones.
- Evaluación de los recursos materiales: comparación de recursos y presupuestos.

Evaluación de los resultados

Esta evaluación tiene como finalidad comparar los resultados obtenidos con los propuestos en la planificación, tanto en el Plan en su conjunto, como en cada uno de sus programas y actuaciones. Es decir, evidenciar si los objetivos propuestos inicialmente se han cumplido. Para ello, se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- Indicadores a tener en cuenta para conocer los resultados.
- Método utilizado (cuantitativo o cualitativo) de valoración de los resultados.
- Instrumentos de medida utilizados.
- Definición de la recogida de la información.
- Método de análisis de la información recogida.

La evaluación es un proceso dinámico que parte de cada uno de los proyectos, programas y actuaciones concretas que se realizan y que dan paso a la evaluación general del Plan. Por lo tanto, cada proyecto, programa o actuación, según sus objetivos y metodología, tiene su propio modelo de evaluación y sus instrumentos específicos. Las diferentes evaluaciones requieren del trabajo de los propios técnicos, así como de la coordinación y/o supervisión de técnicos externos especializados en la evaluación de programas.

En última instancia, los resultados de la evaluación de los diferentes programas y actuaciones del Plan, servirán para la confección de la memoria anual, que será el canal difusor de estos resultados. De la misma forma, durante el último semestre de vigencia del Plan, se realizará la revisión del mismo, evaluando la consecución de los objetivos previstos. Esta revisión permitirá trazar las directrices a seguir en la puesta en marcha del siguiente Plan.