
PROPUESTA DE:

**IV PLAN PARA REDUCIR LAS ADICCIONES
Y OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO AFINES
EN LA CIUDAD DE VITORIA-GASTEIZ 2015-2019**

Vitoria-Gasteiz, 2015





COORDINACION

Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público. Servicio de Salud Ambiental. Unidad de Salud Pública.

DEPARTAMENTOS MUNICIPALES PARTICIPANTES

- Departamento de Servicios a la Ciudadanía y Deportes (Servicio de Educación).
- Servicio de Planificación Cultural y Fiestas (Unidad de Juventud).
- Departamento de Asuntos Sociales y de las Personas Mayores.
- Departamento de Alcaldía (Servicio de Igualdad).
- Departamento de Seguridad Ciudadana (Policía Local).
- Departamento de Medio Ambiente y Espacio Público (Unidad de Salud Pública).

ENTIDADES Y ASOCIACIONES PARTICIPANTES

- Centro de Orientación y Tratamiento de las Adicciones (COTA).
- Asociación Gitana Gao Lacho Drom.
- Comisión Ciudadana Anti-Sida de Alava.
- Asociación AILAKET!
- Fundación Jeiki.
- Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación ASAJER
- Asociación Española Contra el Cáncer.
- Federación Alavesa de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as de Centros Concertados (FAPACNE).
- Federación de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de la Escuela Pública de Alava (DENON ESKOLA).
- Asociación de Consumidores de Cannabis (P.U.I.S.).
- Instituto para Inclusión Social (IRSE).

APOYO TÉCNICO Y REDACCIÓN

Universidad de Deusto (Instituto Deusto de Drogodependencias)



Las adicciones constituyen una realidad muy compleja, dada la interacción de elementos que confluyen en su origen, en su proceso y en su consolidación.

A mediados de la década de los 60, en los países más desarrollados como Estados Unidos o Gran Bretaña, y una década después en países del área mediterránea como el Estado Español, surgió el fenómeno social del consumo de drogas ilegales (derivados de cannabis, anfetaminas, LSD, heroína o cocaína), conocida como la “epidemia” de las drogodependencias y que sorprendió a una sociedad que carecía de los conocimientos y los recursos necesarios para hacerle frente de una manera eficaz.

Prácticamente nada se sabía de las posibles causas del problema, por lo que casi todo el esfuerzo se destinó a reprimir a los proveedores de las sustancias y a los consumidores. Sin embargo, paulatinamente, se ha ido avanzando en el conocimiento del fenómeno, toda vez que se fueron poniendo en práctica intervenciones de diferente tipo para hacerle frente. Las primeras acciones giraron en torno a la apertura de centros asistenciales, comunidades terapéuticas y programas orientados a la inserción; posteriormente tomó auge la intervención preventiva que inicialmente se configuró con informaciones alarmistas, para diseñar posteriormente intervenciones más complejas pero adecuadas a los tiempos y las necesidades. La perspectiva de la reducción de riesgos y daños llegó al final para ir completando y diversificando la intervención.

En estos cuarenta o cincuenta años se ha ido acumulando una serie de conocimientos científicos y técnicos que han permitido poner en marcha intervenciones más eficaces y eficientes que las de los primeros años; se sabe por ejemplo que no es lo mismo consumir que tener una adicción y que entre ambos conceptos (uso y abuso) hay un trecho largo que no todas las personas recorren. Somos conscientes de que se trata de un proceso que permite intervenir en diferentes momentos; sabemos que no son los mismos factores los que empujan a los primeros consumos (como el impulso de experimentar), que los que hacen que se consuma de forma reiterada; se sabe que existen elementos comunes entre el consumo de drogas y otros comportamientos tales como el del juego, la conducta anti-social, las relaciones sexuales de riesgo, etc., muy comunes entre los adolescentes y jóvenes; se presume que no existen causas para explicar íntegramente el abuso, pero tampoco es cuestión de azar, es decir, que este abuso viene acompañado de una serie de factores de riesgo muy diversos que incrementan las posibilidades de que se produzca dicho abuso; también se sabe que hay una serie de factores de protección que ayudan a esquivar esas motivaciones que provocan el consumo reiterado.

A pesar de lo que se avanza en el conocimiento de esta conducta, el consumo de drogas y otras conductas adictivas como el juego son vistas a menudo, incluso por parte de los profesionales o de los responsables de las intervenciones, desde una perspectiva moral, con una enorme carga de prejuicios relacionado con el hedonismo, la búsqueda del placer, la huida del malestar, la debilidad, la falta de voluntad, etc. No se acepta claramente que la dependencia de una sustancia o del juego es una patología; que es una enfermedad que afecta al sistema nervioso, pero que por etiología y por las consecuencias que tiene es mucho más que una enfermedad fisiológica.

La pretensión de este Plan es utilizar al máximo posible los conocimientos y las evidencias que se poseen, poniéndolas al servicio de la intervención y desarrollar las actividades más eficientes y eficaces con los recursos y competencias que están al alcance del municipio de Vitoria-Gasteiz. Desde esa pretensión en el proceso de diseño del Plan se han tenido en cuenta tres grandes elementos: La concreción a nivel local del VI Plan de Adicciones de la CAPV, una



metodología participativa a la hora de recoger propuestas y una revisión de las intervenciones realizadas hasta ahora en el Plan vigente.

El Plan local se enmarca por lo dispuesto en el *VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma Vasca: 2011-2016*, aprobado en Abril de 2012 por el Parlamento Vasco. Una de las novedades del Plan Vasco es la ampliación de su intervención desde las drogodependencias hasta las adicciones, permitiendo así intervenir sobre otros comportamientos susceptibles de crear una dependencia. Sin embargo, los debates técnicos y científicos sólo han suscitado el acuerdo unánime sobre dos comportamientos capaces de crear adicciones: en el uso de drogas, que puede dar lugar a las drogodependencias y en el juego de azar dinerario, que puede originar la ludopatía o juego patológico. También se reconoce la existencia de otros trastornos del comportamiento en los que la persona repite una determinada actividad (uso de internet, las compras...), que pueden acarrear pérdidas en la salud y en el bienestar personal, relacional o emocional. Hay que tener en cuenta, además, que muchos de los factores de riesgo que influyen sobre una adicción o sobre otro trastorno de comportamiento u otras conductas problema (acoso, relaciones sexuales de riesgo, violencias y conducta antisocial...), son compartidos por todos y, por lo tanto, en las intervenciones preventivas -que en gran parte desarrollará el Ayuntamiento- se puede hacer hincapié en la reducción de los factores de riesgo y en la promoción de factores de protección, de manera que extienda los beneficios a otros trastornos. Con esta idea la propuesta de Título para este Plan es la de

PLAN PARA REDUCIR A LAS ADICCIONES

Y OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO AFINES

En el diseño de esta propuesta se ha utilizado una metodología participativa en la que se ha recabado datos y opiniones de diversas fuentes, tanto propias del Ayuntamiento como de otras entidades públicas, de otros organismos y de entidades privadas que están involucradas.

En este proceso de recopilación de informaciones y de debates hay que considerar dos momentos: En la primera fase, a comienzos de 2013, se ha realizado un importante esfuerzo para recopilar documentación de los diversos servicios, se han realizado algunas investigaciones específicas (Las Lonjas, la prevención en el desarrollo curricular...) y se han puesto en marcha grupos de trabajo en los que se ha debatido sobre necesidades. En esa primera fase se han ubicado las intervenciones previstas para el 2013 según las líneas estratégicas del VI Plan de Adicciones de la CAPV.

En una segunda fase se ha encargado a la Universidad de Deusto sistematizar toda la información disponible y avanzar sobre ella, para lo cual se han realizado una serie de tareas de análisis estadísticos de datos ya recogidos, revisión de textos procedentes de teorías e investigaciones sobre factores de riesgo y protección y se han desarrollado sesiones de trabajo con grupos de profesionales, tanto técnicos del Ayuntamiento como de entidades que trabajan en este campo. Con todo ello se ha elaborado esta propuesta que consta de los siguientes capítulos:

1. Aprovechando una serie de investigaciones recientes en la CAPV, que junto a los datos ya recopilados por los servicios y recursos de la ciudad, se ha realizado lo que hemos denominado "diagnóstico estadístico" y que dada su profusión de datos en cuanto a volumen se han enviado al anexo. El resumen se ha incluido como primer capítulo con el mismo nombre, *Diagnóstico estadístico*.



2. Se ha procedido a una revisión de las teorías y de las investigaciones sobre los factores que influyen en las adicciones y otros comportamientos afines y se ha elaborado un capítulo con el título de *Las adicciones y otros comportamientos afines a la luz de la evidencia científica*.
3. Las opiniones vertidas en los diferentes grupos de trabajo, tanto, de la primera fase como de la segunda, más otros documentos, informes investigaciones y apuntes han sido clasificados y ordenados. Con ellos se ha constituido otro capítulo que hemos denominado: *El diagnóstico cualitativo*.
4. Se ha dedicado un pequeño espacio para *Los principios del Plan*, que básicamente contiene la enumeración de los capítulos de la ley de drogodependencias vigente en la CAPV y en los que se mencionan las competencias municipales en la materia; así como los principios generales del *VI Plan de Adicciones de la CAPV* que se suscriben en este Plan.
5. Finalmente se ha dedicado un último capítulo a *La estructura operativa* que contiene el diseño de las intervenciones en forma de grandes líneas, de programas y de proyectos concretos que se han de desarrollar a lo largo del Plan.

Está claro que una buena parte de las acciones que se ha venido haciendo hasta ahora en los Planes y las intervenciones puestas en marcha por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz han estado guiadas por las evidencias de lo que se conoce y por planteamientos lógicos adecuados a la realidad local. Es por ello que el Plan no comienza de cero, ni mucho menos, sino que ya se tienen puestos en marcha bastantes recursos y programas que habría que mantener y apoyar para mejorarlos.



INDICE

<u>CAPÍTULO</u>	<u>Página</u>
I.- DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO	7
II.- LAS ADICCIONES Y OTROS COMPORTAMIENTOS AFINES A LA LUZ DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	25
III.- EL DIAGNÓSTICO CUALITATIVO	51
IV.- PRINCIPIOS DEL PLAN	60
V.- ESTRUCTURA OPERATIVA	62
VI.- ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS COMPETENTES	116
ANEXO: DIAGNÓSTICO ESTADÍSTICO DETALLADO	125



I. – DIAGNOSTICO ESTADISTICO

Los datos recogidos sobre la ciudad de Vitoria-Gasteiz, además de proporcionarnos una relevante información descriptiva sobre el medio, nos permiten señalar que no existen grandes diferencias entre la CAPV y el municipio alavés en cuanto a las importantes variables socio-gráficas, variables independientes o variables explicativas o factores.

Los estudios realizados con muestras de residentes en la CAPV disponen de un 95% de nivel de confianza y sus resultados oscilan en torno a un $\pm 3\%$, es decir, que se incluye dentro de lo razonable cualquier valor obtenido entre + un 3% y – un 3%, lo que deja unos márgenes en los que es más fácil hacer encajar los resultados propios como una parte de ese todo.

Por otra parte, una gran ciudad como ésta concilia muchos tipos de vidas diferentes que se asemejan a un universo más grande al que pertenece, como es el caso de Vitoria-Gasteiz con respecto a la CAPV.

En definitiva, con ello queremos señalar que se pueden hacer valer los datos de otros estudios realizados sobre toda la CAPV para disponer de una idea bastante aproximada de lo que ocurre en esta ciudad sin tener que emprender costosos estudios.

No obstante lo dicho, sí destaca una variable que puede ser relevante en este tema y en la que se encuentran diferencias importantes entre la ciudad de Vitoria-Gasteiz y el resto de la CAPV, que es la proporción de población de origen extranjero en el grupo de jóvenes de entre 12 y 35 años; según los datos del servicio de estadística para 2013 son un 15,9% entre 12 y 30 años y un 17,8 % entre 31 y 35 años aunque desde hace años se viene apreciando un descenso considerable (en 2012 entre 12-30 años eran 17,35%, ha descendido un punto y medio).

En este diagnóstico se han utilizado las siguientes fuentes de información:

- Los estudios de *Euskadi y Drogas* que vienen realizándose desde 1992 y que se dirigen fundamentalmente al conjunto de la población de 15 a 74 años (aunque los primeros abarcaban desde los 15 y sin límite por arriba), en especial el último, *Euskadi y Drogas 2012*.
- Los estudios de *Drogas y Escuela* que viene realizándose desde 1981 sobre estudiantes de secundaria, inicialmente en la ciudad de Donostia-San Sebastián y luego sobre todo el alumnado de la CAPV. Se tendrá en cuenta en especial el último *Drogas y Escuela VIII* de 2011.
- Los estudios del *Sistema de Información sobre Toxicomanías, SIT*, (SEIT, para el sistema estatal), que viene recogiendo datos desde los servicios sanitarios e informa sobre las personas atendidas por el uso de drogas y las urgencias o la mortalidad relacionada con el uso de estas sustancias. Se ha utilizado el informe de 2011.
- Datos de las evaluaciones anuales de los programas y proyectos de drogodependencias de la Ciudad de Vitoria-Gasteiz.
- Datos aportados por los diversos servicios y recursos de la ciudad relativos a los planes de juventud, asistencia sanitaria a personas con adicciones, asistencia a personas en exclusión, provenientes del sistema educativo, del sistema de protección de familias y menores, de los recursos de igualdad a las intervenciones del Departamento de Seguridad Ciudadana y datos procedentes de las entidades que están interviniendo directamente sobre el tema (ASAJER, Ailaket, Fundación Jeiki, AECC, etc.)



- Los datos recogidos por los recursos del municipio: datos estadísticos de población, territorio, escolaridad, empleo etc.

1.- EL TABACO

Un poco más de la mitad de la población de entre 15 y 74 años ha fumado tabaco en alguna ocasión (54,4%), lo que traducido a números son poco más de 100.000 residentes en Vitoria-Gasteiz. Este colectivo se puede dividir en tres grupos:

- Un primer grupo compuesto por casi la mitad de las personas que han fumado tabaco en alguna ocasión, que han sido fumadoras, pero ahora ya no fuman, unas 43.000 personas de Vitoria-Gasteiz son exfumadores (un 23,2% del total de la población).
- El segundo grupo, el más pequeño, compuesto por unas 10.000 personas residentes en la ciudad que fuman de forma ocasional, es decir menos de un cigarro al día (son un 5,5% de la población de la ciudad).
- Y un tercer grupo, ligeramente superior en tamaño al primero, que está formado por las personas que fuman a diario, que son casi la mitad de las personas que han fumado tabaco en alguna ocasión, unos 48.000 vitorianos (un 25,7% del total de la población).

Si sumamos los dos grupos de personas que fuman, el de fumadores ocasionales y el de fumadores diarios, hablaríamos de casi un tercio de la población que fuman (un 31,2%) y unas 58.300 personas residentes en la ciudad, que se distribuyen de la siguiente manera:

- Casi una de cada cinco personas no llega a los 5 cigarros al día (19,4% = 11.300 residentes) y en este grupo están las fumadores ocasionales que no llegan a un cigarro al día.
- Casi dos quintos fuman entre 5 y 10 cigarrillos al día (38,0% = 22.150 residentes).
- Casi otros dos quintos fuman entre 11 y los 20 cigarrillos (37,5% = 21.850 residentes).
- Finalmente están quienes fuman más de un paquete, que son una de cada veinte (5,2% = 3.000 residentes).

La edad de inicio del último estudio es de 17 años y las edades de inicio del tabaco han experimentado muy pocas variaciones desde 1996, oscilando entre los 16,8 años hasta un máximo de 17,5 años.

Los consumos experimentales de tabaco son menores en el grupo de edad más joven (15 a 34 años (45,3% frente al 54,4% de media) y también es menor entre ellos la proporción de personas que fuman a diario más de 20 cigarrillos (0,6% frente al 1,6% de media). Podría ser que entre esta población más joven se consuma menos tabaco porque hay un mayor rechazo a él. Sin embargo, en cuanto a la proporción de consumo en el último año (reciente) y de consumo en el último mes (actual), no hay diferencias entre el grupo más joven y el de mediana edad (35-54 años), que es el grupo en el que hay más consumo; en los dos casos y en las dos frecuencias de consumo la proporción gira en torno al tercio (33,3%). Esto nos hace pensar en que ese menor consumo se puede deber también a una cuestión estructural, que no tienen que ver con el rechazo, en el sentido de que dadas las edades de inicio (en torno a las 17 años) y el tiempo que se tarda en adquirir una adicción que empuje al consumo diario, es lógico que entre las personas más jóvenes haya menos fumadores y que los consumos sean menos intensos, pero es posible que a medio plazo parte de estas diferencias desaparezcan.



Los varones fuman más que las mujeres pero las diferencias no son muy grandes en cuanto al consumo experimental (lo han probado el 60% de varones frente a casi el 50% de mujeres). En el consumo en el último año el 33% fueron varones frente a 29% de mujeres y en el caso del consumo actual, en el último mes, fueron varones el 32% frente al 27% de mujeres. Sin embargo, en cuanto al consumo más intenso de más un paquete al día la distancia es muy grande, de manera que hay 4,3 varones por cada mujer (2,6% de varones frente al 0,6 de mujeres).

Entre el alumnado de enseñanzas medias (población de entre 12 y 19-20 años) nos encontramos con que una cuarta parte fuma (25%) y de este grupo un 8% no llega a fumar un cigarrillo al día, un 11% fuma 10 o menos cigarrillos al día y un 4% superan la media cajetilla.

Por edades, los incrementos son muy paulatinos, sin que haya grandes saltos, de manera que a los 12 años ya hay un 5% que dice fumar, a los 15 años ya se ha rebasado la media de consumo (el 28% frente a ese 25% de media de todo el alumnado) y a los 18 años ya no crece la proporción de fumadores, deteniéndose a esa edad en el 44% del alumnado.

Entre las alumnas de enseñanzas medias hay más fumadoras que entre los alumnos, aunque las diferencias son pequeñas (26% de ellas, frente a 24% de ellos), sin embargo los chicos que fuman lo hacen con más intensidad, de manera que las alumnas son más numerosas entre los consumos de menos de 5 cigarrillos al día. En el estrato de consumo de entre 6 a 10 cigarrillos hay igual número de chicas que de chicos, pero a partir de los 11 cigarrillos al día los alumnos más numerosos.

La tendencia general parece indicar un menor consumo de tabaco. Se ha ido reduciendo la proporción de fumadores habituales desde 1992 (39%) hasta la actualidad (26%) y se reduce la cantidad de consumo, de manera que las personas que consumen más de una cajetilla han pasado de ser el 24% en 1994 al 5% de la última medición. No obstante, no crece el número de personas exfumadoras desde el 2002, manteniéndose entre el 23/24 % de la población.

2.- EL ALCOHOL

La gran mayoría de la población mayor de 15 años ha probado el alcohol (87%, lo que para la ciudad serían unas 162.300 personas). Quienes han bebido recientemente, en el último año, son también una amplia mayoría, próxima a tres cuartas partes de la población vitoriana (74%, lo que supone unos 177.300 vitorianos y vitorianas); mientras que los que tienen un consumo actual, es decir, en el último mes, son casi dos tercios (65% que vienen a ser 121.000). Ahora bien, si vamos al consumo diario los números bajan considerablemente, porque estaríamos hablando de un 12% de la población, lo que no llegaría a los y las 23.000 habitantes de Vitoria-Gasteiz.

Más allá de la frecuencia interesan otros indicadores sobre la intensidad de ese consumo. Un primer indicador de esa cantidad es el número de borracheras, y nos encontramos con que cuatro quintos (81%) no se han emborrachado en el último año, la gran mayoría de ellos y ellas beben pero no se emborrachan, lo cual nos habla de un tipo de consumos mayoritariamente constituidos por pequeñas ingestas, espaciadas. En el otro extremo tenemos que un 5% de las personas se emborrachan más de 6 veces al año (unas 10.000 personas residentes) de las cuales un 2,2% corresponde a quienes se emborrachan al menos una vez al mes (algo más de 4.000 residentes en la ciudad).



Otro indicador es la cantidad de alcohol que se ingiere se trata de los consumos que se producen entre semana y los que ocurren en fines de semana. Como es conocido el consumo de fin de semana rebasa ampliamente al diario. En fin de semana se mantiene abstinencia poco más de un tercio de la población (36%), mientras que entre semana no beben algo más de dos tercios (69%). Pero la diferencia no sólo radica en cuanto a los momentos, sino también en las cantidades consumidas. En días laborables es un 2,5% de la población la que ingiere una cantidad de alcohol que se considera excesiva (2%) y de riesgo (0.5%), (unas 4.700 personas residentes en la ciudad), mientras que en fin de semana esa proporción se cuadruplicaba, de manera que el 11% consume en exceso y con una intensidad de riesgo (unos 21.000 vitorianos y vitorianas).

Finalmente, hay un tercer índice que trata de medir el riesgo del consumo y que establece unas tipologías que son las de consumo *social, de riesgo, perjudicial y dependencia alcohólica* (Test CAGE). De él se desprende que hay un 1,6% de personas con ingestas de riesgo (unos 3.000 vitorianos y vitorianas), un 1,4% con consumos perjudiciales (unas 2.600 personas de la ciudad) y un 0,4% de personas alcohólicas (unas 750 personas residentes en Vitoria-Gasteiz). Estas cifras se ajustan bastante a ese 0,5% de personas bebedoras de riesgos diarios, según la cantidad, y ese 2% de personas bebedoras excesivas de diario.

La edad de inicio en el consumo del alcohol ha sufrido algunos vaivenes que no muestran una clara tendencia, alcanzándose la edad más elevada en la investigación de 2008 (17,3 años) y la más baja en la última medición en 2012 (16, 5 años); en el resto de los estudios las edades oscilan entre las mencionadas, pero sin marcar una trayectoria clara.

El grupo más jóvenes (15-34 años) concentra el mayor número de bebedores y bebedoras y las mayores cantidades de consumo de fin de semana (las personas bebedoras excesivas o de riesgo son en este colectivo un 23%); el grupo de más edad (55-74 años) es el que más bebe a diario (el 22% dicen beber así). El porcentaje de consumos excesivos y de riesgo entre semana es algo mayor en el grupo de edades intermedias (35-54 años), que suman un 2,9%.

Se podría hacer un análisis del consumo de alcohol en función de los grupos de edad: el conjunto más jóvenes concentra las ingestas desmedidas de los fines de semana, hecho muy relacionado con estilos de vida con pocas obligaciones, estudios, desempleo, viviendo con la familia de origen sin emanciparse... pasados esos años al entrada en las edades intermedias supone un gran cambio en el estilo de vida, el trabajo, la emancipación, la constitución de una familia ... y por lo tanto remiten la cantidad y en gran parte se convierten en consumos diarios, moderados... aunque también aparecen las personas con consumos de riesgo. Por último las personas de más edad que tienen un consumo moderado en parte vinculado a la dieta cómo consumo más tradicional (comer con un vaso de vino).

Entre las mujeres hay una ligera menor proporción de iniciadas con el alcohol que entre los varones (91% entre varones frente al 83% entre mujeres); a partir de ahí y según se va avanzando hacia consumos más frecuente e intensos, las diferencias se van incrementado, de manera que en el consumo reciente, el del último año, aparece un 81% de varones frente al 66% de mujeres; en el consumo excesivo o de riesgo de fin de semana ya hay 2,2 varones por cada mujer (el 7% de ellas y el 16% de ellos), en el consumo diario la distancia sube ligeramente del 2,4 de varones por cada mujer (el 7% de ellas y el 17% de ellos) y ya en los consumos excesivos y de riesgo a diario la distancia se agudiza hasta encontrar un 4,7 varones por cada mujer con consumos diarios excesivos (del 0,8% de ellas al 4% de ellos).

En lo que respecta a los y las adolescentes y jóvenes estudiantes de EE.MM (12 a 20 años), sólo una cuarta parte no ha probado el alcohol y no llega a la mitad quienes no se han



emborrachado nunca; la gran mayoría que no conoce la borrachera se corresponde con el grupo de los más jóvenes, personas de 12 - 13 años estudiantes del primer ciclo de la ESO. A partir de los 14 años sólo una quinta parte permanece sin probar las bebidas alcohólicas (20%). A partir de los 16 años esa proporción de abstemios se reduce al 7%.

Los consumos más intensivos de alcohol, elevados, excesivos y de riesgo, se concentran los fines de semana, llegando a ser algo más de uno de cada diez los excesivos (12%) y uno de cada cinco los de riesgo (20%). En fin de semana, curiosamente, se da la paradoja de que hay más personas bebedoras de riesgo que excesivas, sin embargo los consumos en días laborales son muy pequeños, dado que el 85% permanece abstemio entre semana. Pese a ello cabe reseñar que un 3% declara un consumo de riesgo en días laborables, cuando los porcentajes de años anteriores en esta tipología no llegaban al 1%. Este es el único dato en el que el consumo de alcohol ha experimentado un incremento, porque en los otros indicadores no hay variaciones o incluso reflejan un cierto descenso en el consumo; este mayor consumo se produce entre los varones de 16 a 18 años.

Con respecto al sexo, si bien no hay diferencias entre chicos y chicas en cuanto a la frecuencia de consumo y en cuanto a la cantidad de consumo de fin de semana, la de diario es mucho menor entre las mujeres, especialmente en el estrato de bebedores excesivos (2,2% ellos, frente a 0,8% de ellas) y de bebedores de riesgo (4,7% varones, frente al 1,3% de mujeres).

La frecuencia y el volumen de consumo del alcohol ha sufrido bastantes variaciones desde el año 92 hasta 2012, variaciones que no muestran una tendencia clara; aunque sí parece que hay unos años -hacia la mitad de este ciclo-, en los que aparece un cierto incremento, señalando:

- Que disminuyen ligeramente las tasas de consumo diario y actual a favor de consumos más esporádicos o incluso del no consumo en todos los grupos de edades.
- Que, sin embargo, crecen los consumos excesivos y de riesgo tanto los fines de semana (11,4%) como entre semana (2,4%), desde la anterior medición (2.010).
- Que los consumos más elevados (excesivos y de riesgo) de entre semana se produjeron en 1992 (3,0%) y a partir de ahí han descendido levemente; los consumos más elevados (excesivos y de riesgo) en fin de semana se produjeron en 2004 (17,4%) y luego también han ido descendiendo.
- Crece algo la práctica del “botellón” o “hacer litros”, entre la gente joven, tanto en la frecuencia ocasional como en la habitual, y crecen levemente algunos problemas relacionados con el alcohol en el caso de los jóvenes.

Yendo a los datos de asistencia nos encontramos con que en 2008 (último año en que se recogen los datos) estaban siendo atendidas 4.275 personas por alcoholismo en la CAPV, lo que suponía para Vitoria-Gasteiz algo así como 471 personas. Estos números vienen siendo muy estables desde 1997.

La demanda de tratamiento de casos nuevos por alcoholismo en 2008 era de 1.061 personas para toda la CAPV (supone el 37% de toda la nueva demanda de tratamiento por toxicomanías (que incluye otras drogas ilegales y que en total fue de 2.865 personas). Estas cifras suponen para Vitoria-Gasteiz unas 117 nuevas demandas de tratamiento por alcoholismo. La demanda de tratamiento por alcoholismo ha ido creciendo, de manera que en 2011 -año del último informe- es de 1.116 personas para toda la CAPV (el 42% de toda la demanda por



drogodependencias que era de 2.668 personas), lo que suponía para Vitoria-Gasteiz unas 123 nuevas demandas.

El servicio denominado COTA no presenta datos diferenciados por sustancias, es decir, dividiendo las demandas que genera el alcohol frente a otras toxicomanías, pero señala para Araba que en 2010 las nuevas admisiones a tratamiento las generaron 468 personas. Nosotros estimamos todas las demandas asistenciales de Vitoria-Gasteiz en 341 personas, el 72,9% de la cifra aportada por COTA para toda Araba, que está muy cerca del 74,7% que le correspondería a la población de Vitoria- Gasteiz respecto a todo el territorio de Araba-Álava.

Las características de las personas atendidas por alcoholismo aportadas por COTA y por el SIT-SEIT serían:

- La media de edad de las personas asistidas por alcoholismo es casi diez puntos más alta que la de las asistidos en general por drogas (46,3% frente a 38,8%), l
- Las personas mayores de 35 años suponen el 85% y no hay casi menores de 20 años.
- La relación varones mujeres es de 78% varones y 22% mujeres que es de las sustancias en las que menos diferencias hay entre varones y mujeres, ya que la media de todas las toxicomanías es de 83% de varones y 17% de mujeres.
- El 53% de los admitidos a tratamiento por alcoholismo no habían recibido asistencia terapéutica previa, un porcentaje ligeramente más alto que la media del conjunto total de personas admitidas a tratamiento por todas las drogas, que se sitúa en el 50%.
- La media de tiempo de consumo de estas personas es bastante más elevada que la referida a otras sustancias, ya que la mitad llevan más de 20 años de consumo, mientras que en el total de sustancias los que llevan menos de 20 años acumulan el 55% de los casos.

Los datos aportados por el Departamento de Asuntos Sociales del Ayuntamiento y por *Hurbil* nos muestran el peso que tiene el alcoholismo sobre el conjunto de personas con problemas de integración y en situación de alta exclusión, ya que representan al 60% del colectivo atendido por este servicio en 2012 (403 personas). A esta situación hay que sumar la concurrencia de otro tipo de enfermedades físicas y problemas mentales, ya que la mayoría presenta una doble patología, es decir, la del consumo de alcohol relacionado con la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad y rasgos del espectro delirante, así como otras dificultades englobadas en rasgos de carácter, que a su vez acarrear otros problemas como la dificultad para la inserción laboral y social, la falta de recursos personales, el aislamiento, etc.

Se destaca también la especificidad del alcoholismo femenino, ya que es la dependencia en la que se encuentra la mayor proporción de mujeres, que sobrepasan el 20% y que tiene unas características muy peculiares que dificultan la intervención.

Pero el consumo indebido de alcohol no sólo produce alcoholismo, sino que produce otras consecuencias como son los accidentes de tráfico, violencia, peleas, relaciones sexuales de riesgo, embarazos no deseados, intoxicaciones etílicas, etc. De todos estos efectos se tienen pocos datos, aunque algunos de ellos son:

- En 2011, el 7% de los accidentes de tráfico se atribuyen al alcohol, cifra que ha descendido mucho desde mediados de la década anterior, que era el doble (el 15% en 2004).



- Otro dato es el de que en Las Fiestas de Vitoria-Gasteiz de 2013 se registraron 64 casos de intoxicación etílica, un 28% han sido protagonizados por mujeres con una edad media de 32 años, considerablemente más alto que los 23 años de media de los varones. Un 30 % de estas intoxicaciones alcohólicas correspondieron a personas menores de edad.

3.- EL CANNABIS

El cannabis es la droga ilegal más consumida y es conocida, al menos en un nivel de exploración, por una de cada cuatro personas en la CAPV (28,3%), lo que para Vitoria-Gasteiz son algo más de 50.000 personas de entre 15 y 74 años. Sin embargo, cuando se analizan los consumos recientes o actuales las proporciones descienden mucho, ya que sólo un 6,3% la ha consumido en el último año, un 4,3% en el último mes y 2,8% en la última semana (unas 12.000, unas 8.000 y unas 5.200 personas residentes en Vitoria-Gasteiz). La proporción de personas que tienen un consumo habitual, diario, es de casi uno de cada cincuenta (1,7%, unas 3.200 personas en Vitoria-Gasteiz).

Esto nos lleva a pensar que hay muchas personas que experimentan, pero pocos pasan a un consumo más habitual. Otro dato que corrobora esto es que del 28,3% de personas que han consumido alguna vez cannabis, dos de cada tres no han pasado de 50 veces en toda su vida.

El consumo de cannabis está mucho más implantado en el grupo de los más jóvenes que en los otros dos grupos de edad. El grupo de más edad (entre 55 y 74 años) es en el que menos se ha experimentado con el cannabis; sólo un 8% confirma haberla consumido en alguna ocasión. Dada la edad, es muy posible que cuando eran jóvenes el uso del cannabis no fuera tan común como desde hace una veintena de años. Entre los otros dos grupos de edad, el de jóvenes (15-34 años) y el de mediana edad (35-54 años) apenas hay diferencias en el consumo experimental (el 39% entre los de 15-34 y el 35% entre los de 35-54), al contrario de lo que sucedía en el grupo de personas más mayores, éstas si han vivido en un momento en el que es consumo de cannabis se ha vivido con *cierta normalidad*.

A pesar de que no hay diferencias en cuanto a la experimentación, al ir avanzando hacia consumos más recientes e intensos se va ampliando la distancia entre el grupo de jóvenes y el de mediana edad, mientras que casi desaparece el grupo de mayores. En el último año han consumido cannabis el 15% de, colectivo joven frente al 4,5% del de mediana edad; el 6,4% del conjunto joven consumen cannabis semanalmente y en el de mediana edad esos consumos suponen el 2%; el consumo diario lo realiza un 3,7% del grupo joven y un 1,2% del de mediana edad. Mientras, en el grupo de los mayores, sólo hay un 0.5% que mantiene consumos actuales pero diarios.

El sexo también marca diferencias de manera que entre los varones hay más consumidores que entre las mujeres, aunque las diferencias no son muy grandes en el caso de la experimentación (35% de varones, frente al 22% de mujeres), de manera que la relación es de 1,6 varones por cada mujer. Estas diferencias van creciendo al avanzar en el consumo, de manera que los consumos diarios de cannabis se producen en un 4% de los varones y en un 1,5% de las mujeres, lo que supone 2,6 hombres por cada mujer.

En el consumo de cannabis entre estudiantes de EEMM destaca un alto índice de personas que han experimentado, más de un tercio las personas de entre 12 a 20 años (34%), aunque también la proporción va disminuyendo si nos vamos acercando a consumos más recientes o de mayor frecuencia, de manera que éstos son el 28% quienes han consumido en el último



año, el 18,5% quienes lo han hecho en el último mes, el 7,6% los y las estudiantes que lo han hecho semanalmente y el 3,4% quienes consumen a diario.

La media de edad de inicio en el consumo de cannabis es muy estable, variando entre los 19,2 y los 18 años, según la población general.

El sexo juega un papel relevante, pero no tanto en los consumos experimentales y actuales (anuales), en los que las distancias entre ambos sexos son pequeñas; sino que las diferencias serán proporcionalmente más elevadas en los consumos más frecuentes como los semanales (10,7% entre varones y 3,9% entre mujeres) y los consumos diarios (5,3% entre varones y 1% entre mujeres)

La edad es sin duda la variable que proporciona las mayores diferencias en lo que respecta al uso de cannabis entre el alumnado. A los 12 años un 3% de alumnos y alumnas lo han consumido en alguna ocasión, pero esto va creciendo de forma acelerada según se avanza en edad, de forma que a los 15 años casi dos quintos han experimentado con los porros (39%), un año más tarde, a los 16, ya son más de la mitad (55%), a los 18 son dos tercios (67%) y a los 19 se alcanza la cuota más elevada (73%). A partir de ahí apenas se producen nuevas experimentaciones.

De similar manera pero en proporciones mucho más bajas también crecen los consumos más frecuentes. Para ejemplizarlo nos referiremos al consumo diario, que comienza con un 0.5% de personas consumidoras de 12 años; a los 14 años son el 2,5% y a los 17/18 años algo más del 10% del alumnado usan cannabis diario.

La tendencia que se observa con respecto al consumo de cannabis en la población general es de descenso desde mediados de la década anterior, en la que se alcanzaron los máximos de consumo en las diferentes categorías experimental, reciente (anual) y actual (mensual). Los consumos más elevados en estas tres categorías se alcanzaron entre 2002 y 2008, mientras que en 2010 y 2012 se observan descensos. Esta tendencia también se aprecia por edades, así, en el colectivo de jóvenes (15-34 años) el consumo diario ha bajado desde el 9,7% de las mediciones de 2004 a 2008, al 6% de 2010 y al 3,7% de 2012. En la edad intermedia no se aprecia con tanta claridad este descenso, porque los consumos son mucho menores, pero también se reducen.

En los estudios de EE.MM la trayectoria es similar a lo apuntado para la población general, produciéndose un incremento del consumo hasta el 2002 en todas las categorías y descensos en las dos últimas mediciones 2006 y 2011 también en todas las categorías de consumo.

En cuanto a los datos asistenciales no podemos hablar de las personas atendidas porque sólo se distinguen dos categorías; alcohol y otras drogas, sin especificar cuáles. En cualquier caso, el peso del cannabis en cuanto a demandas asistenciales ha sido modesto hasta mediados de 2000. Hasta entonces representaba menos del 5 % de la demanda asistencial, pero es a partir de esa fecha cuando comienza a crecer en números absolutos y en porcentaje con respecto al total de demandas por una adicción no-alcohólica. De manera que en 2005 el cannabis representa ya el 10% de la demanda; en 2010 es más del 20% y en 2011 sube por encima del 22%. Así, pues, el cannabis es la segunda sustancia que ocasiona ingresos a tratamiento por detrás de la cocaína y por encima de la heroína (si no contabilizamos el alcohol, que ocasiona el mayor número de demandas, en torno al 37% del total). De esas 352 personas que, en 2011, acudieron a un centro para solicitar tratamiento unas 40 son de Vitoria-Gasteiz.

Las características de estas personas que demandan tratamiento por consumo de cannabis son mayoritariamente varones (90%), muy por encima de la media que genera el total de



sustancias (83%). Se trata de personas con una media de edad de 27 años, diez años por debajo de la media del total: La mitad de los casos de ingreso los provocan los menores de 30 años, quienes también acuden con muchos menos años de consumo que la media (en el caso del cannabis, la mitad de nuevos ingresos lleva menos de 10 años consumiendo). Los ingresos relacionados con el cannabis, por otro lado, son en su mayoría nuevos ingresos; sólo el 28% repite tratamiento o cuenta con historia clínica abierta previamente. En el caso del resto de sustancias ilegales, más de la mitad de quienes acuden en demanda de ayuda no constituyen un “nuevo ingreso”, o sea, no acuden por primera vez, sino que cuentan con historia clínica previa abierta en un momento anterior.

4.- LAS OTRAS DROGAS ILEGALES

Las otras drogas ilegales diferentes al cannabis se encuentran muy alejadas de ésta en cuanto a los niveles de consumo, ya que el total de personas que han probado alguna vez alguna droga ilegal que no sea el cannabis no llega al 10% (8,6% lo que supone para Vitoria-Gasteiz unas 16.000 personas). En cuanto a las sustancias de consumo podemos encontrar tres grupos:

- En el primero están las anfetaminas-speed y la cocaína, que las conoce algo más de una de cada 20 personas (6,5% y 5,5% respectivamente que son entre 12.000 y 10.000 personas en Vitoria-Gasteiz).
- En un segundo grupo estarían el éxtasis, el LSD y los *Monguis*, cuyo consumo experimental se situaría en torno a una de cada 50 personas (2,7%, 2,2% y 1,7% respectivamente que son entre 15.000 y 3.000 personas de la capital).
- En un tercer grupo estarían todas las demás sustancias, sobresaliendo entre ellas la heroína, la Ketamina y los inhalables y cuyo consumo experimental se situaría en torno a una de cada 200 personas (0,7%, 0,6% y 0,5% respectivamente que son entre 1.300 y 1.000 personas residentes en la ciudad).

Siguiendo la trayectoria de otras sustancias y al adentrarnos en consumos más recientes y frecuentes se reducen mucho las proporciones, de manera que en cuanto al consumo en el último año estaríamos hablando de un 1 % de población en el caso de las anfetaminas-speed, de un 0,6% de cocaína, o un 0,2 % de éxtasis. Los niveles del consumo actual, es decir en el último mes, serían aún más reducidos.

Con niveles de consumo tan exigüos es difícil plantear un análisis detallado por grupos pero en general podemos señalar que entre los varones el consumo de drogas es sensiblemente mayor que entre las mujeres, siguiendo la misma trayectoria que en otras sustancias, de manera que si bien las diferencias en los niveles de experimentación no son elevados, con un ratio de 2,4 varones por cada mujer (el 12% de los varones han experimentado con una de estas sustancias frente al 5% de las mujeres), en el caso de los consumos en el último año el ratio es de 5,5 varones por cada mujer (el 2,25 de los varones ha consumido alguna de estas sustancias en el último año frente al 0,4% de las mujeres) y el de los consumos actuales, en el último mes, es de 5,6 varones por mujer (1,2% de varones, frente al 0,2% de mujeres).

En lo que respecta a la edad nos encontramos con que en el grupo joven (15-34 años) hay un nivel de consumo ligeramente superior al que se observa en el de edades intermedias (35-55) y sensiblemente superior al de mayores (56 a 75 años); el 12,1% del grupo jóvenes han probado una droga ilegal, frente al 10,7% de edades intermedias y el 2,4% de más edad. Esas



diferencias también se observan al examinar la situación sustancia por sustancia, con la excepción de la heroína, donde el nivel de experimentación es mayor en el grupo de mediana edad y ligeramente mayor en el conjunto de mayores (1% frente al 0,5% respectivamente, frente al 0,4% de jóvenes).

En el caso de la Ketamina y los *Monguis*, es el grupo joven el que supera notablemente a los otros grupos de edad, lo cual tiene lógica por cuanto esas sustancias no se utilizaban apenas hace veinte años. En el colectivo de mayores, si exceptuamos la cierta igualdad con respecto a la heroína, vemos que los niveles de consumo en el resto de sustancias están muy alejados de los consumos que se desarrollan en los otros dos conjuntos de edad.

Entre los y las adolescentes y jóvenes estudiantes de EEMM. (12 -20 años) la sustancia que más se ha consumido a nivel experimental ha sido la cocaína, con niveles muy similares a los registrados en la media de la población general (5,8% del alumnado frente al 5,5% de la población general), pero los niveles de experimentación son inferiores a los del grupo más joven (15-34 años) y al de mediana edad (35.54), ya que éstos se sitúan en el 7,6% y 6,9% respectivamente.

La segunda droga elegida por los y las estudiantes son las anfetaminas-speed, con unos niveles de consumo ligeramente inferiores a los detectados en la población general y la mitad del grupo más joven (4,8% de los estudiantes frente al 6,5% de la media de la población general y el 9,8% del grupo joven y el 8,1% del de mediana edad).

La tercera sustancia entre el alumnado de medias es el éxtasis, que tiene niveles de consumo muy superiores a los de la población general, incluido el grupo más joven (5,2% en los y las estudiantes frente al 2,2% de la población general y el 3,8% del grupo joven de la población general).

El LSD es la cuarta sustancia de este grupo y con ella ocurre lo mismo que con el éxtasis, es decir, entre estudiantes hay niveles de consumo muy superiores a los de la población general e incluido el grupo más joven (4,7% en estudiantes frente al 2,7% de la población general y el 3,4% del grupo joven de la población general).

Finalmente, en el caso de la heroína, el consumo recogido entre el alumnado de medias es ligeramente mayor del observado en la población general y en el grupo de edades intermedias, que recordemos que es el que tiene la mayor proporción de experimentadores en esta sustancia (1,5% de estudiantes frente al 0,7% de la población general y el 1,0% del grupo de edades intermedias).

A pesar de las escasas diferencias entre los consumos experimentales de drogas ilegales entre los y las estudiantes de medias y del grupo de jóvenes del estudio *Euskadi y Drogas*, hay que recalcar que la profundización hacia otros niveles de consumo (como son el anual, el mensual y semanal, proporcionan mayores diferencias entre el grupo joven y el alumnado, y siempre a favor de estos últimos, de manera que encontramos mayores niveles de consumo entre estudiantes en sustancias como la cocaína, (2,7% dicen consumirla en el último mes), las anfetaminas (2,5% dicen consumirla en el último mes), el éxtasis (2% dicen consumirlo en el último mes), incluso de heroína, puesto que un 1% señala haberla consumido en el último mes.

En cuanto a las diferencias entre chicos y chicas se mantiene la tendencia general observada, los chicos consumen sensiblemente más que las chicas. Esta diferencia, que es relativamente pequeña en los niveles de experimentación, va acrecentándose a medida que profundizamos



en los consumos, de manera que en consumos semanales las relaciones suelen ser de cuatro, cinco o seis chicos por cada chica.

Si las edades son importantes en la población general, en el caso del alumnado de EEMM los detalles año a año son fundamentales para entender los procesos:

- A los 12 años ya llegan a secundaria una pequeña proporción de alumnado que ha experimentado con estas sustancias: un 1,1% en el caso de las anfetaminas y el éxtasis, un 1,6 con la coca, o incluso un 1,2 % con la heroína.
- Estos niveles de experimentación avanzan muy lentamente hasta los 16 años en los que entre un 4% y un 5% se han iniciado en las tres más extendidas, es decir la cocaína las anfetaminas y el éxtasis. El consumo de heroína no se extiende, manteniendo niveles de consumo muy similares durante estos años.
- Dos años después, en torno a los 18, se aprecia un crecimiento elevado, un 14% ya han probado las anfetaminas y un 13% la cocaína y el éxtasis. La heroína también crece, dentro de sus limitados márgenes, y a esa edad un 3,7% dicen haberla probado.
- A partir de los 19 años los niveles de experimentación se sitúan entre un cuarto y un quinto de la población, son el 25% en el caso de las anfetaminas, un 23% en el caso de la cocaína y un 20% en el caso del éxtasis. Por el contrario los niveles de experimentación con heroína, descienden, ni siquiera se mantienen.; puede pensarse al respecto que una buena parte de aquellas personas que lleven un tiempo involucradas en el consumo de heroína concilien tal suerte de dificultades y factores de riesgo que empujen al abandono de los estudios.

En lo que respecta al tratamiento hay que tener en cuenta que se han venido tratando del orden de 7.400 a 6.100 personas en la CAPV por todas estas sustancias, que para Vitoria-Gasteiz son algo así como de 750 a 650 residentes.

Los admitidos a nuevo tratamiento por drogas ilegales en el año 2011 son unos 1550 casos en la CAPV lo que suponen para la ciudad unas 170 personas.

Las drogas que fundamentalmente ocasionan la demanda de tratamiento son la cocaína con 655 casos el 25% de la demanda, la heroína con 330 casos 12,3% de la demanda asistencial y las anfetaminas con 147 casos, el 5,5 % de la demanda asistencial

La demanda de tratamiento por consumo de heroína viene disminuyendo desde mediados de la década de los 90 y hacia el 2003 ya fue superada por la consumo de cocaína, que ha alcanzado las cotas más altas de 2004 a 2008 y a partir de ese año también viene reduciéndose. Las anfetaminas crecen pero de forma irregular. Las otras sustancias, básicamente el éxtasis y el LSD-alucinógenos tienen muy baja presencia en la demanda asistencial, son menos de diez personas al año entre las dos sustancias.

Las características de las personas atendidas varían en función de las sustancias:

- En el caso de las anfetaminas y la heroína prácticamente el 20% son mujeres, mientras que las que ingresan por consumo de cocaína sólo representan el 11%.
- La media de edad no difiere mucho, pero los consumidores de anfetaminas y cocaína son algo más jóvenes (33,5 y 34,1 años de media), que los de heroína (38,6 años).
- Entre las personas heroinodependientes se encuentra la mayor proporción de quienes han tenido un tratamiento previo (79%), mientras que en el caso de las personas



consumidoras de anfetaminas esa proporción es muy inferior (40%) y en el caso de la cocaína del 51%.

- Las personas heroíno dependientes llevan muchos años de consumo, el 70,10% llevan más de 15 años, mientras que entre quienes consumen de cocaína sólo son el 39,7% y entre los y las usuarias de anfetaminas son el 57,2%.

En lo que respecta a los datos aportados por el servicio COTA, reiteramos lo apuntado en el caso del alcohol, que las cifras aportados se asemejan bastante a las estimaciones establecidas para la ciudad de Vitoria-Gasteiz a través de los indicadores de tratamiento, coincidiendo plenamente en otros datos como que la edad de las personas asistidas por alcoholismo es 10 años superior a la media de las asistidas por otras drogas y que la proporción de mujeres ronda el 20% en el caso del alcohol mientras que en el caso de las otras drogas desciende unos tres puntos.

De los datos recogidos por los servicios sociales y por Hurbil, se destaca la importancia o el peso de estos consumos y adicciones en las situaciones de vulnerabilidad: 167 personas sobre las 403 atendidas serían personas con una dependencia a alguna de estas sustancias, lo que supone un 41%.

5.- EL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

En este apartado hemos tenido en cuenta el uso de las sustancias dopantes y de psicofármacos tanto con receta como sin receta.

El 20 % de la población ha utilizado en alguna ocasión algún psicofármaco con receta, lo que supone para la ciudad de Vitoria-Gasteiz algo más de 37.000 personas y dentro de ellos, los que más se utilizan son los tranquilizantes que han sido consumidos por algo más del 16% de la población, que traducido a cantidades son unas 30.000 personas de la ciudad; los otros dos grupos de fármacos son los somníferos y los antidepresivos, que se consumen la mitad que los tranquilizantes (el 8,5% y el 6,6% respectivamente de la población los han probado)

Evidentemente si avanzamos hacia consumos más cercanos en el tiempo los porcentajes se van reduciendo sensiblemente y así la proporción de personas que han consumido algún psicofármaco en el último es casi la mitad de quienes lo han probado alguna vez (11,3%) y, aunque el orden del tipo de fármaco se mantiene, también se reducen a la mitad las proporciones, de manera que, en el último año, los tranquilizantes han sido utilizados por algo más del 9% de la población, los somníferos por el 5,1% y los antidepresivos por el 3,8%.

Al acercarnos al consumo en el último mes, también disminuye la proporción de personas que los han utilizado pero la reducción es más corta, de manera que, en el último mes, han consumido algún psicofármaco el 9,3% de la población: el 7,2% han tomado tranquilizantes, el 3,8% somníferos y el 3,2% antidepresivos.

La utilización de psicofármacos sin receta desciende notablemente de manera que sólo el 2,5% declara haber accedido a ellos de esa manera en alguna ocasión en su vida, en el último año un 1,1% y en el último mes un 0,6%. Otro dato es que el tipo de fármaco más consumido sin receta no son tranquilizantes sino somníferos, aunque las proporciones son muy pequeñas un 0,7% el último año y un 0,3% en el último mes.

La edad marca en estos consumos unas importantes distancias, pero al revés que en las otras drogas, ya que en este caso al ir envejeciéndose la población más se consumen, de manera que en el grupo de más edad (55-74 años) el 29% los ha probado y el 19% los ha utilizado en el



último año, mientras que en grupo de los más jóvenes (15-34 años) un 12% los han probado y un 5,4% los ha utilizado en el último año.

El sexo también juega un papel importante pero como en el caso de la edad inverso al que se venía produciendo con las otras drogas, así mientras un 27% de mujeres los han probado, no llegan al 15% el de varones y mientras el 17% de mujeres los han consumido en el último año, sin embargo, sólo un 7,3% de varones lo han hecho en el mismo periodo de tiempo.

El SIT también recoge la asistencia a personas por consumo de hipnosedantes, no es un colectivo muy grande ya que en 2011 ingresaron a tratamiento por estos consumos 21 personas en toda la CAPV, que son un 0,8% de todas las personas admitidas a tratamiento ese año (2.668). La gran mayoría (71%) son personas que ya han sido tratadas con anterioridad, que lleva menos de 10 años de consumo (57%), mayores de 35 años (86%) y varones (80%), esto último no encaja con respecto a los datos de consumo en los que las mujeres consumen más que los varones.

También se ha preguntado por el uso de sustancias dopantes, y los resultados apuntan a consumos muy bajos, sólo un 0,8% de la población dice haberlos utilizado alguna vez en la vida, un 0,2% señala haberlos consumido en el último año y un 0,1% en el último mes.

6.- LA ADICCIÓN AL JUEGO Y OTROS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

La adicción al juego es el único trastorno de la conducta que el DSM IV y V reconocen cómo adicción.

Más de la mitad de la población vasca de entre 15 y 74 años ha jugado a algún juego de lotería o azar a lo largo del último año (56%) y poco más de uno de cada cinco lo ha hecho con una frecuencia semanal en los últimos 12 meses (22,4%).

Los juegos de Lotería Nacional, primitiva, quinielas, bono-loto y cupones de la ONCE constituyen la opción mayoritaria por parte de la población vasca; de manera que casi todos los que han jugado alguna vez en el año han participado en alguno de ellos y también quienes han jugado semanalmente. A gran distancia se encuentran las apuestas en juegos de cartas y las máquinas tragaperras, el 3,2% y 2,6%, respectivamente, de la población afirma que ha jugado con dinero a estos juegos en el último año

Más de una de cada cinco personas en Euskadi de entre 15 y 74 años pueden considerarse jugadoras activas (22,6%), definidas así porque que en el último año han jugado con dinero y con una frecuencia semanal o bien han gastado en este período más de 500 euros en juegos o apuestas.

La mayor proporción de personas que son jugadoras activas se encuentra entre quienes tienen entre 35 y 44 años (32,1%) y entre los hombres (26,5%).

Según el Índice Canadiense de Juego Excesivo (ICJE) aplicado a los resultados de la Encuesta sobre Adicciones en la CAPV, un 1,7% de las personas que son jugadoras activas mantienen una pauta problemática de juego..

Entre la población total, la incidencia de juego problemático –categoría que reúne a las personas con pautas de riesgo moderado y excesivas– alcanza, según el ICJE, a un 0,4% de quienes tienen entre 15 y 74 años, por lo que cabría estimar en unas 6.500 las personas que mantienen esta pauta en la CAPV de las que unas 700 residen en Vitoria-Gasteiz.



Las tres cuartas partes de la población vasca de entre 15 y 74 años afirman que ha utilizado internet alguna vez. La relación entre el uso de internet y la edad es inversa: prácticamente la totalidad de la población de 15 a 24 años (99,4%) ha utilizado internet frente a una cuarta parte de la población de 65 a 74 años. La diferencia entre hombres y mujeres en el uso de internet es relativamente pequeña.

Algo más de las tres cuartas partes (77,5%) de las personas que utilizan internet fuera de su actividad laboral o educativa le dedican menos de 2 horas diarias; casi uno de cada cinco (18,8%) emplean entre 2 y 5 horas; y casi uno de cada treinta destina más de cinco horas al día a navegar por internet (2,9%). Entre la población más joven, entre quienes tienen entre 15 y 24 años, esta proporción alcanza al 8,7%.

Informarse, relacionarse con familiares y amigos, escuchar música y descargar archivos son los fines más frecuentes entre la población que navega en internet. El 56,4% de las personas usuarias afirma que utiliza internet para informarse una o varias veces al día y el 42,3% que lo utiliza con esa misma frecuencia para relacionarse con la familia, amigos o conocidos. Destaca entre la población joven la frecuencia del uso de internet para relacionarse: el 66% de quienes tienen entre 15 y 34 años, frente al 28,1% de quienes tienen entre 35 y 74 años, afirma que utilizan internet una o varias veces al día para entablar relaciones sociales. Entre la población más joven, los de 15 a 24 años, esta proporción alcanza al 77,2% de los usuarios de internet.

Según el test de adicción a internet de McOrman, en Euskadi alrededor de unas 20.300 personas de entre 15 y 74 años (el 1,2% de la población) presentan un uso problemático de internet, que serían unas 2.200 personas residentes en la capital. Sin alcanzar un uso problemático, habría también un 1,8% de la población que estaría presentando un uso de riesgo, que serían otras 29.500 personas de las que unas 3.400 viven en Vitoria-Gasteiz.

La mayor prevalencia de uso problemático se da entre las personas de 15 a 34 años, mientras que el uso de riesgo se concentra especialmente entre la población más joven, donde afecta a una de cada diez personas de entre 15 y 24 años.

De los datos presentados por los servicios sociales y Hurbil en la atención a personas en situación de exclusión social la ludopatía aparece en 5% de los casos (20 personas) y se concentra en los varones y en el grupo de 36 a 60 años.

La asociación ASAJER, que trata con personas con pautas de juego problemático, ha proporcionado tratamiento a 117 casos, de los cuales 97 eran las propias personas jugadoras (83%) y 20 familias de jugadoras (17%), las características más notables de estas personas eran:

- El 90% son varones y el 10% Mujeres.
- Las edades dominantes se encuentran entre los 40 y los 45 años
- El 80% son de Vitoria-Gasteiz.

Un grupo de 20 son menores de 30 años y tienen las siguientes características:

- Todos varones
- Mayoritariamente entre 21 y 25 años
- Con estudios de ESO, Módulos de FP y en menor medida Bachiller.
- La mayoría trabaja aunque viven con su familia de origen casi todos, solo una cuarta parte están emancipados.



- Las modalidades más practicadas son las tragaperras, las apuestas presenciales y los juegos online en red.
- Llevan mucho tiempo de juego, más de 6 años, aunque consideran que el *descontrol* ha surgido bastante después entre 2 y cinco años.
- Son consumidores habituales de alcohol y de tabaco.

7.- DIFERENCIAS Y PARTICULARIDADES ENTRE MUJERES Y VARONES

En la mayoría de los consumos de drogas los varones se sitúan muy por encima de las mujeres en cuanto a número y proporción. Esta distancia, además, se va ampliando en cuanto nos adentramos en pautas de consumo más recientes y frecuentes

Sólo en el caso de los psicofármacos se constata mayor consumo por parte de las mujeres de manera que ellas doblan a los varones. Hay otros tres casos en los que existe una cierta equidad en la experimentación entre varones y mujeres: el consumo de alcohol (ratio de 1,1 varones por mujer), el tabaco (ratio de 1,2 varones por mujer) y los juegos de azar (ratio de 1,1 varones por mujer); mientras que en el cannabis (ratio de 1,6 varones por mujer) y sobre todo en las otras drogas ilegales (ratio de 2,4 varones por mujer) el consumo y la experimentación está mucho más extendida entre los varones.

Cómo hemos señalado al adentrarnos en consumos más frecuentes y recientes, la distancia entre varones y mujeres tiende a ampliarse:

- El consumo excesivo de alcohol en días laborales tiene un ratio de 4,7 varones por cada mujer y el del índice CAGE de alcoholismo es de 3,3 varones por cada mujer (recordemos que la experimentación con alcohol es de 1,1 varones por mujer).
- El consumo diario de más de 20 cigarrillos tiene un ratio de 4,3 varones por cada mujer (recordemos que el haber fumado alguna vez es de 1,1 varones por mujer).
- El consumo diario de cannabis tiene un ratio de 2,8 varones por cada mujer (recordemos que el haber probado el cannabis es de 1,6 varones por mujer).
- El policonsumo de drogas tiene un ratio de 3,9 varones por cada mujer (recordemos que el haber probado alguna droga ilegal es de 2,4 varones por mujer).

Hay otros casos sin embargo en que las distancias no son tan grandes:

- El uso problemático de Internet tiene un ratio de 1,2 varones por cada mujer
- Tener tres o más problemas asociados al consumo de drogas tiene un ratio de 1,3 varones por cada mujer
- El juego de riesgo o excesivo tiene un ratio de 1,8 varones por cada mujer.

En el uso de psicofármacos sin receta la proporción de mujeres es más elevada que la de hombre de hecho el ratio en ese caso es de 1,8 mujeres por cada varón.

Otro dato importante es que la edad de inicio es en general algo más tardía en las mujeres que los varones, las diferencias no son elevadas en el caso del tabaco (16,8 años los varones frente a los 17,2 de las mujeres), pero sí lo son en el caso del cannabis (18,2 años los varones frente a los 19,3 de las mujeres), el alcohol (15,8 años los varones frente a los 17,3 de las mujeres) y sobre todo en los psicofármacos (36,6 años los varones frente a los 39,3 de las mujeres).



mujeres). Pero sin embargo en el conjunto del consumo de *otras drogas ilegales* ellas se inician un poco antes (19,5 años de las mujeres frente a los 20,1 años de los varones).

En cuanto al tratamiento, nos encontramos con que la media de mujeres que han sido admitidas a tratamiento es del 17,4%. Las sustancias en las que esa proporción es más baja son el cannabis (10% de mujeres) y cocaína (11% de mujeres). Por el contrario la proporción más elevada la encontramos en el alcohol (22% de mujeres), la heroína (21% de mujeres) y los hipnosedantes y las anfetaminas (20% de mujeres).

8.- LA ASISTENCIA A JÓVENES USUARIOS DE DROGAS NO DROGODEPENDIENTES CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO ASOCIADOS

A finales de los 90, algunas entidades empezaron a preocuparse por jóvenes que consumían drogas de forma frecuente, que no eran drogodependientes pero que iban acompañados de una conflictiva social y familiar, de hecho esa preocupación se originaba a menudo en familias que no se sentían capaces de contener los comportamientos de hijos e hijas y temían que en breve espacio de tiempo debutara una adicción. Eran también los años del auge de las “pastillas”, del éxtasis, y de una constelación de drogas en ese entorno del MDMA y existía un espacio muy grande entre la prevención que se venía desarrollando en esa época, de corte universal, y la asistencia.

A partir de esos años se fueron poniendo en marcha una serie de recursos que el *V Plan de Drogodependencias de la CAPV* ya reconoció como de Prevención Indicada, dirigidos a jóvenes usuarios de drogas, pero no drogodependientes, cuyo consumo de drogas fuera acompañado de una conflictiva familiar o social.

En la Evaluación de 2011 se constató la existencia de siete organizaciones que desarrollan actividades de este tipo en los tres territorios, seis de ellas tienen centros asistenciales para drogodependientes adultos, seis servicios dependen de entidades privadas con convenios y con la red pública y el quinto es un recurso de la red pública. En la ciudad de Vitoria-Gasteiz hay un recurso dependiente de la fundación Jeiki que desarrolla un proyecto de este tipo y que fundamentalmente atiende estos casos de la ciudad y de zona de influencia.

Cómo se ha comentado en estos recursos se atiende tanto a menores como jóvenes y sus familias, de manera que al hablar de los datos distinguimos tres posibilidades: personas jóvenes y menores atendidas individualmente, sin los padres; familias atendidas sin los hijos ni hijas; y casos en los que acuden al centro tanto la persona joven o menor como su familia. En 2012, en el total de la CAPV se atendieron 962 casos de los cuales 124 son atendidos por Jeiki (el 13%). En el 50 % de los casos, tanto en el total de la CAPV como en los de Jeiki son personas jóvenes tratadas con sus familias, sin embargo en el caso de Jeiki otro 33% son jóvenes que vienen solos y solas mientras que la media de la CAPV son algo menos (el 27.5%).

De esos 962 casos tratado el 65% son casos nuevos del año y el resto (35%) son casos del año anterior. En la fundación Jeiki los casos nuevos son algo más, el 75%.

Las características de las personas atendidas son:

- El 75% son varones, en los atendidos por Jeiki son varones el 84%
- Las personas atendidas tienen entre 13 y 23 años y los grupos de edad más numerosos están entre 15-17 años y entre 18-19.



- La mayoría provienen de la propia CAPV y sólo tienen cierto peso los que provienen de Sudamérica.
- La mayoría acuden por un consumo de drogas (78% en el cómputo general y el 66% en el caso de Jeiki), habitualmente cannabis (82%), en menor medida alcohol (30%), siendo la tercera sustancia mencionada la cocaína con una proporción pequeña (8,5%) y con menos peso aún está las anfetaminas (4%) y la ketamina (3,4%).
- Otros motivos aducidos para acudir a estos programas son otros trastornos de comportamiento y los conflictos familiares.
- Una proporción elevada han utilizado anteriormente otros recursos (62%), los más mencionados son otros profesionales de la psicología y las unidades de psiquiatría infantil.
- La mayoría presentan dificultades escolares (algún curso repetido) y un número importante no siguen los estudios ordinarios sino que van por otras vías alternativas (PCPI, EPA...).

9.- LOS MENORES

El acceso de los menores a las drogas no es una rareza, es más podríamos decir que para cuando se han cumplido la mayoría de edad una buena parte ya han probado las sustancias más habituales, lo cual apunta la accesibilidad de estas.

La edad de inicio en el alcohol, no ha variado prácticamente desde finales de la década de los 90, y oscila de forma irregular entre los 17,3 años de 2008 y los 16,4 años de 2012, pero en cualquier caso ligeramente, por debajo de la mayoría de edad.

En los datos escolares puede apreciarse como en el grupo de los 14-15 años no llegan a la mitad, quienes permanecen abstemios los fines de semana (43,5%) y en el grupo de 16-18 años esta proporción se reduce al 15,2%.

Otro dato relevante con respecto al alcohol es que en el grupo de 12-13 años casi el 5% beben excesivamente los fines de semana, porcentaje que va creciendo paralelamente a la edad, de manera que en el grupo de 16-18 años ese consumo lo realizan más de la mitad (54,3%).

El tabaco tiene unas edades de inicio similares a las del alcohol y como en aquella hay ciertas variaciones de año a año sin mostrar una tendencia, oscilando entre el máximo de 17,5 años que se alcanzó en 2002 y los 16,7 años de 1998.

Entre los estudiantes de enseñanzas medias se observa cómo año a año se va incrementando la proporción de personas que han probado el tabaco, con 12 años casi un 5% dicen haberlo consumido alguna vez y pero a los 17 son un tercio (32,95) y ya pasando a la mayoría de edad a los 18 años es un 44%, sin embargo, a partir de esa edad no crece la proporción de fumadores y fumadoras.

No todas las personas que prueban acaban fumando con cierta asiduidad, sino que muchas no pasan a un consumo regular que podríamos considerar de al menos un cigarrillo al día, a los 12 años no llegan al 1% (0,7%) pero a los 15 años ya son el 15,4% y a los 17 el 22,5%.

Los datos de la población general apuntan a que la media de edad de inicio en el cannabis es de 18,6 años.

Entre los escolares de enseñanzas medias casi el 3% de quienes tienen 12 años han probado el cannabis y esa cifra va creciendo paulatinamente de manera que justo antes de cumplir la



mayoría, a los 17 años, más de la mitad lo han probado (57,5%), un 10,3 % lo consumen a la semana y el 4,2% diariamente.

Otro dato a destacar es que una cuarta parte de las personas que inician un tratamiento por cannabis tienen 19 o menos años.

Con respecto a las otras sustancias hay menos consumo en general y también en el caso de los y las menores; pero aun así es notable que un 1% haya probado las anfetaminas, la cocaína o el éxtasis y que a los 17 años un 7,5% ya haya probado las anfetaminas, casi un 6% la cocaína y un 4,6% el éxtasis.



II.- LAS ADICCIONES Y OTROS COMPORTAMIENTOS AFINES A LA LUZ DE LA EVIDENCIA CIENTIFICA

Introducción (gráfico 0)

Una buena parte de las investigaciones, establecen una relación entre diversos comportamientos problema: el abuso de drogas, la conducta anti-social, las relaciones sexuales de riesgo e incluso los trastornos alimenticios. No hay mucha evidencia con respecto a otros comportamientos (Juego, internet, teléfonos móviles...), porque la novedad de dichos comportamientos no ha permitido aún desarrollar estudios sobre ellos y generar la suficiente literatura científica y técnica como para sustentar estas ideas, pero no parece que este planteamiento esté fuera de lugar, sino todo lo contrario, siempre y cuando no se realice una lectura simplificada sino que se haga con las debidas matizaciones

El sistema social, cultural y económico en el que vivimos nos ofrece y nos invita a consumir todo tipo de bienes y servicios, pero esa oferta e invitación no se realiza de una forma neutra, sólo informando escrupulosamente de las ventajas directas que aporta un producto u otro, sino que las ofertas se realizan soportadas por determinados valores y actitudes. De manera que coexisten entidades que emiten mensajes pro-sociales, cuyos objetivos engarzan con valores positivos para el desarrollo personal y el bien común, con otras entidades que emiten mensajes neutros, banales o intrascendentes y con otras frecuencias con mensajes de riesgo, con valores negativos. En nuestro caso serán mensajes favorables al uso habitual de drogas, favorables al juego sin medida, favorables a determinados comportamientos... mensajes que se acompañan de valores como el éxito material, la importancia del resultado antes que los medios, la minusvaloración del esfuerzo o de la responsabilidad, el placer antes que nada, el cumplimiento de determinados cánones de belleza por encima de todo, Etc.

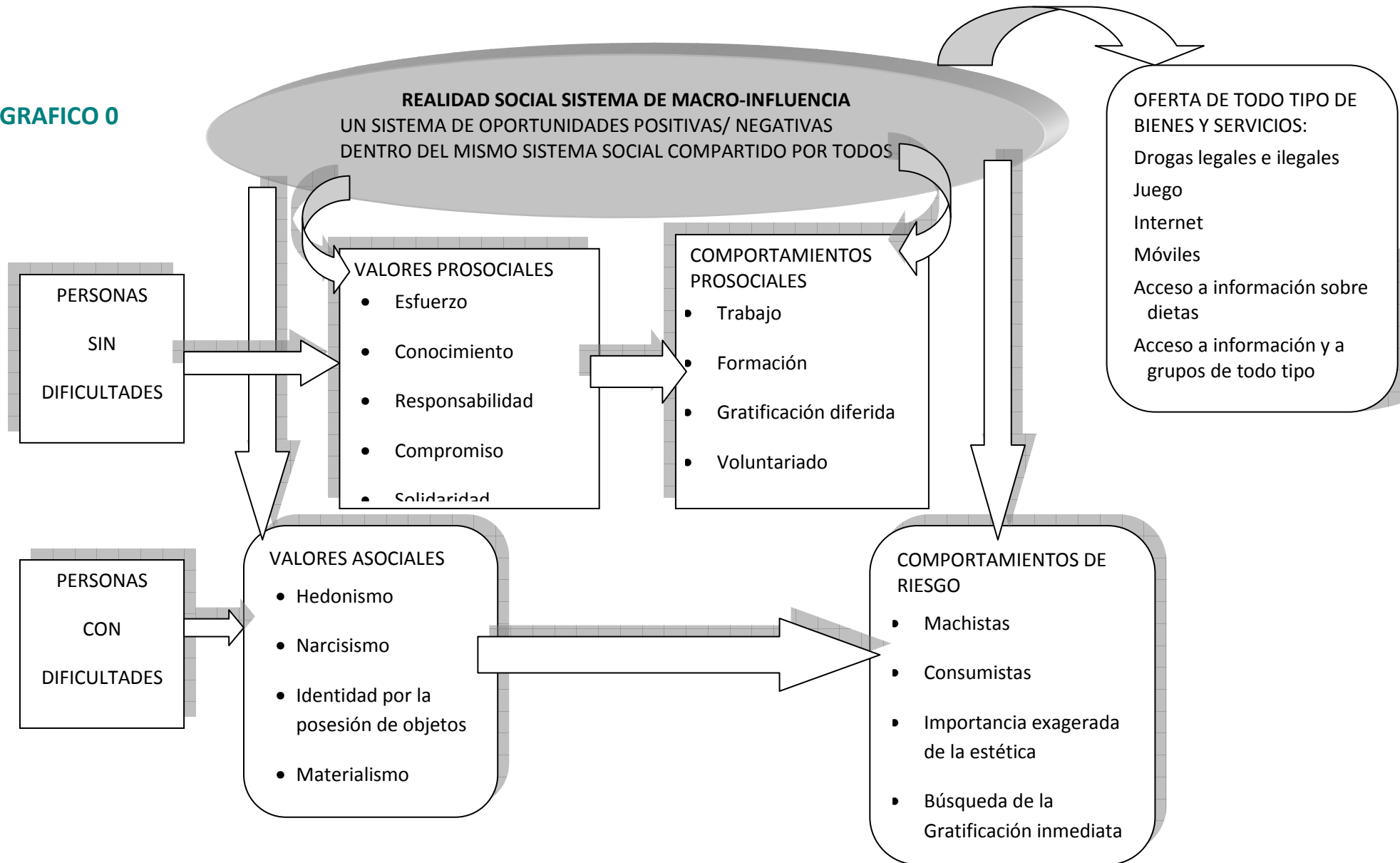
A pesar de los filtros que se quieran poner o a pesar de los esfuerzos de los ciudadanos para que los gobiernos limiten o repriman esos mensajes de riesgo o negativos dadas las características de la sociedad eso va a ser imposible, tenemos que contar que vamos convivir con ellos.

Por otra parte es impensable que una sociedad prohíba muchos de estos objetos para proteger a sus miembros y de hecho la tendencia puede ser diferente al de la prohibición -no la contraria, pero si diferente-, como es la de regular: regular el acceso y el uso del alcohol, del tabaco, del cannabis, regular el acceso y la práctica de los juego de azar y de los juegos de ordenador, o la unificación y adecuación del "tallaje de la ropa"... Pero siempre hasta donde se pueda de forma razonable, porque habrá cosas que son imposibles de prohibir y que estarán al alcance de cualquiera.

Habrà que instar a las autoridades para que regulen, acoten e incluso prohíban determinados mensajes, determinada oferta de bienes, o la promoción de determinados valores y las autoridades deberán legislar y poner en marcha recursos para hacer efectivas las regulaciones y las prohibiciones, pero ahí no se acaba el problemas en principio porque habrá personas dispuestas a saltarse las normas (tráfico ilícito de drogas, acceso de menores al juego...) y porque otras muchas cosas no se pueden eliminar (las compras, los alimentos, la moda...), de manera que habrá que hacer frente a esta situación, trabajando para que las personas sean capaces de resistir esos vectores y llevar a cabo un comportamiento de riesgos reducidos, habrá que educar para el uso y prevenir los abusos o los usos indebido.



GRAFICO 0



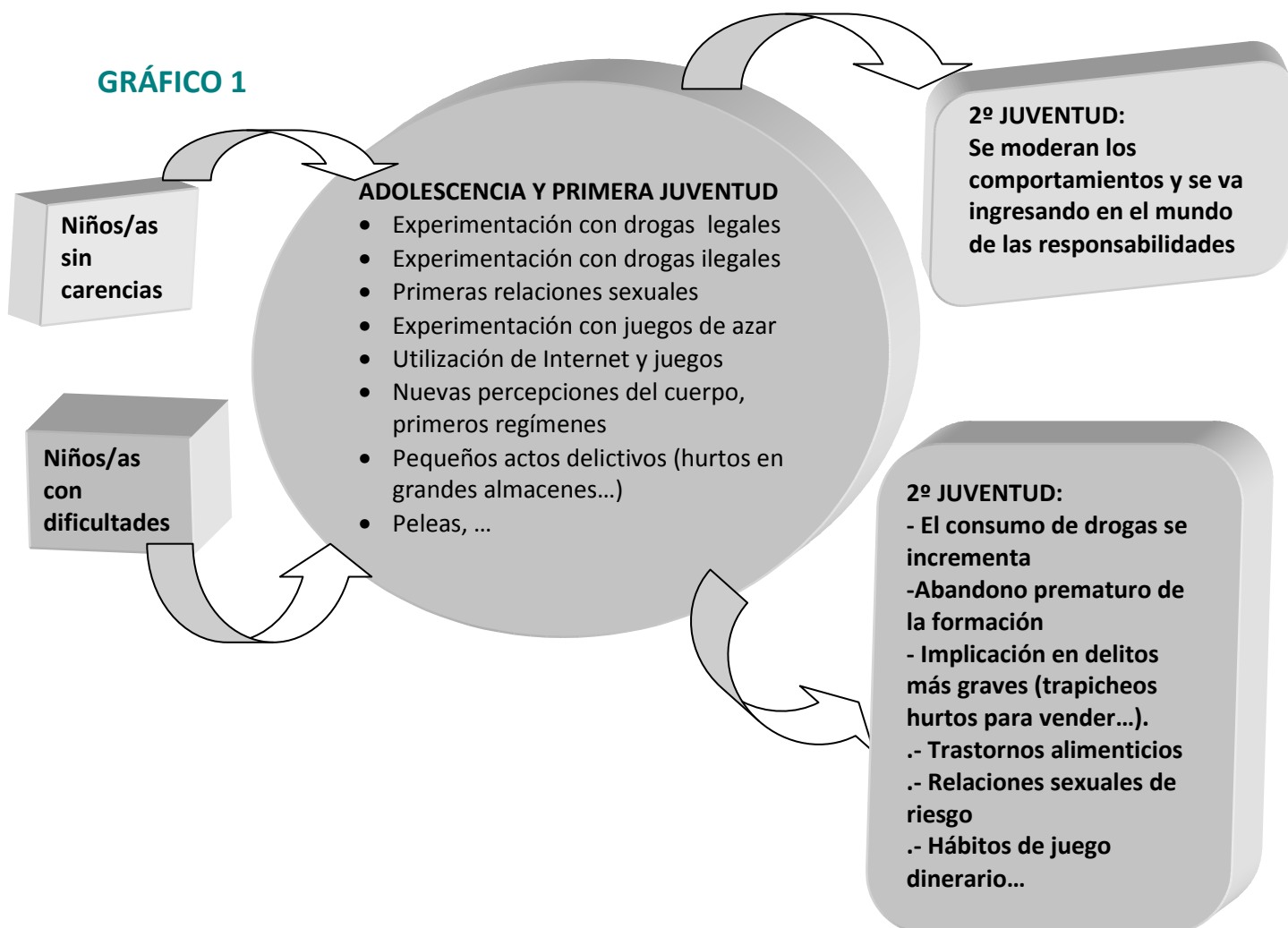


1.- Los factores que inciden en las adicciones y los comportamientos problemáticos (Gráficos 1 y 2)

Cómo hemos apuntado se ha establecido una relación entre diversos comportamientos problema: el abuso de drogas, la conducta anti-social, las relaciones sexuales de riesgo e incluso los trastornos alimenticios..., ya que comparten algunos de los elementos que están en sus orígenes, pero no otros, de ahí que hablemos del *sistema de oportunidades*.

Los y las adolescentes al llegar a dicha etapa de la vida van a acometer determinados comportamientos de riesgo, los más frecuentes pueden ser consumo de alcohol y cannabis, borracheras, experimentación con otras drogas, relaciones sexuales sin protección, pequeños hurtos, juegos de apuestas de dinero, regímenes alimenticios insanos... Esto es común porque a esas edades confluyen importantes cambios: su cerebro desarrolla una gran capacidad de aprendizaje lo que les crea una gran necesidad de experimentación; se descompensan su parte del control de la impulsividad a favor de su parte instintiva lo que les empuja a realizar conductas de riesgo; terminan por desarrollarse el aparato reproductor lo que cambia su foco de atención hacia los iguales; se produce una maduración psicológica favoreciendo una toma de conciencia de su identidad de personas dependientes y despertando el deseo de independizarse y ser autónomos o al menos de demostrarlo tomando decisiones contrarias a los adultos, etc.

GRÁFICO 1





Sin embargo, en la mayoría de casos, estos comportamientos no se agravan sino que se van moderando, una vez pasada la primera juventud y a medida que se van asumiendo responsabilidades más cercanas a la vida de los adultos: terminación de los estudios, incorporación al trabajo profesional, establecimiento de relaciones sentimentales estables, emancipación de la familia de origen, vida en pareja, hijos... Esto ocurre en aquellas personas que no tienen graves dificultades o en personas que aún teniéndolas son capaces de sortearlas.

Por el contrario, una minoría significativa van a seguir incrementando esos comportamientos de riesgo y de entre ellos una parte desarrollarán problemas en relación a dichos comportamientos, adicción a alguna sustancia, ludopatía, embarazos no deseados, trastornos alimenticios, trastornos con respecto al uso de internet y a sus juegos, delincuencia y violencias entre iguales y machista...

En todos estos comportamientos podemos encontrar un elemento común, que es el inicio en dichos comportamientos en la adolescencia y primera juventud, inicios que como hemos señalados obedece a esos impulsos y a esas fuerzas juveniles comunes a todos, por lo cual parece que todo se va a convertir en un problema, eso alarma a los adultos, a quienes rigen las instituciones y su esfuerzo se encamina a reducir esos inicios, pero no se consigue fácilmente porque es difícil frenar esas fuerzas y distinguiendo a priori quien puede tener problemas de verdad y quien va a pasar de largo por tales conductas sin padecer mayores dificultades.

La cuestión sería dilucidar porque unas personas están en una situación de dificultad y otras no lo están. La respuesta no es sencilla, debido a que las influencias sobre ese hecho son muchas y muy variadas, pero si se ha determinado y se ha llegado a un cierto consenso en que existen una serie de factores, a los que se denomina factores de riesgo, que no están presentes de la misma forma y en la misma intensidad en todas las personas y ambientes.

Los factores de riesgo se denominan así porque no influyen de manera determinante sino probabilísticamente, es decir, no son causa, su presencia o ausencia no determina inexorablemente el desarrollo o no de un trastorno, sino que su presencia aumenta la probabilidad de que este se produzca. Para que disminuya la probabilidad de que se produzca deben de estar ausentes estos factores y presentes los que se denominan factores de protección. Otra característica de estos factores es que la única presencia de uno sólo de ellos no origina nada sino que su influencia se deja notar en consonancia con otros, son como engranajes en los que encajan diversos mecanismos y al final se obtiene una especie de fuerza resultante que empuja en esa dirección.

Para acercarnos a estos factores de riesgo tenemos que tener en cuenta, además de la oferta de bienes, servicios y valores a la que ya nos hemos referido, otros tres espacios, cada uno con sus características, lo cual puede dibujar diversos procesos, caminos o rutas para llegar a tener problemas (una dependencia, una adicción al juego, problemas de comportamiento con internet, el móvil o las compras, un embarazo prematuro, una anorexia, dependencia afectiva, violencia machista, malos tratos, delincuencia como medio de vida, acoso...). Estos tres espacios son:

.- *El Contexto cercano*: sobre él hay limitadas capacidades de influencia y se sitúa a medio camino entre esa macro oferta de bienes, servicios y valores, a la cual denominamos *el Sistema Social* y el contexto próximo; se distinguen dos realidades: *la pobreza y el barrio*.



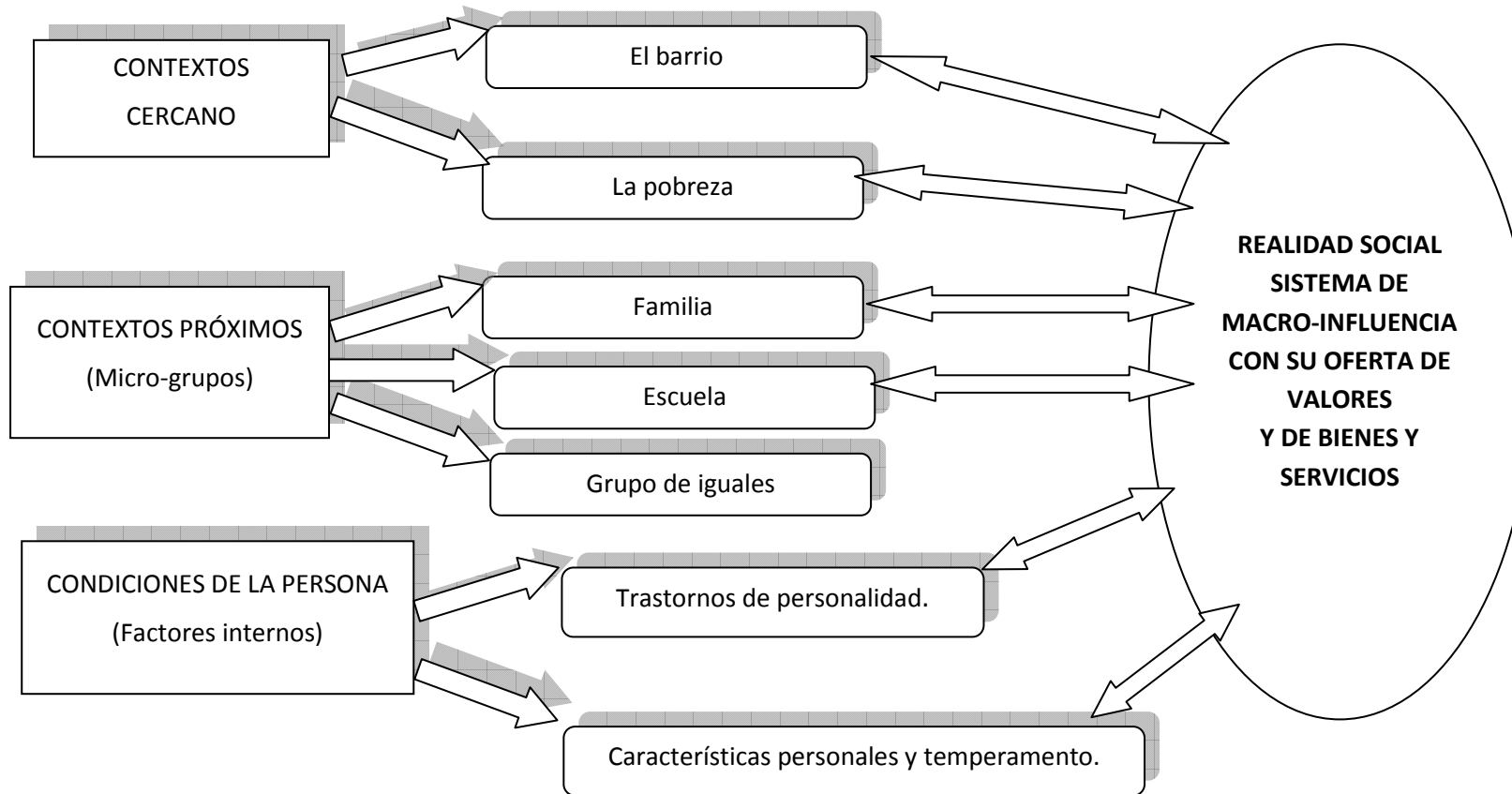
.- El *contextos próximos (micro grupos)*: Sobre los cuales se tiene una cierta capacidad de influencia y que a su vez ellos tienen una gran influencia sobre *Las características personales y el temperamento* porque son agentes muy poderosos de socialización ejerciendo funciones psico-educativas de forma natural: *La familia, La escuela y Los iguales..*

.- El tercer contexto corresponde a *las condiciones de las personas* distinguimos: *Los trastornos de la personalidad y las características personales y temperamento.*



GRAFICO 2

FACTORES QUE INFLUEN EN LAS PERSONAS PARA QUE TENGAN DIFICULTADES PARA INTEGRARSE ADECUADAMENTE





2.- El sistema de oportunidades, los factores de riesgo y los de protección (Gráfico 3)

A través de cada uno de estos contextos y de su encaje en el Sistema Social como proveedor de bienes, servicios y valores se crea un sistema de oportunidades que es el que determina el recorrido hasta llegar al problema y el tipo de problema creado. Unos ejemplos de estas diferencias de oportunidades pueden ayudar a entender esto:

.- Si pensamos en un niño que provenga de una familia con maltrato y abandono, con pobreza, que no se integre en la escuela, que viva en un barrio con una alto índice de exclusión social, en el que la delincuencia y el tráfico de drogas son medios de vida corrientes, no nos parecería extraño que a su llegada a la adolescencia comience a consumir drogas, que se vincule a grupos juveniles que cometan pequeños delitos, que incremente sus consumos y que estos avancen hacia la heroína, desarrollando una adicción a la misma. Si ahora pensamos en un joven de clase media acomodada, con unos padres que no se ocupen de él pero que le provean de toda clase de bienes y caprichos, es difícil que pensemos que acabe como el caso anterior, sin embargo si que podemos pensar en que tenga problemas con los estudios, que sus padres lo lleven de colegio en colegio, que se vincule con otros jóvenes despreocupados, que inicie una carrera de consumo de drogas y que acabe con problemas con la cocaína.

.- Hay muchas menos mujeres con comportamientos problemáticos del tipo consumo abusivo de drogas ilegales o la delincuencia física como el robo o las peleas, pero sin embargo en otros casos no encontramos tanta diferencias cómo en el caso del juego, los trastornos alimenticios, el uso de medicamentos psicotrópicos, o el bullying y acoso sin violencia física, hacia otras compañeras o compañeros del centro.

.- Otro ejemplos podrán ser el cómo determinadas personas con dificultades leves desarrollan estilos de vida en los que se bebe mucho de manera que padezcan un alcoholismo unos años después, como ocurre con determinadas profesiones por sus características o en el caso de los *Txikos-viejos*, personas con dificultades para emanciparse de su familia de origen que gozan de mucho tiempo para estar con los amigos, las cuadrillas de “potes diarios”, el txoko, las cenas y comidas... un estilo de vida con una excesiva ingesta de alcohol que terminará en alcoholismo unos años después.

.- En la actualidad más cercana podríamos pensar en un adolescente con problemas de bajo autoconcepto en relación a los demás iguales, que no es capaz de sumarse al botellón con sus compañeros, que se quedan en casa, está a salvo de usos problemáticos de drogas... pero a través de los juegos de rol accede a otra identidad, se involucra mucho en ellos de manera que abandona los estudios, se cierre en su propia “realidad”, poniendo una gran distancia con su medio y dificultando su integración.

.- El caso del tabaco es paradigmático en sentido contrario, porque sus particularidades en lo que respecta a su capacidad de generar adicción y la facilidad de su consumo hace que las personas que acaban fumando no tienen por qué tener ninguna dificultad previa, sino sólo el común denominador de los impulsos adolescentes.

Con estos ejemplos queremos resaltar que además de los factores de riesgo también hay que tener en cuenta el sistema de oportunidades, que no es sólo una cuestión de acceso físico a un comportamiento, sino que en dicho sistema influyen otras variables culturales, sociales y psico-sociales.

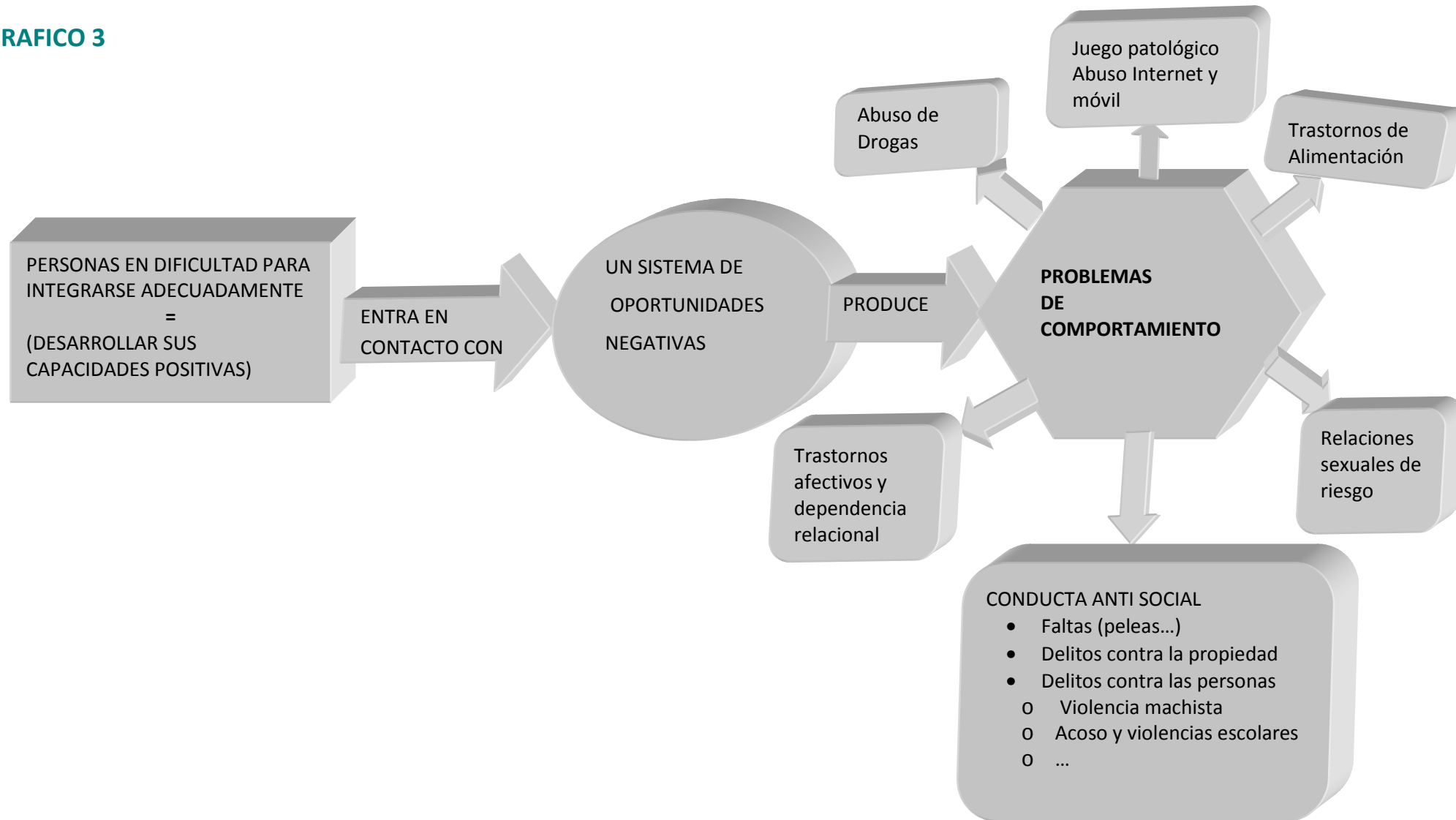
Frente a los factores de riesgo también están *Los factores de protección* se definen como algo más que lo contrario a los factores de riesgos conocidos (como la supervisión parental coherente y no violenta o el alto rendimiento en la escuela) y ayudan a explicar por qué



algunos niños/as que están creciendo en entornos y circunstancias muy desventajosas, no realizan comportamientos antisociales y/o consumen drogas. El conocimiento sobre los factores de protección y la resiliencia es menos extenso, es más difuso y está bastante menos desarrollado en la investigación científica que el riesgo.



GRAFICO 3





3.- Los contextos cercanos, la pobreza y el barrio (gráfico 4)

La pobreza tiene una innegable dimensión económica, como es la falta relativa de recursos, dentro del medio social en el que se vive, que hace que la persona no pueda subsistir por sus propios medios sin el amparo de otros. Sin embargo la pobreza es más que una simple carencia de bienes materiales, sino que buena parte de las personas abocadas a un medio pobre son personas que, por diferentes motivos, no han sido capaces de incorporarse a las exigencias del sistema para llevar una vida autónoma; por eso en la lucha contra la pobreza, además de proporcionar unos recursos económicos mínimos a las familias, se desarrolla un trabajo educativo para que haya una buena gestión de los recursos disponibles y se asegure una asunción de responsabilidades de una atención adecuada a los ancianos y a los niños de la familia en lo material y en lo educativo.

Una parte de los casos son personas con problemas de diferente índole, alcoholismo, drogodependencia, ludopatías, trastornos mentales, inmigrantes sin recursos, madres solteras... Entre esas circunstancias también hay otros hechos que se refiere a lo que algunos autores denominan *subcultura de la pobreza* en la que las personas manejan valores, actitudes, conocimientos e interpretaciones de la realidad que no encajan con los de la cultura dominante lo que les impiden prosperar, perpetuándose en las generaciones sucesivas

Los barrios degradados de las grandes ciudades suelen ser un caldo de cultivo para estas subculturas, por las propias dinámicas de la lucha por el espacio, ya que personas o familias con pocos recursos solo pueden acceder por disponibilidad económica a viviendas en dichos barrios, si el sistema de oportunidades físicas y culturales al que tienen acceso esas personas o familias les permiten mejorar tienden a abandonar el barrio y ubicarse en zonas con mejores servicios, por lo que en dichos barrios se van quedando lo que no pueden “salir” favoreciéndose la creación de subculturas de pobreza que conllevan un cúmulo de problemas (tráfico de drogas, delincuencia profesional, prostitución...).

También pueden ser un foco de dificultades los nuevos asentamientos de viviendas baratas o de promoción social, barrios con pocos recursos y en los que no haya una organización de la vida comunitaria propia de otros barrios modestos pero con movimientos ciudadanos y con actividades. Si no se llena ese vacío es ocupado por las mencionadas subculturas.

Sin embargo, a menudo se ha establecido el factor de la pobreza como el único relevante para explicar la adicción, dejando desprovistos de otros argumentos cuando se habla de chicos y chicas que desarrollan un problema de adicción y no provienen de un medio social degradado; y así es efectivamente, porque este factor no es el único, hay otros que están relacionados con las patologías mentales, con algunas dificultades personales como la impulsividad, desajustes en el autoconcepto; con determinados valores socioculturales; con la influencia familiar; con las dificultades de inserción en la escuela etc.; elementos que pueden estar presentes no sólo en medios carenciales sino también en otros medios acomodados.



GRAFICO 4





4.- El contexto próximo, la familia (Gráfico 5)

Está ampliamente verificada la gran influencia que la familia sigue ejerciendo en los adolescentes, tanto en su adecuado ajuste psicosocial como en su implicación en conductas problemáticas. Es evidente que al ir adentrándose en la adolescencia y la primera juventud la influencia de la familia disminuye algo en comparación con otras influencias como la escuela o los iguales, pero toda la influencia anterior es crucial para que se produzca un ajuste escolar y una determinada selección de los amigos y compañeros lo cual influirá en su comportamiento. En lo que respecta a la familia se han identificado cuatro tipos de variables que hacen que se incrementen las posibilidades de vulnerabilidad en sus adolescentes y jóvenes:

1.- Las familias vulnerables por enfermedad mental alcoholismo o drogodependencias no solo afecta a los niños por los modelos que se transmiten sino que en estos casos hay más posibilidades de que se produzcan malos tratos, falta de cuidados, ausencia de supervisión y apoyo afectivo de manera que sus niños tienen más riesgo de desarrollar problemas psicológicos y de ajuste social y escolar.

2.- La pobreza conlleva un gran lastre por sí misma. Es frecuente que se produzcan grandes desconexiones entre los valores que se transmiten en la escuela y los que se transmiten en estos hogares en aspectos fundamentales (diferencias culturales), como la importancia concedida a los estudios o el beneficio diferido base del esfuerzo educativo, lo cual favorecerá el fracaso escolar y las dificultades de inserción en la vida adulta de este sistema socio-cultural.

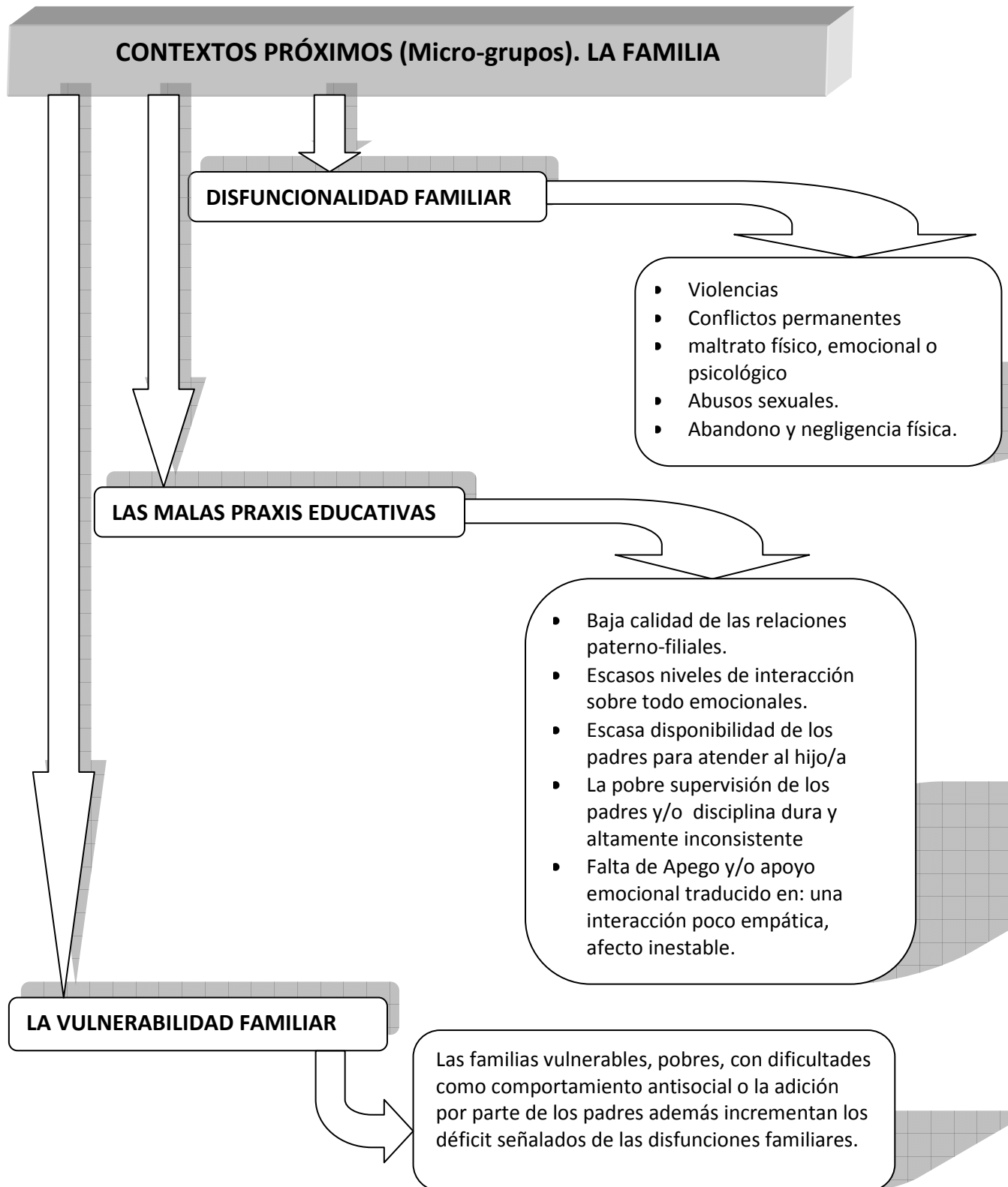
3.- Las disfuncionalidades familiares representan graves problemas como el maltrato físico, emocional y psíquico, los abusos, los graves conflictos permanentes y el abandono de las necesidades de los menores. Todas estas disfuncionalidades están detrás de muchas de las dificultades de adolescentes y jóvenes para llevar un adecuado proceso de integración.

4.- En el último grupo de variables están las malas praxis familiares especialmente cuando no se produce un necesario equilibrio entre apoyo emocional, la supervisión y la comunicación. Hay un modelo adecuado que combina un apoyo afectivo suficiente con un control firme ("con autoridad", "democrático", "autoritativo"...): las normas son claras, se razonan e incluso puede haber espacios para la negociación, se favorece la participación de los hijos en la toma de decisiones y se fomenta la adquisición de autonomía. La combinación de estas variables también admite modelos inadecuados.

- El autoritario, que se caracteriza por basarse en el control, las normas se imponen por la fuerza sin razonamiento, no hay espacio a la negociación y las sanciones son severas. A menudo en este modelo el componente afectivo de la relación es bajo, se percibe como una debilidad ante los hijos.
- En el extremo opuesto están las prácticas excesivamente permisivas en las que se deja hacer con muy pocos límites. Se apoya a hijos e hijas para disfrutar de una gran libertad ya que sus progenitores esperan que tengan un comportamiento maduro; esta práctica a menudo se combina con un apoyo afectivo incondicional.
- El modelo de padres indiferentes, ausentes o periféricos, en el que no hay apenas límites pero tampoco afecto, los padres atienden sus obligaciones profesionales y llevan una vida social intensa, pero se desentienden de las obligaciones para con sus hijos e hijas y, a menudo, las "traspasan" a los centros escolares.



GRAFICO 5





5.- El contexto próximo, la escuela y los iguales (Gráfico 6).

La escuela es la otra entidad socializadora de gran influencia, que tiene como objetivo la formación para un funcionamiento socialmente adaptado. Produce las primeras interacciones con los iguales y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a los padres así como las primeras oportunidades de logro y reconocimiento social. Pero conviene recordar que no cuenta con la carga afectiva y emocional de la familia

El consumo problemático de drogas aparece asociado estrechamente con dificultades en el medio escolar: bajo rendimiento, absentismo, desinterés hacia las actividades escolares, desapego emocional hacia el centro, expectativas negativas... Sin embargo, esta asociación no debe entenderse como una relación perfecta de causa-efecto, es decir: ni las dificultades escolares son causa del consumo problemático, ni el consumo problemático causa del mal funcionamiento escolar, ni todos los “fracasos” escolares tienen problemas de consumo, ni todos los consumidores habituales tienen problemas escolares.

La escuela no sólo transmite conocimientos sino que socializa; a través de la disciplina académica y de las destrezas que promueve; inculca unos valores y potencia unas actitudes relativas al autocontrol, la búsqueda del beneficio diferido, el comportamiento reflexivo, la valoración del esfuerzo, la auto-eficacia o confianza en las capacidad de cada uno, el respeto a las normas, la responsabilidad, las habilidades de relación social...

Las dificultades escolares de buen número de alumnos y alumnas obedecen a que sus destrezas personales, habilidades y valores, no se adecuan a los que operan en el sistema docente. Esto puede ocurrir por la presencia de algunas deficiencias personales, pero también porque la familia no es capaz de prestarle el apoyo necesarios (familias vulnerables, disfunciones familiares) o aún cuando puede hacerlo no lo hace (mala praxis educativa).

En muchos casos la escuela contrarresta estas dificultades del alumnado, cuando cuenta con recursos suficientes, tiene en estas superaciones un objetivo y los déficit no son insalvables (que a veces lo son). En otros casos el apoyo que necesita el alumnado rebasa las posibilidades del colegio, sucede esto cuando el centro tiene dificultades como cuando hay escasez de recursos humanos y profesionales, o falta de coordinación entre los docentes entre sí y con otros recursos... pero también ocurre en colegios con recursos pero excesivamente preocupado por el resultado académico, que deja de lado las necesidades madurativas del alumnado.

Como representación de este proceso se puede recurrir a los casos más paradigmáticos que suceden en lo que se conoce como un “buen colegio” y entre hijos e hijas de familias acomodadas, que no se involucran en la educación de ellos y ellas, ni siguen su marcha escolar, delegando en el colegio sus obligaciones, buscando en centros de alta exigencia académica y disciplinar, una compensación a la falta de apoyo afectivo y de control que les prodigan. De esta forma se produce un gran choque entre las elevadas pretensiones del centro con las limitadas posibilidades de este alumnado con las inevitables dificultades y fracasos.

En ese momento, cuando el centro no es capaz de ayudar a resolver las dificultades de estos alumnos y alumnas, asoma otro problema y es que los déficit dejan de ser privados y salen a la esfera pública ya que la escuela es el lugar que ofrece las primeras oportunidades de reconocimiento social se convierte, para estos estudiantes, en un lugar de definición social como fracasados y fracasadas, dentro del esquema social dominante. La escuela como institución tiene una gran capacidad de definir socialmente a su alumnado, ya que la



comunidad deposita en ella la función de socializar y dotar de recursos a niñas, niños, adolescentes y jóvenes para incorporarse a la comunidad de pleno derecho.

Mientras se trate del alumnado de menor edad estas situaciones no presentan grandes dificultades, pero cuando van acercándose a la adolescencia estas personas van sintiéndose incapaces (pobre sentimiento de auto-eficacia), van tomando conciencia de su situación de fracaso, y su autoestima y autoconcepto se deterioran. Estas vivencias les van alejando de lo convencional, de manera que al formarse los grupos de iguales no se sienten a gusto con quienes obtienen resultados escolares aceptables (les recuerdan su fracaso), y no se vinculan a aquellos grupos que están dominados por los valores convencionales.

La vinculación de estos y estas pre-adolescentes se dirige hacia iguales que comparten las mismas dificultades escolares, que les entienden, con los que van constituyendo cuadrillas separadas de las convencionales y van conformando grupos diferenciales, de manera que su socialización adolescente se realizará en dichos grupos y todos los comportamientos iniciáticos de pertenencia y experimentación serán los propios de estos grupos diferenciales y no de los convencionales. La tendencia es resistirse a su situación de fracaso -es difícil aceptar ante los demás ser el incapaz de la clase-, por lo que una buena parte se rebela contra esa situación buscando alternativas para ello:

- Algunas personas encuentran soluciones a su situación a través de iniciativas de no-riesgo: hobbies, deportes, música...
- Habrá quienes orienten su comportamiento a recuperar su autoestima conquistando una identidad y un prestigio ante los demás compañeros por otras vías alternativas a las convencionales.
- También podemos pensar de otras alternativas en función de las oportunidades, pensemos en chicos que se refugian en juegos de internet o en chicas que desarrollan una excesiva necesidad de ser aceptadas y llevan a cabo peligrosas dietas, o practican una sexualidad sin protección ni física ni psicológica ante las demandas de sus parejas varones.

Algunas de estas personas utilizan precisamente aquellas características personales que dificultan su adaptación escolar (la impulsividad, la irresponsabilidad, el presentismo, el sentimiento de invulnerabilidad, los comportamientos evasivos, el hedonismo...), como apoyo a esos comportamientos que les proporcionarán el éxito en el grupo diferencial primero y con el resto de los compañeros después. En esos grupos tienen la oportunidad de recobrar un prestigio ante los otros compañeros y compañeras, reconstruyendo la autoestima dañada al situar la sensación de eficacia en su propio bagaje de destrezas; se atreven a hacer cosas a las que sus iguales no se atreven: el mal comportamiento escolar, las ausencias escolares, el enfrentamiento con el profesorado... y por supuesto el consumo de drogas, muy valorado en su ambiente.

La actitud de la familia es crucial, si mientras ocurren los conflictos mira para otro lado, no interpreta estas señales, no confía en los profesores, no se vuelve hacia su hijo o su hija sancionando las conductas indebidas y prestándoles un apoyo hacia un cambio de dirección, estos y estas adolescentes encuentran que el consumo de drogas y/o las otras conductas apenas tiene contrapartidas, mientras que tiene muchas ventajas por lo que supone de prestigio, de sentirse importante al formar parte de un grupo capaz de saltarse las normas, de buscar el placer, de correr riesgos, de atreverse a enfrentarse a la autoridad... ventajas que actúan como refuerzos positivos. Y, consecuentemente, esa dinámica va aumentando la

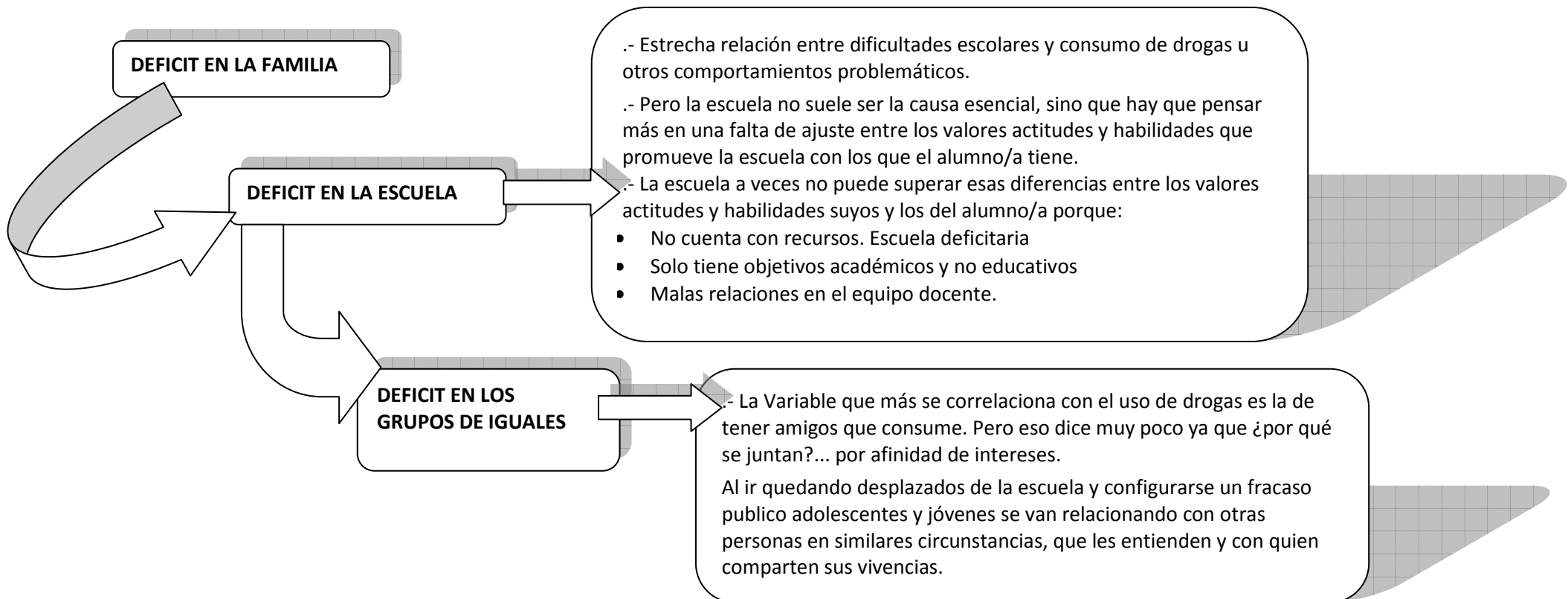


separación de los ya de por sí débiles vínculos convencionales, mientras se implica cada vez más con los otros grupos, los más alejados de la “normalidad”.

Estos procesos ocurren también en familias estructuradas de clase media pero son más agudos en familias desestructuradas, en familias en desventaja que reduce las posibilidades de integración en lo convencional y, por el contrario, dispara las posibilidades de integración en la exclusión



GRAFICO 6

CONTEXTOS PRÓXIMOS (Micro-grupos). LA ESCUELA Y LOS IGUALES



6.- El contexto de la persona (Gráfico 7).

En el contexto de la persona nos encontramos con dos grupos de factores, los trastornos de la personalidad y las características personales:

1.- Los trastornos de la personalidad. Muchos de ellos muestran una fuerte correlación con el desarrollo de una futura dependencia esto puede ser por efecto directo del trastorno o porque dicha afección entorpece el desarrollo de un vínculo saludable con otras realidades como la familia, la escuela, el juego cooperativo con sus compañeros, el aprendizaje adaptativo y la autorregulación. Habrá que prestar especial atención a dichas psicopatologías y/o trastornos psicológicos individuales. Entre los trastornos de personalidad que se asocian con comportamientos problemáticos, de riesgo y con el abuso de drogas la literatura científica señala:

.- **Trastorno de la personalidad antisocial (ASPD).** El comportamiento antisocial se puede medir y pueden ser diagnosticados. Estos diagnósticos se logran, normalmente, a través de entrevistas/test psiquiátricos, con el DSM-IV, y tener un historial previo de trastornos de conducta durante la infancia y la adolescencia.

.- **La depresión** puede predecir el inicio del consumo en la adolescencia temprana de una droga ilegal. Los trastornos del estado de ánimo (incluyendo el trastorno bipolar y los trastornos de hipomanía y manía) predicen mayores tasas por consumo de cannabis y trastorno por el consumo de cannabis.

.- **Deterioro cognitivo:** la alteración en la capacidad de prever las consecuencias de las acciones o para comprender los sentimientos de otras personas se asocian con riesgos posteriores de conductas conflictivas.

.- **Una mala salud crónica:** los trastornos de conducta son más frecuentes entre los niños con problemas de salud crónicos, sobre todo en niños con patologías que afectan al sistema nervioso central.

.- Algunos trastornos como **el estrés post-traumático** o acontecimientos que llevaron a este trastorno producido por el maltrato infantil, el abandono, el abuso en la niñez, el descuido, el fracaso escolar o los comportamiento disociales o la delincuencia en el entorno más cercano, así como los trastornos de ansiedad que tienen su inicio durante la infancia, están asociados con el consumo de sustancias y el abuso.

.- **Trastornos por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)** han sido identificados como un factor de riesgo para desarrollar el uso o abuso de sustancias. Gran parte de la asociación entre el TDAH temprano y más tarde el uso de sustancias puede ser explicado por la asociación entre el TDAH y problemas de conducta que han demostrado influencias posteriores al uso y abuso de sustancias. Es especialmente grave cuando se asocia con la **impulsividad**.

2.- Las características de la personalidad. Tienen más importancia desde la perspectiva de la intervención porque su incidencia en la población es mayor y porque permiten una intervención preventiva más eficaz.

.- En un primer grupo nos encontramos con una serie de **características que impulsan los comportamientos de riesgo** y que a menudo van juntas en la misma persona:

- La excesiva necesidad de búsqueda de sensaciones.
- La incapacidad de la persona adolescente para actuar sobre sí mismo y controlar los impulsos agresivos (autocontrol).



- El bajo sentido del riesgo y sentimiento de invulnerabilidad.

.- En otro grupo de elementos nos encontramos con **dificultades en el área de las *actitudes sociales, las Habilidades Sociales o Habilidades para la vida.***

- La escasa capacidad para enfrentarse al estado de ánimo negativo.
- Escasa capacidad para resistir las frustraciones.
- Baja capacidad para enfrentarse a los conflictos.
- Carencia de empatía.
- Falta de autonomía y dependencia.
- La irresponsabilidad, dificultad de asunción de responsabilidades.
- Actitudes favorables a elegir respuestas de riesgo, a menudo, como respuesta a la autoridad y de autoafirmación.

.- **Los valores** favorables al uso de drogas son los que más se correlacionan con el consumo alto, sin embargo hay otros valores, que guían el comportamiento y que también se relacionan con el consumo habitual de drogas como:

- El presentismo, el valor de la inmediatez y dificultad para valorar el esfuerzo
- El individualismo.
- El escepticismo: falta de confianza en el futuro y de deseo de mejorar la realidad.
- El hedonismo y la susceptibilidad o miedo ante el aburrimiento, para lo que se buscan estímulos rápidos, aunque sean cortos y pobres.
- El egocentrismo.

.- **En el área de la autoestima, autoconcepto y autoeficacia** hay que realizar una reflexión ya que en las investigaciones se han establecido resultados contradictorios entre el uso de drogas o el comportamiento anti-social, de manera que a menudo en vez de aparecer como un factor protector aparece como un factor ligado a dichos comportamientos, e incluso al relacionarlo con otros “nuevos fenómenos” como el uso intenso de internet o el juego de azar dinerario aparecen bajos niveles de autoestima. Estos resultados han dado lugar a investigaciones más detalladas basadas en nuevos modelos en los que la autoestima no se ha considerado de forma monolítica sino multidimensional incluyendo cinco áreas:

- autoestima académica,
- autoestima familiar,
- autoestima física,
- autoestima emocional
- y autoestima social, entendida esta última como la opinión que la persona adolescente tiene de su capacidad para desenvolverse en el ámbito de las relaciones sociales con sus iguales

Mientras que en el microsistema familiar y escolar, la autoestima parece ejercer claramente un rol protector. Sin embargo, durante la adolescencia media (15/17 años) la influencia de las relaciones familiares parecen reducirse al dominio familiar de la autoestima, es decir, la calidad de las relaciones familiares ya no inciden directamente en la autoestima social de los



hijos. Es precisamente en la adolescencia media cuando la autoestima social parece conformarse como un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

El muy bajo nivel de asociación entre la confianza social y el consumo de sustancias sugiere que la confianza personal es la propia capacidad para relacionarse socialmente y no es por sí misma un factor de protección sino más bien al contrario, el análisis detallado de este factor afectivo indica que está asociado con el consumo de sustancias entre menores de mayor riesgo. En esta etapa, las personas adolescentes con un mejor concepto y valoración de sí mismas en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran competentes socialmente, que tienen facilidad para hacer amistades son, precisamente, las que presentan mayor consumo de sustancias.

El resultado de estas recientes investigaciones, cuestiona la inicial consideración de cualquier tipo de autoestima como factor de protección y obliga a replantear algunos aspectos relacionados con el consumo de drogas en adolescentes. Ante esto se están explorando dos explicaciones:

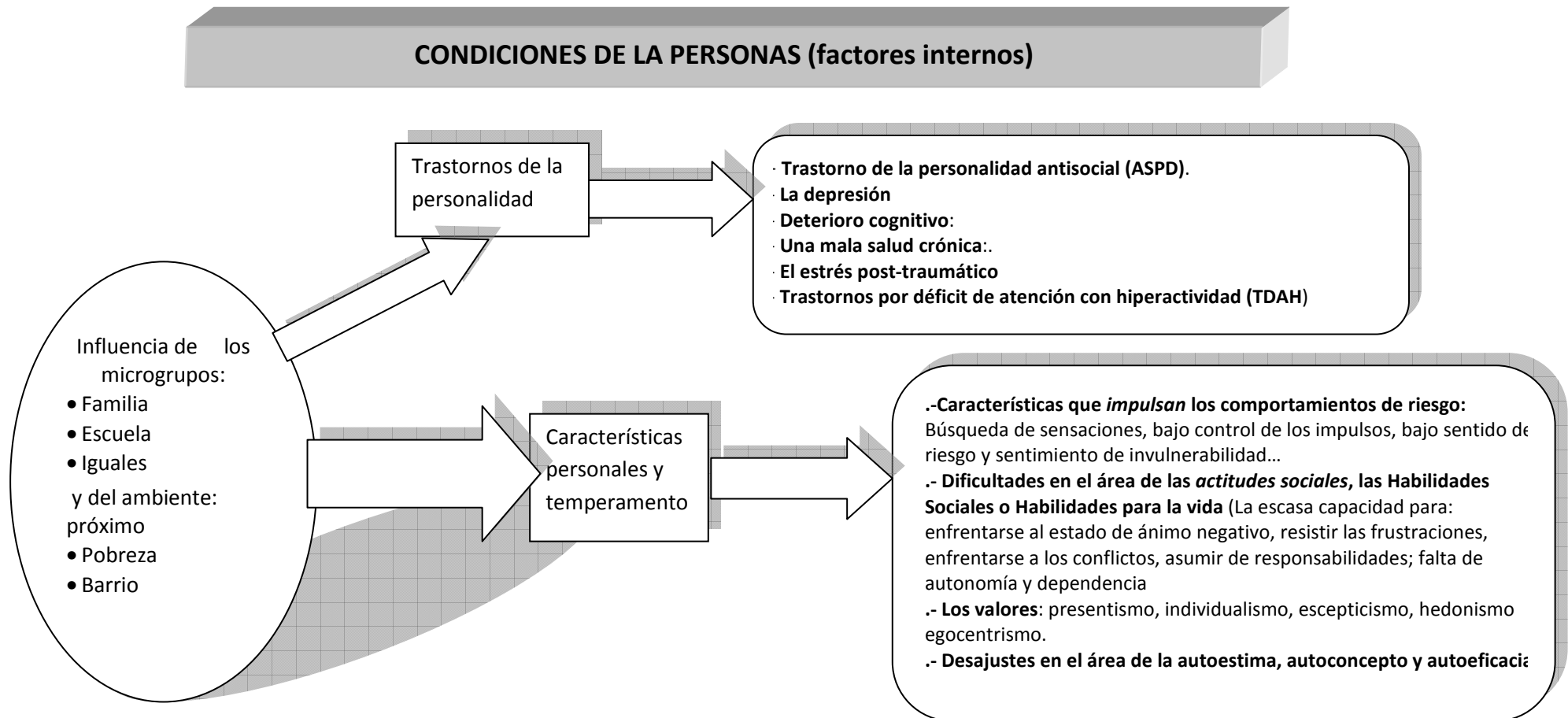
- Una es que las personas adolescentes con mayor autoestima social podrían derivar parte de su identidad de la importancia que en su grupo de iguales se conceda a implicarse en conductas que impliquen riesgos o conflictivas y/o relacionadas con el consumo de drogas y con una identidad rebelde y transgresora
- La otra es que se establece una compensación de la autoestima, de manera que si en la infancia se adquiere unos bajos niveles de autoestima en relación a su familia y a su recorrido escolar puede compensarles ante los iguales llevando a cabo determinadas conductas (consumo de drogas, relaciones sexuales prematuras, actos delictivos...), que son premiadas por otros grupos y que producen cierta admiración en el resto.

Como idea cierre de eso podemos señalar como la persona adolescente o joven que vive estados carenciales en los microsistemas más próximos (familia y escuela), es en los espacios de iguales en los que se va a sentir bien, porque por fin percibe que tiene habilidades para “algo”, porque sabe desenvolverse en un ambiente abierto y “peligroso” y exhibir que “juega con los riesgos”, lo cual le proporciona prestigio y liderazgo dentro del grupo.

Las patologías son de difícil prevención como tales pero se pueden buscar fórmulas para su temprana detección y para proporcionarles una orientación adecuada. Las características de la personalidad por el contrario pueden ser educadas, contenidas y/o encauzadas en los procesos socializadores producidos en los micro-grupos, fundamentalmente la familia y la escuela, por lo que hay cierto margen de intervención de influencia positiva sobre la persona para evitar conductas de riesgo.



GRAFICO 7





7.- Los factores de protección (Gráfico 8).

Los factores de protección son algo más que la dirección contraria a los factores de riesgos conocidos (como la supervisión parental coherente y no violenta o el alto rendimiento en la escuela) y ayudan a explicar por qué algunos niños niñas que están creciendo en entornos y circunstancias muy desventajosas, no realizan comportamientos antisociales y/o consumen drogas. El conocimiento sobre los factores de protección y la resiliencia es menos extenso, es más difuso y está bastante menos desarrollado en la investigación científica que el riesgo.

El factor de protección más definido es la resiliencia que viene a ser la capacidad de la persona para hacer frente a las dificultades en entornos o situaciones adversas. Esta característica se atribuye a personas que a pesar de vivir en condiciones y entornos adversos, son capaces de ir tomando decisiones positivas que les ayudan a superar las dificultades que provienen de dichas condiciones y entornos.

La unión familiar es la clave en la prevención del uso de drogas. El vínculo familiar, la supervisión y las actitudes familiares tienen una gran influencia en los grupos de iguales a los que se vinculan adolescentes y jóvenes y también en la decisión de utilizar o no drogas.

La escuela es también un espacio crítico para desarrollar comportamientos saludables en los y las menores más vulnerables. Cuando el vínculo con la escuela y el éxito están unidos, normalmente, son factores que influyen en que mantengan relaciones con iguales que no usan drogas y también deciden no utilizarlas ellas y ellos mismos.

La elección de las amistades está muy relacionada con el consumo o no consumo de drogas, lo mismo que con la comisión de actos anti-sociales y con otros comportamientos problemáticos. Los y las menores cuyos mejores amigos y amigas son consumidores, tienen muchas probabilidades de usar drogas también. Además, gran parte de la influencia de la familia, la escuela, y la comunidad en el consumo individual de drogas está mediatizada por la selección de las amistades.

En la dimensión comunitaria, el consumo de drogas en el barrio, las condiciones del barrio, el vecindario... también influyen en el uso personal de drogas, por lo tanto, involucrarse en actividades comunitarias protectoras, contribuye a tener una posición más favorable ante el consumo a la vez que se pueden mejorar indirectamente otros elementos como la vinculación escolar.

Desde un punto de vista ideal una política de prevención de drogas y otros comportamientos problemáticos debería ir dirigida a acabar con la pobreza, la exclusión social, las grandes desigualdades, el maltrato de los menores, los conflictos familiares, el fracaso escolar... Sin embargo y aunque estos propósitos estén muy lejanos desde *un plan de adicciones municipal* sin embargo sí que se pueden influir para mejorar cosas como los estilos de crianza de las familias o promover la cohesión y la organización de la comunidad, por ejemplo, o constituirse espacios que proporcionen protección a los menores, mejorar las relaciones de los centros con el alumnado más conflictivo o detectar casos de alta vulnerabilidad y orientarlos debidamente.

De esta forma familia,—escuela, iguales y comunidad pueden proteger contra el abuso de drogas a los y las menores en situación de riesgo, si somos capaces de crear una red protectora que desempeñe un papel importante en los esfuerzos por una prevención coherente y eficaz; un paraguas de protección constituido por un entramado de elementos personales, familiares, escolares y comunitarios ante la vulnerabilidad al que se denomina *Resiliencia*.

Desde los barrios:



La residencia y la convivencia en un vecindario de riesgo y abuso de sustancias por parte de los iguales y/o de alta disponibilidad de drogas, constituye una influencia clave en el uso de drogas por parte de los menores

Los programas de prevención deben dirigirse a modificar comportamientos en menores que ya han comenzado a usar drogas, no sólo a disuadir a quienes aún no han comenzado y a priorizar el apoyo social, los cuidados y la protección a los y las menores más vulnerables, anticipándose a la aparición de problemas futuros.

Es importante que en la comunidad existan recursos y actividades extraescolares, de tipo deportivo, lúdicas, de tiempo libre, culturales, de intereses juveniles y que se vinculen a ellas adolescentes y jóvenes de los barrios vulnerables. De manera que uno de los retos de la prevención en estos entornos es ayudarles a poner en marcha estos recursos y potenciar su utilización. Esto no puede hacerse sin analizar la situación del entorno y preparar a la comunidad para involucrarla.

Las intervenciones a nivel comunitario tienen por objeto aumentar la resiliencia en barrios desfavorecidos mediante la mejora del entorno social general de los y las menores. Este fortalecimiento de la comunidad se puede lograr mejorando la cohesión social y la identidad de grupo, el prestigio social de las organizaciones no gubernamentales, la comunicación interpersonal, las habilidades sociales, la expresión de los sentimientos y el apoyo social a través de la movilización de la comunidad y a través del acercamiento a las familias que lo necesitan.

En síntesis, el marco protector que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los menores y adolescentes en el entorno comunitario se caracteriza por:

- El desarrollo de políticas normativas locales de protección y control.
- El desarrollo de programas de sensibilización y educación comunitaria en relación a las drogas
- La promoción de un contexto social integrador que asegure la disponibilidad de recursos sociales de protección e integración para los grupos sociales más vulnerables junto a estrategias para dar a conocer y difundir el acceso a los recursos de protección social disponibles.
- La celebración de eventos especiales puntuales que complementan y se relacionan con las acciones anteriores y que contribuyen a incrementar o mantener la sensibilización pública en relación a las drogas y los menores más vulnerables

Desde la familia:

- La presencia de adultos disponibles (madres/padres, abuelos y abuelas, hermanos y hermanas...) que acompañen el crecimiento madurativo del o de la menor, proporcionando seguridad-apoyo y una supervisión y disciplina consistente que enseñe a los niños y a las niñas a controlar su propia conducta, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia.
- Unas relaciones paterno-filiales afectivas y cálidas, caracterizadas por la aceptación y la comunicación positiva, cumplen una función protectora clave, al tener un papel fundamental en la configuración de la autoestima personal en las primeras etapas adolescente.



- El apego emocional seguro con adultos durante los primeros años de vida. Mantener una relación positiva, significativa y continuada en el tiempo con un adulto que proporciona cuidados.
- Disponer de modelos de identificación positivos, el modelado es uno de los procesos de aprendizaje básico para niños y niñas, ya que éstos aprenden mediante la imitación, no solo de las conductas, sino también de los discursos y las actitudes. Por lo tanto, las actitudes negativas hacia el consumo de drogas por parte de los padres/madres y de otros familiares cercanos, así como la no implicación de éstos en su consumo, es un elemento protector muy importante.

En conclusión, un entorno familiar afectivo, caracterizado por un fuerte vínculo con los familiares y con un nivel de conflicto familiar controlado, de supervisión, con normas familiares claras sobre el comportamiento de los niños, de acompañamiento y de apoyo, reduce significativamente el riesgo de iniciación de drogas ilegales entre los menores vulnerables.

Desde la Escuela:

- Vínculo e integración adecuada al sistema educativo al favorecer los sentimientos de autoeficacia y capacidad de logro en el alumnado como un objetivo del centro, adecuándose a sus diversas necesidades y circunstancias.
- Clima escolar positivo y que proporcione seguridad. Un entorno escolar de apoyo, que proporciona oportunidades, alienta a los niños y adolescentes a desarrollar sus propios intereses contribuyen a desarrollar el sentido de pertenencia, con expectativas positivas respecto al rendimiento de sus alumnos y alumnas, en un entorno normativo coherente.
- Escuelas de calidad que supervisan y realizan un seguimiento y acompañamiento de su alumnado, potencian su participación en la dinámica del centro, ratio/ alumnos equilibrado, comunicación asertiva entre profesorado y alumnado y la potenciación de inteligencias múltiples, e intereses particulares.

Desde los grupos de iguales

- La integración en grupos heterogéneos y constructivos, donde las señas de identidad estén alejadas del consumo de drogas y del comportamiento anti-social.
- Estilos de vida del grupo no cercano a las conductas de riesgo y desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre que no facilitan el consumo de drogas, tales como: actividades deportivas, culturales, en la naturaleza, altruistas, religiosas, cooperación al desarrollo, etc.
- Conocimiento y acceso a los recursos y equipamientos comunitarios y/o del barrio. Refuerzo de habilidades para la interacción positiva en el grupo, con capacidad para resistir la presión del grupo y tomar decisiones autónomamente.

Dimensión interna

La resiliencia frente a las drogas es el resultado de una compleja interacción de factores que se considera que están interrelacionados con:

- creencias y actitudes contrarias al uso de drogas por el desequilibrio de ventajas-desventajas.

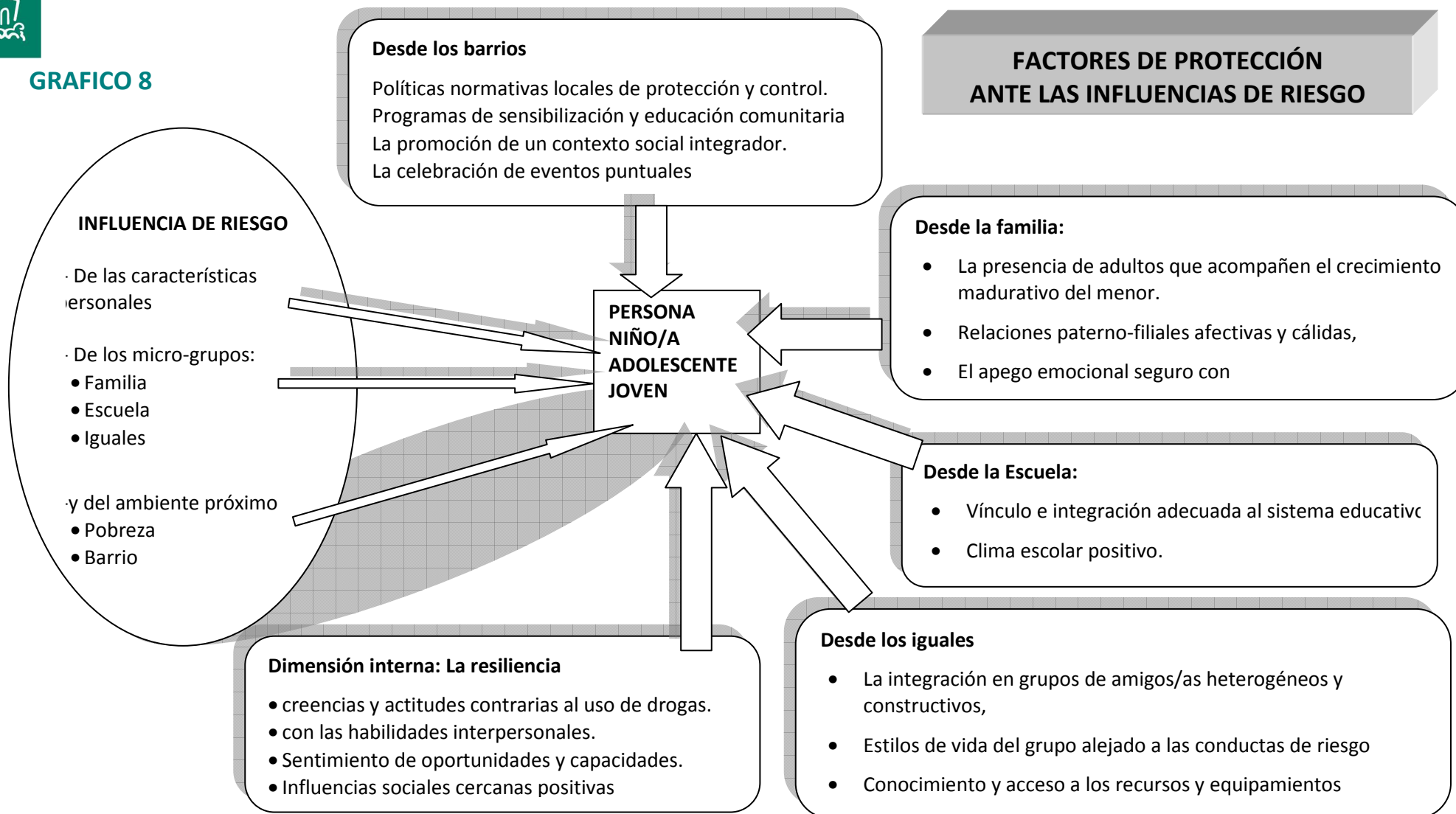


- con las habilidades interpersonales y la capacidad de resistir a las presiones favorables al abuso de drogas.
- Hacer sentir a los y las menores vulnerables que tienen oportunidades significativas para sentirse dignos de ser capaces, importantes y queridos.
- importancia de las influencias sociales positivas, como tener cerca el acompañamiento de un adulto de confianza y que acoja y acompañe al menor.

La resiliencia, no es un atributo personal con el que se nace, sino que se va desarrollando evolutivamente en las transacciones proximales de afrontamiento.



GRAFICO 8





III.- EL DIAGNOSTICO CUALITATIVO

En este capítulo se han incorporado la información proveniente de diversas fuentes, fundamentalmente de personas que tienen conocimiento de la realidad de Vitoria-Gasteiz por el desempeño de su labor profesional. También se ha incorporado la recogida sistemática de otras informaciones que no han tenido cabida en el diagnóstico estadístico.

Dada la dispersión y variedad de contenidos disponibles, se ha optado por presentar la información de forma resumida, organizada en función de los temas sobre los que versa.

1.- EL TABACO

La evidencia apunta a que gran parte del comienzo del consumo del tabaco está impulsado la necesidad que se experimenta en la adolescencia de abandonar la infancia dependiente para iniciarse en otra etapa evolutiva mucho más autónoma (iniciación). El tabaco, sin embargo, es una sustancia que gracias a su facilidad de acceso y de consumo permite una utilización frecuente, lo cual unido a su capacidad adictiva hacen que en poco tiempo y sin mediar factores de riesgo se desarrolle una dependencia.

Por otra parte hay que señalar que son pocas las personas que pueden llevar a cabo consumos poco intensos o de menos de cinco cigarrillos al día; la mayoría de fumadores y fumadoras que llevan un tiempo de consumo sobrepasan la media cajetilla diaria (10 cigarrillos).

Estas ideas llevan a concluir que si bien con otras sustancias se pueden establecer márgenes de consumo moderado, como en el caso del alcohol, en el tabaco esta posibilidad resulta remota.

Otra de las cuestiones sobre el tabaco ha sido el del “vapeo” o uso del cigarrillo electrónico, sobre el que aún se desconocen sus efectos. En muy poco tiempo han surgido establecimientos especializados en su venta y entidades como Ailaket y AECC han recibido consultas sobre su utilización. No hay evidencia científica sobre sus bondades y/o sus riesgos, sin embargo las indicaciones internacionales sugieren la conveniencia de restringir su uso en los mismos términos aplicables a los cigarrillos convencionales.

2.- EL ALCOHOL

En lo relativo a las ideas y opiniones recogidas de los grupos de trabajo referidas al alcohol, se destaca que:

.- La juventud funciona por oposición a las personas adultas y en muchas ocasiones, nos centramos en aspectos llamativos, pero que no son de calado sino anecdóticos, cuando deberíamos preocuparnos de la peligrosidad de los consumos problemáticos.

En esta línea se destaca que el 98,6% de las personas que se inician en el consumo de alcohol después de haber cumplidos ya los 18 años desarrollan un consumo social, sin riesgo. Esta cifra desciende un poco al 94,2 entre quienes se inician antes de los 16 años. Esto significa que la gran mayoría no generará un uso problemático del alcohol y que cuando éste se produce aparecen en escena otros indicadores de dificultad, es decir, otros factores de riesgo.

.- El botellón, vinculado a la juventud no parece ser tan visible porque se hace en el interior de las lonjas. La juventud accede al alcohol sin dificultad a través de los propios comercios del barrio y es un consumo que se realiza fundamentalmente los fines de semana.



Esta valoración ha suscitado una cierta controversia respecto a algunas cuestiones que aparecen en el estudio de lonjas, ya que éstas no se consideran algo malo "per se"; sino que aportan aspectos positivos para muchas cuadrillas de jóvenes en cuanto a la posibilidad que les brinda para crecer en responsabilidad, aprender a gestionar su vida y su relación con los demás y permitiéndoles desarrollar algunas intervenciones preventivas con grupos muy homogéneos.

.- Se solicita precaución con el concepto de MODERACION y ALCOHOL al hablar con adolescentes y jóvenes ya que muchos de ellos son menores.

.- Atención a los dobles mensajes que se pueden producir algunas veces cuando desde las instituciones se organizan fiestas, conciertos, o eventos similares en los que colaboran o son patrocinados por marcas de bebidas alcohólicas, mientras que oficialmente estas mismas instituciones están emitiendo mensajes en contra del consumo de alcohol en menores, pudiendo percibir estos una sensación de mensajes contradictorios.

.- Se plantea el problema de los hombres adultos que mantienen un consumo de alcohol moderado pero constante, que ante una contrariedad importante (un ERE, el paro, una ruptura sentimental...) aumentan su consumo. En similar situación están también Mujeres a las que la irrupción de una crisis de causas domésticas ocasionada por los hijos, o por unos padres dependientes les afecta, les supone una carga emotiva con riesgo de aumentar su consumo de alcohol.

.- El consumo de alcohol está tan normalizado y se le presta tan poca importancia que con frecuencia al detectar los médicos de familia consumos elevados y de riesgo a través de analíticas, los pacientes lo niegan y no acepten las indicaciones de los facultativos.

.- El consumo de alcohol puede sufrir determinados vaivenes en función de la situación social y económica; los datos apuntan a que el crecimiento económico experimentado desde mediados de los 90 hasta mediados de 2000 ha favorecido un mayor consumo, que se aprecia porque hay más personas consumiendo y con más frecuencia, por el contrario la crisis favorece un menor consumo. Pero esto afecta sobre todo a una parte de la ciudadanía que se mueve en consumos relativamente pequeños, mientras que no va tener incidencia sobre aquellas personas que tienen un consumo excesivo o problemático, e incluso al contrario, si la crisis les ocasiona una gran contrariedad, tal como hemos apuntado antes, se corre el riesgo de incrementar los consumos. No obstante a pesar de esta lógica estos ciclos son difíciles de percibir porque deben de pasar bastantes años entre el inicio del consumo hasta que alguien busque ayuda y, por lo tanto, lo que ahora puede estar pasando se verá reflejado entre cinco y diez años después.

3.- EL CANNABIS

Las opiniones y contrastes de los grupos de discusión realizados han tratado básicamente de la juventud y del consumo de cannabis; de todas estas aportaciones destacamos:

- El consumo de cannabis no se ha reducido sino que se ha normalizado y generalizado.
- El cannabis está rodeado de algunas ideas de mitos que calan entre los y las jóvenes y favorecen su consumo, como por ejemplo que es menos perjudicial que el tabaco.
- Los jóvenes se inician en las drogas fumadas por el cannabis antes que por el tabaco.
- Se consume marihuana entre semana y alcohol los fines de semana.



- Importancia de las lonjas en el consumo, lo que ha retirado muchos consumos de la calle, lo ha *invisibilizado*, por lo que ha disminuido la alarma social, y como consecuencia hay riesgo de que se produzca un cierto relajo en las administraciones.
- La accesibilidad: es una sustancia barata, se compran en grupo y se accede a ella fácilmente a través del móvil, ya no hay que salir a buscar al camello, por lo que algunos asocian el consumo a las nuevas tecnologías.
- Estas ideas han vuelto a suscitar algunas controversias con el estudio de lonjas, por cuanto se considera que estos argumentos dejan en mal lugar lo que es un recurso neutro que como tal aporta muchas cosas positivas para los jóvenes, a pesar de los posibles riesgos.
- Muchas de las personas consumidoras practican “semanas limpias” en las que no consume, lo cual aporta diversas ventajas, entre ellas, uno/a muestra que es capaz de contenerse, que no tiene dependencia, y además, después de la semana la sustancia produce un *subidón*.
- La idea dominante es que consumen todos, personas de todos los perfiles sociales, ya que se ha producido una socialización del consumo.
- Algunos de los problemas que se han mencionados con el uso del cannabis son: la abulia o desinterés por las cosas, con una sensación de vagancia, apatía, pérdida de memoria, problemas con la familia, dificultades con la pareja y otros problemas mentales que los jóvenes usuarios ocultan o tratan de ocultar, como por ejemplo determinados brotes psicóticos.
- Según los datos del Departamento de Seguridad Ciudadana y otras apreciaciones de profesionales las personas que se dedican al pequeño tráfico de esta sustancia, son en su mayoría autóctonos, sin embargo, el imaginario identifica al que trapichea con inmigrantes africanos y/o magrebíes y con gitanos, colectivos que tienen muy poco peso en este tráfico.
- Se apunta también que no se hace autocultivo porque no merece la pena, ya que su bajo coste permite ahorrar el esfuerzo que entraña su producción.
- Hay marihuana de laboratorio, transgénica, con más concentración de THC. Algunos consumidores, para financiarse, se dedican al trapicheo, compran y revenden.

El uso del cannabis se ha generalizado mucho entre los grupos juveniles, se ha normalizado casi tanto como el fumar tabaco entre los adultos de hace 30 años y algunos de estos consumos se ha afincado con una frecuencia muy intensa, de varios *canutos* al día. Además, el crecimiento económico ocurrido entre finales de los 90 y finales de 2000 ha favorecido que el consumo se extienda mucho al incrementarse el poder adquisitivo de la juventud. Sin embargo, a comienzo de la década de l2010 se experimenta un cambio en la tendencia, se van reduciendo los consumos y parece que se reduce no sólo el consumo más iniciático, exploratorio y ocasional, sino también el habitual. Es muy posible que la crisis haya contribuido a invertir la tendencia al reducirse el poder adquisitivo que retrae el consumo, pero también pueden haber incidido otros factores como la conciencia de que el cannabis no es inocuo ya que en muchos círculos de consumo se puede haber constatado problemas con el consumo en compañeros y compañeras que han tenido que acudir a tratamientos de deshabituación.



No tenemos otros datos relacionados específicamente con el cannabis referidos a situaciones de vulnerabilidad y exclusión, aunque sea una sustancia de uso habitual entre buena parte de las personas adictas a drogas ilegales y en algunos casos de alcoholismo, mientras que por otra parte está creciendo la demanda asistencial por esta sustancia, lo cual puede estar enmascarando otros problemas asociados.

Cabe preguntarse también si el consumo de cannabis puede estar influyendo sobre el consumo de tabaco, dada la permisividad de su consumo así como al hecho de consumirse juntos y a la capacidad del tabaco para generar una adicción.

4.- LAS OTRAS DROGAS ILEGALES

En lo que respecta a las opiniones sobre otras sustancias ilegales destacamos algunas ideas:

- Disminución del consumo de estas sustancias.
- Algunas sustancias como el LSD, la Ketamina y el éxtasis han reducido notablemente su presencia.
- La cocaína no es sólo de clases altas sino que tiene un uso más generalizado y está ligada a personas de en torno a los 30 años de edad.
- La coyuntura económica tiene influencia sobre el consumo de sustancias, así en tiempos de bonanza se puede dar un mayor consumo y de mayor calidad que en épocas de crisis.
- Importancia del policonsumo, ya que la tendencia es consumir varias drogas y a veces lo de poner una u otra como droga principal en los inicios de tratamiento tiene una parte de artificialidad.
- Continuando con el policonsumo se considera un problema entre determinados colectivos que se prestan a experimentar y a consumir con muy diversas sustancias, lo que esboza la necesidad de trabajar sobre él a partir de las intervenciones directas, especialmente de reducción de riesgos y en los ámbitos cercanos al de los consumidores.
- Se pone de manifiesto un déficit en el diagnóstico en cuanto que no se informa sobre las drogas emergentes. Existen catalogadas 580 sustancias y en los últimos diez años, en Vitoria, se han detectado 132 de estas sustancias. Las emergentes superan en variedad a las tradicionales, aunque no en consumo. Algunas de estas nuevas drogas se han instalado ya, como *la ketamina* por ejemplo, que no es nueva ni se podría considerar emergente. Se detecta hace ya más de diez años, aunque sí es verdad que desde hace algún tiempo se escuchan más casos de consumo relacionados con ella.
- Se plantea la necesidad de tener sistemas de detección de sustancias peligrosas para avisar a los posibles consumidores de las mismas.
- Las nuevas sustancias también suscitan un debate, en el sentido de hasta qué punto se consumen por voluntad o hasta qué punto se consumen involuntariamente como adulterantes, ya que lo significativo a la hora de intervenir es lo primero.
- En este punto convendría determinar si lo que marcan las estadísticas en cuanto a la reducción del consumo de drogas se refiere a los consumos poco problemáticos o se reduce a todo el conjunto de consumos, incluyendo los problemáticos.



- Por otra parte nos preguntamos qué efectos puede tener la crisis económica, ya que puede empeorar la situación de algunas personas e incrementar el consumo problemático de algunas sustancias que por ahora se mantienen de forma larvada.

5.- LA ADICCIÓN AL JUEGO Y OTROS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Las referencias a esta problemática en los grupos de trabajo han puesto de manifiesto que:

- Se está asociando cada vez más la adicción al juego con el consumo de drogas: las nuevas tecnologías se emplean para hacerse con la droga, y a su vez, bastante de la gente que consume participa en juegos on-line, en el uso abusivo de las máquinas, etc.
- Los inicios en los juegos de azar y las apuestas se observa fundamentalmente en jóvenes varones y a partir de los 16 /17 años.
- La adicción a los juegos puede derivar también en otro tipo de problemáticas como es el robo (para poder tener capacidad económica en las apuestas y juegos de azar) o en el *ciberbullying* desde las nuevas tecnologías.
- El acceso al juego en sus diferentes facetas está siendo más fácil en edades cada vez más tempranas (desde los 12–13 años) debido a múltiples factores entre los que destaca la imitación de los adultos (que lo consideran una actividad grupal más: juegos de azar, quinielas... en el ámbito de cenas de familia, de cuadrilla, donde se ha “normalizado” y “socializado” este tipo de actividad) y a que beneficia también al sector de hostelería, que ostenta este tipo de salones de juegos y apuestas.
- Existen otros factores relacionados con el incremento del uso de los salones de juegos y casas de apuestas entre los jóvenes de 16-18 años en adelante, como es la comodidad de estar en un lugar que les admite durante un tiempo ilimitado sin exigir un gran consumo de bebidas aunque sí jugar. Es muy cómodo para aquellas personas que no disponen de otros lugares o viviendas durante el día (jóvenes de otros orígenes y nacionalidades que no tienen arraigo ni redes de relación). Se convierten en espacios de socialización y de creación de redes sociales.
- Algunos salones de juego se han convertido en “lugares de trapicheo” de drogas.
- El juego se está convirtiendo también en una adicción en aquellos jóvenes que lo pueden hacer de manera “más cómoda y clandestina”, sin despertar sospechas desde sus casas. El uso de las nuevas tecnologías y de la televisión favorece esta actividad para que pueda pasar más desapercibida ante sus padres...
- Entre otras consecuencias se puede señalar el menor rendimiento escolar, la disminución de horas de sueño por permanecer hasta altas horas de la madrugada frente a la televisión o jugando on-line, etc.
- Además, se constata que la vida queda mediatizada cuando una persona se hace adicta al juego: Todo el tiempo libre (y después también más periodos de la vida diaria) se dedica a las máquinas y al juego.
- Alguna modalidad de juego (los de rol) implica que para abordar algunas de las tareas derivadas del juego haya que supeditar algunas horas concretas del día durante las que se consensua el juego on-line.
- También se realizan apuestas a través del móvil por las facilidades que aporta.



- La problemática del juego y la ludopatía suele ir asociada frecuentemente a problemáticas económicas y familiares importantes.
- En las familias no preocupa el tema del juego y las apuestas.
- En la escuela preocupa el uso de la tecnología pero no los juegos de azar.
- Existe bastante tolerancia en relación con los menores y los juegos de azar, juegan en bares, salas de juego, dependiendo, por ejemplo, del camarero que esté.
- Preocupa el boom mediático del juego. La publicidad en la tele y cine, con personas “gancho” importantes, referentes para la juventud: deportistas, etc.
- Preocupa el desarrollo de los juegos *on line*, con una buena publicidad, que además regala dinero para jugar gratis la primera partida... en la que se tienen muchas posibilidades de ganar... y eso supone una gran promoción del juego.

6.- RIESGO DE EXCLUSIÓN, VULNERABILIDAD SOCIAL, POBREZA Y BARRIOS DESFAVORECIDOS.

En este apartado se han recogido diversas valoraciones, que aunque no versan sobre los mismos conceptos comparten esa idea de *vulnerabilidad y riesgo de exclusión*:

.- En Vitoria es difícil encontrar barrios desfavorecidos como tal; no hay barrios guetos, aunque sí hay zonas en las que viven algunas personas con diferentes dificultades de integración.

.- La pobreza como concepto no es lo mismo ahora que hace diez años. El concepto de pobreza o vulnerabilidad ha cambiado con la crisis. Ahora hay muchas personas de clase media que están pasando dificultades. Cuando no asimilan su nueva situación piensan que los recursos no son para ellos, no piden ayuda a las instituciones, se vive como algo vergonzante, no hay costumbre de pedir ayuda a los servicios de la comunidad. Por lo tanto, si no demandan, no pueden recibir ayudas para hijos, vivienda, comedor...

.- Esta idea de la “nueva pobreza” no responde al concepto clásico de pobreza sino al de gente empobrecida, gente que se empobrece no sólo por el paro, sino por la enfermedad mental o por una adicción como el juego o el alcoholismo.

.- Ante la crisis aparecen nuevos focos de vulnerabilidad, como el grupo de entre 16 – 20 años que no encuentran sitio en los PCPIS o FP porque en ellos se han incorporado parados que tienen preferencia en el acceso y dejan cortada una vía de integración a un colectivo más joven.

.- Otra cuestión que se plantea es que las ciudades de las sociedades occidentales -y la Ciudad de Vitoria-Gasteiz no es una excepción- son un crisol de etnias y culturas y que el asentamiento de estos grupos plantea riqueza, pero en ocasiones pueden plantear dificultades de integración lo que supone un factor de riesgo. Se han apuntado algunas dificultades concretas:

- A partir de ciertas edades tienen pocas plazas para retomar estudios o iniciarlos en Formación Profesional y los PCPIS, lo que dificulta su acceso a empleos y su proceso de integración.
- Algunos colectivos que tienen escasos límites ante modalidades de juegos de máquinas tragaperras y de salas de apuestas.



- Hay colectivo en los que el consumo de alcohol está muy presente al formar parte de su cultura, tienen incluso menos “límites” que los autóctonos consumiendo en ocasiones en las que no es habitual.
- En grupos culturales donde el consumo de cannabis está aceptado surgen problemas de desconocimiento de la situación legal de sustancias como el propio cannabis y otras al observar a colectivos autóctonos consumir con bastante normalidad.
- Aunque no esté relacionado con el consumo también hay que constatar las costumbres de algunos colectivos que dificultan la integración y por lo tanto suponen un situación de vulnerabilidad, nos referimos especialmente a aquellos que reducen el tiempo de juventud, tiempo que en nuestro ámbito cultural se dedica a la formación, mientras que en otros ámbitos el paso de adolescente a joven y a adulto es difícil de acotar, se promueven matrimonios muy joven y enseguida tiene hijos, por lo que no acceden a una cualificación... El caso de la etnia gitana es paradigmática en esto pero no es la única.

En definitiva, existen peculiaridades tanto en grupos autóctonos como en otras étnicas que deben de tenerse en cuenta en las intervenciones preventivas dado que existe diversidad de valores y tradiciones y para influir positivamente en cada caso habrá que adaptarse a sus códigos culturales y peculiaridades. Con respecto a esto cabe destacar como ejemplos la importancia que tiene como *Factor de Protección* “el culto religioso” en el colectivo gitano, Incluso los que no asisten lo practican interiormente por sus creencias, y están protegidos de alguna manera. También podríamos apuntar como desde hace bastantes años, los patriarcas gitanos vienen enfrentándose al tráfico de drogas porque han visto como muchos jóvenes gitanos desarrollaban una adicción a drogas principalmente la heroína, el desarrollo de un trabajo serio con ellos ha hecho que los grupos más estables y asentados no se comprometan con el tráfico, aunque siempre existen grupos marginales no asentados que si pueden hacerlo.

7.- MUJER

La mayoría de indicadores apuntan que en las mujeres hay niveles de consumo inferiores al de los varones, así mismo aparecen menos implicadas en otros comportamientos problemáticos (delincuencias, violencias, juego patológico...), aun cuando pueden estar más involucradas en otros (anorexia...). Sin embargo si comparamos los datos de las encuestas con los datos de los centros asistenciales nos encontramos con que las abultadas diferencias de estos últimos no se corresponden con las diferencias más reducidas de las encuestas, lo que da la impresión de que las mujeres no acuden con la misma diligencia que los varones a los centros asistenciales.

Desde algunos servicios se ha indicado que el acceso a la mujer con problema de adicción es difícil y plantea muchas más dificultades en la intervención que el de los varones.

Se ha insistido en cómo afecta a las mujeres las situaciones de crisis y de personas dependientes a su cargo ante las cuales algunas se ven desbordadas recurriendo a un consumo elevado de alcohol o de psicofármacos, consumo este último constatado y que, a menudo, se ve favorecido por ser ellas quienes desempeñan roles de cuidadoras de ancianos y enfermos a su cargo y por lo tanto las encargadas de dispensar esos psicofármacos.

.- Preocupan así mismo las mujeres que ejercen la prostitución porque están claramente en una situación de vulnerabilidad. En ellas se detectan altos niveles de consumo de drogas y de alcohol.



.- Preocupan las chicas jóvenes en las que el uso de drogas, además de ponerlas en una situación de abuso, conlleva otros problemas como embarazos no deseados o relaciones sexuales forzadas.

.- Parece necesario poner en marcha un análisis que arroje luz sobre estas cuestiones diferenciales entre varones y mujeres poniendo en práctica intervenciones transversalizadas que tengan en cuenta las diferencias entre sexos de manera que se acomoden a las necesidades propias de las mujeres.

8.- LA ESCUELA

Se resalta la relación entre dificultades escolares y consumo de drogas como un proceso circular en el que las dificultades familiares o personales no sólo impiden un buen ajuste escolar, sino que facilitan el acceso a grupos de consumidores y/o a otras conductas de riesgo.

Del estudio que se ha realizado sobre las escuelas de la Ciudad resaltamos algunas de las ideas más notables:

- La actitud del profesorado es favorable a trabajar estos temas en el ámbito de la prevención.
- Apuestan por trabajarlo de forma intensa, es decir, no solo a través de actividades puntuales sino del trabajo en tutorías, transversalizando los temas.
- La idea consiste no sólo en trabajar específicamente la información sobre sustancias, sino abordar otros temas como las Habilidades para la vida, la inteligencia emocional, los valores...
- La importancia de la formación al profesorado.
- La importancia de una personas referente en el centro.

De otra parte también se ha planteado que las restricciones económicas sobre el sistema educativo están afectando a un colectivo vulnerable, ya que si abandonan los estudios tanto sin terminar como una vez terminada la enseñanza obligatoria y un tiempo después pretenden retomarlos se encuentran con muchas dificultades por la falta de plazas y la prioridad del alumnado más joven que no ha dejado de matricularse.

9.- LA FAMILIA

De los elementos o factores que influyen en el desarrollo de factores de riesgo o de protección la familia es considerada como el de mayor influencia.

Se constata la gran importancia de la familia de manera que si actúa adecuadamente puede constituirse en un potenciador de factores de protección y por el contrario si no actúa adecuadamente va a generar poderosos factores de riesgo.

Una familia con un comportamiento adecuado ante los hijos, proporcionándoles apoyo afectivos y límites de forma equilibrada no evitará que al llegar a la adolescencia y primera juventud acometan determinados comportamientos de riesgo, pero si contribuirá a que no se sobrepasen las fases iniciáticas y de experimentación. Hay que entender que en la mayoría de los casos las familias actúan suficientemente bien, porque el colectivo de personas que tienen comportamientos problemáticos continuados, no solo iniciáticos, exploratorios o moderados, son minoritarios.



En la intervención preventiva con la familia se destacan diversas situaciones:

- Los programas de prevención universal destinados a familias sirven para reforzar las actitudes positivas y los compromisos educativos de las familias en general, pero fundamentalmente de aquellas que tienen un alto interés y se preocupan por hacerlo bien sin falacias justificativas.
- Las familias con dificultades, vulnerables o que no establecen una relación educativa adecuada, no suelen acudir a los programas de prevención universal; pero tampoco se han puesto en marcha con éxito programas de prevención selectiva dirigidos a estas familias y, aunque se han diseñado algunos y se han ofertado, no han encontrado usuarios como para ponerlos en marcha o mantenerlos.
- Las familias con dificultades, vulnerables o que no establecen una relación educativa adecuada aparecen en los programas de prevención indicada, en los que se hacen abordajes individualizados y cuando los problemas de conducta y de consumo de drogas u otras conductas de riesgo.



IV.- PRINCIPIOS DEL PLAN

La aprobación de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales representa un avance fundamental en el proceso de universalización de los servicios sociales y de ordenación del ámbito de la intervención social en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en la medida en que el modelo de referencia es aquel en el que cada nivel institucional tiene sus propias responsabilidades e iniciativas, la financiación suficiente para llevarlas adelante y su correspondiente autonomía para determinar sus estructuras, figuras profesionales y actividades.

Desde esta perspectiva, las políticas transversales, como las de las adicciones se deben de apoyar en todos los ámbitos verticales que constituyen los pilares del Estado del Bienestar (Servicios Sociales, Salud, Educación, Empleo...).

Entendemos que las políticas y perspectivas transversales tienen como misión principal influir en las políticas y ámbitos verticales, velando para que dichas políticas verticales sean sensibles a las perspectivas y problemáticas transversales con este fin, y en la medida de lo posible, las intervenciones transversales no deben sustituir a los ámbitos verticales, sólo subsidiariamente y con carácter provisional. De tal manera que las intervenciones destinadas a reducir los problemas relacionados con las adicciones y que sean intervenciones sobre la comunidad, tendrán en cuenta, siempre que se pueda, los siguientes principios de forma transversal: la perspectiva de género y la igualdad, la interculturalidad, la diversidad funcional y la protección de menores.

Este IV Plan Municipal de Adicciones está en sintonía con el VI Plan de Adicciones de la CAPV, especialmente en todo lo que se refiere a los principios rectores y valores, así como en los objetivos estratégicos, los espacios y colectivos de intervención prioritaria y las estrategias directas y transversales que se utilizan para reducir los problemas de adicciones, todo ello acomodado a las características del municipio y a las competencias de las entidades locales en la materia. La conexión con estos principios y estrategias supone también estar en línea con la ***I Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas***, y con ***La Estrategia Nacional sobre drogas***, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

La finalidad última de este Plan local de la ciudad de Vitoria-Gasteiz pretende contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos del municipio, para lo cual desarrollará intervenciones **con la Misión de:**

Optimizar la respuesta y las intervenciones del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en lo referente a las adicciones, a fin de reducir las consecuencias de los problemas derivados del uso de drogas y de otros comportamientos afines en la ciudad

Toda esta intervención queda enmarcada por la actual ley vigente de *Prevención Asistencia e Inserción en Materia de Drogodependencias*, Ley 15/98 de la CAPV. Y en concreto el articulado que hace referencia a las competencias municipales en la materia:

- Art. 36.4 Elaboración y desarrollo del Plan Local de Drogodependencias de acuerdo a las prescripciones contenidas en el Plan de Drogodependencias



- Art.42 Establecer, junto con las Diputaciones, y en el ámbito de sus competencias, Consejos Forales y Locales de Drogodependencias con funciones análogas a las del Consejo Asesor de Drogodependencias.
- Art. 4.3 Colaboración con la Administración General de la Comunidad Autónoma en el desarrollo de actuaciones de prevención comunitaria de las drogodependencias.
- Art. 5.1 Promoción de estrategias de comunicación sobre el fenómeno de las drogodependencias.
- Art. 5.2 Difusión de campañas institucionales sobre prevención de drogodependencias.
- Art. 7 Determinación de programas de formación interdisciplinar de profesionales relacionados con las drogodependencias.
- Art.8.2.Potenciar intervenciones preventivas para mejorar las condiciones de vida y superar los factores personales o familiares de marginación que inciden en el consumo de drogas.

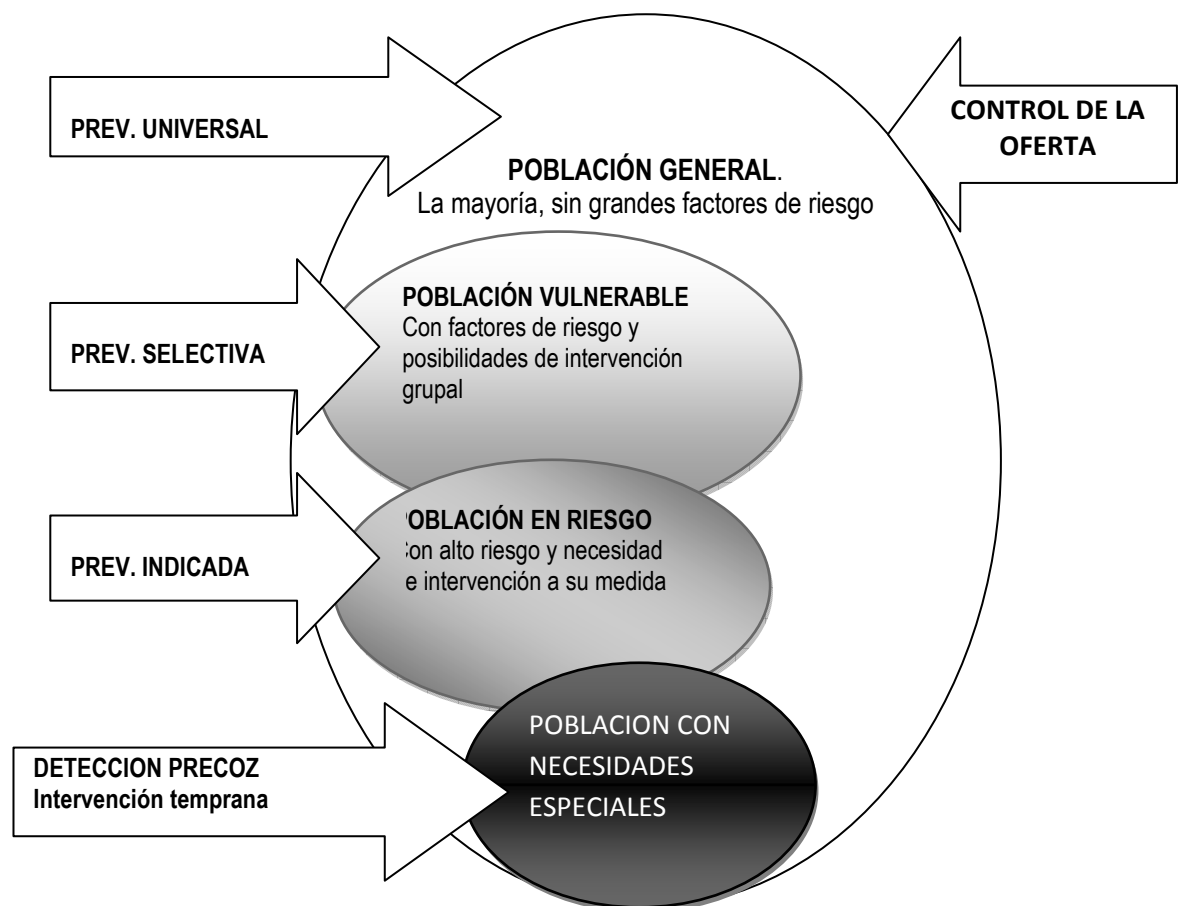


V.- ESTRUCTURA OPERATIVA

LÍNEA I: DE APOYO A LA INTERVENCIÓN: DISEÑO, PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES.

La meta de la Línea I: Crear una estructura de intervenciones que se adecuen a las diferentes vulnerabilidades, a los diferentes grados de potencia de dichas vulnerabilidades y a los mismos mecanismos compensadores (Gráfico V.1).

GRÁFICO V.1



1.-Fundamentación

Esta Línea no tiene relevancia en cuanto a la actividad concreta de prestación de servicios y recursos al público, sino que se refiere a las operaciones a desarrollar internamente en los diferentes sistemas que participan en el Plan (policial, educativo, asistencial, sanitario...) para alcanzar esa meta de tener una estructura de intervenciones eficaces, porque cada sistema



aporta acciones válidas y eficientes, porque no hay duplicidades sino complementariedades y sinergias entre los sistemas, servicios y recursos.

En esta línea de apoyo nos encontraremos con intervenciones más visibles como puede ser la formación de los profesionales y otras menos visibles, pero no por ello menos importantes como son los procesos de coordinación y ajuste entre las distintas intervenciones.

La necesidad de esta línea de apoyo nace de una determinada visión del fenómeno, basada en la evidencia, que a continuación se relata.

Una buena parte de las teorías sustentadas por evidencias establecen una relación entre diversos comportamientos problema: el abuso de drogas, la conducta anti-social, las relaciones sexuales de riesgo e incluso los trastornos alimenticios.

No hay tanta evidencia con otros comportamientos (Juego, internet, teléfonos móviles...), porque la “novedad” de dichos comportamientos no ha permitido aún desarrollar estudios sobre ellos y generar la suficiente literatura científica y técnica como para sustentar estas ideas, pero con las debidas matizaciones parece que este planteamiento puede ser aceptado en líneas generales.

También se ha comprobado cómo en la adolescencia y primera juventud hay muchas personas que se inician en el consumo de drogas y que llevan a cabo otro tipo de comportamientos de riesgo como la práctica de juegos de azar y apuestas, relaciones sexuales sin protección, regímenes alimenticios sin control, pequeños delitos y otros comportamientos antisociales como peleas, etc. Sin embargo, se ha ido constatando que en la mayoría de las personas esos comportamientos no se mantienen sino que van desapareciendo según van creciendo en años, madurez y responsabilidad... pero sólo la mayoría, porque una minoría significativa sigue practicándolos de manera que irán desarrollando problemas.

No se puede dilucidar con exactitud la causa por la que unas personas acometen estos comportamientos sólo en un periodo breve de su vida mientras otras lo prolongan durante bastante tiempo y desarrollan problemas, ya que las influencias a las que estamos sometidos son muchas y muy variadas. A través de muchas investigaciones y gracias a la recopilación de datos, los especialistas concuerdan que existen una serie de elementos que influyen, a los que se denomina factores de riesgo, que como tales factores no son causa directa de la conducta, sino que su presencia aumenta las probabilidades de desarrollar un consumo abusivo de drogas u otro comportamiento problemático.

Los factores de riesgo tienen orígenes muy diversos, Hay factores de riesgo:

- Personales que van desde cuestiones fisiológicas como predisposiciones a desarrollar una dependencia a drogas, hasta algunas características de la persona (impulsividad, bajo sentido del riesgo...), pasando por trastornos mentales (TDA y TDAH, depresión...).
- Familiares: desde los malos tratos hasta los modelos educativos inadecuados (permisivos, autoritarios...)
- Escolares, como el fracaso escolar y la falta de ajuste en al sistema educativo.
- Comunitaria: como los iguales y la inclusión en grupos de consumidores, las vivencias de barrios en los que se consumen, o la pobreza y las desigualdades sociales.
- Macro-sociales como valores favorables al consumo, que propician el desarrollar de estilos de vida normalizados o no, en el que el uso del juego o el consumo son elevados,



tal y como ocurre en el caso del alcohol (en las comidas, en las sobremesas, en los ratos de ocio...)

Estos factores ni se encuentran en la misma magnitud ni en la misma forma en todas las personas y ambientes, ni todas las personas viven en los mismos ambientes, ni todas las personas están sometidas a las mismas vulnerabilidades; además los factores no influyen de forma particularizada, sino que unos entran en sinergia con otros, reforzando su potencial. Esto hace que se desarrolle lo que denominaríamos un gran sistema o estructura de oportunidades hacia unos u otros comportamientos y las personas ocupan su propia y distinta posición en ese sistema de oportunidades, lo que define su propio recorrido o tránsito.



2.- Propuestas (Gráfico V.2)

Habría que incidir sobre un vasto elenco de factores que a su vez provienen de una serie de ámbitos, no obstante la intervención de la que la comunidad se dota desde las administraciones o a través de las entidades sociales se organiza por ámbitos (educación, seguridad, salud, asuntos sociales, mujer, juventud, ocio...), de manera que para que sea eficiente no debe realizarse de forma independiente, ~~por~~ cada ámbito administrativo por su cuenta, sino de forma coordinada

Por otra parte, como soporte de este argumento, hay que señalar como se han producido entre los participantes de las sesiones de trabajo demandas de coordinación y de puesta en común de diferentes iniciativas preventivas.

La coordinación de recursos es un elemento importante que ayuda a la eficacia de las intervenciones y al ajuste de los costes. En una situación de crisis y de reducción de los recursos la coordinación es un elemento indispensable.

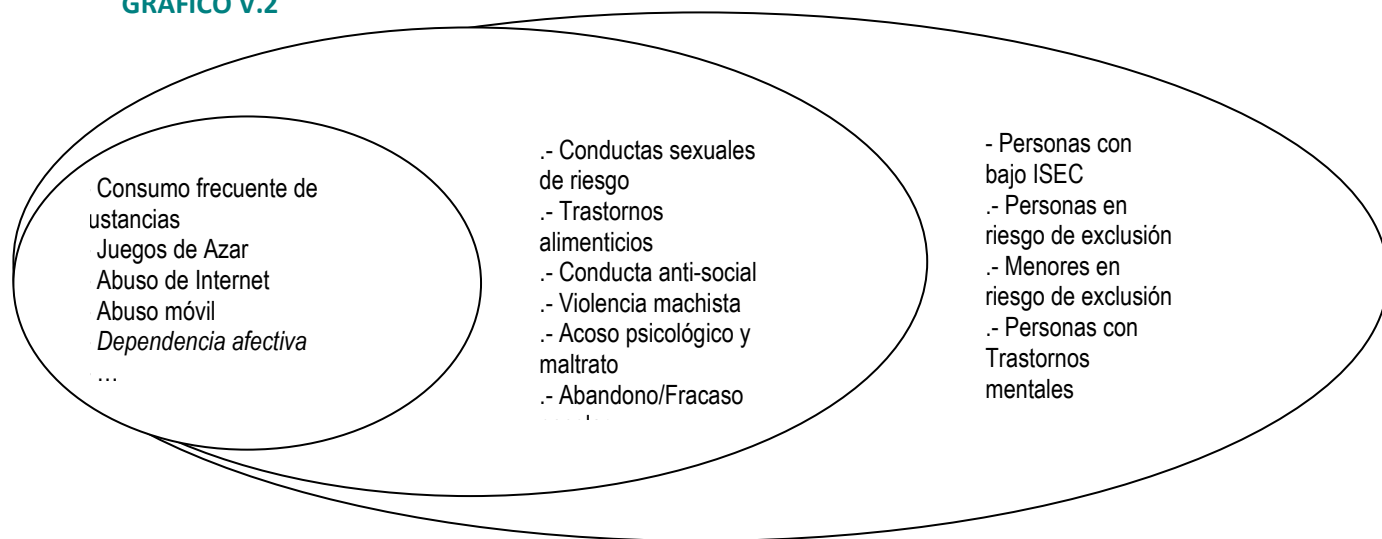
El Ayuntamiento, a su vez, desarrolla intervenciones amplias en estos sectores y habría que plantear la conveniencia de llevar a cabo intervenciones de prevención de “amplio espectro” que sean capaces de atender a los factores de riesgo y de procurar protección ante a todos estos problemas de comportamiento y no sólo a las drogodependencias.

Habría que tener en cuenta algunos de los Planes y estrategias que se están desarrollando en el municipio, cómo el *II Plan de desarrollo de la salud de la ciudad de Vitoria-Gasteiz* y el *III Plan Joven*, la propuesta de *Vitoria-Gasteiz ciudad educadora sin drogas*, el *Plan Local de Infancia y adolescencia (PLINA)* y los programas e intervenciones de *Lucha contra la pobreza y la exclusión social*. Todas ellas son también acciones preventivas, en cuanto pueden contribuir a que disminuyan factores que influyen en las adicciones.

Estas intervenciones rebasan ampliamente los objetivos y posibilidades del IV Plan de Adicciones, pero una parte de sus intervenciones puede y debe formar parte de dicho Plan ya que comparten estrechamente espacios comunes, con los que estas intervenciones deberían de coordinarse de la mejor manera posible para ser lo más eficientes. El planteamiento debe de ser el de dibujar como círculos concéntricos de los elementos más comunes y establecer estrategias cooperativas con las entidades e instituciones que llevan a cabo iniciativas preventivas en sus ámbitos, de manera que se puedan desarrollar **políticas transversales amplias y coordinadas** que se refuercen entre sí.

Recordemos, antes de entrar a describir las intervenciones, lo señalado en el capítulo anterior al respecto de la sintonía de este IV Plan de Adicciones con el VI Plan de Adicciones de la CAPV, así como las **Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas**, y con **La Estrategia Nacional sobre drogas**, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, en lo referente al ideario de la intervención, a los principios, valores y objetivos estratégicos.

GRÁFICO V.2



Al asumirse los principios rectores y valores, así como en los objetivos estratégicos, los espacios y colectivos de intervención prioritaria y las estrategias directas y transversales del VI Plan de Adicciones de la CAPV tendrán en cuenta una serie de principios de forma transversal como son: la perspectiva de género y la igualdad, la interculturalidad, la diversidad funcional y la protección de menores.

Para una adecuada coordinación los diversos agentes se deben de conocer de antemano las intervenciones que se pretenden llevar a cabo y, a partir de ahí, establecer dinámicas de trabajo que conjuguen actividades; pero a su vez para que ese transvase de información sea lo más eficaz posible los actores de la intervención deben de compartir criterios a la hora de definir las actividades

Cada intervención sirve para un fin o para unos pocos fines, pero no puede arrogarse un objetivo total superior a sus capacidades, de ahí la importancia de desarrollar intervenciones bien diseñadas para lo cual lo más certero es que se tome como referencia algún modelo teórico que explique los factores de riesgo y cómo afectan y que, en función de ese modelo, se dibujen proyectos anuales con objetivos y acciones bien estructuradas sobre los cuales se puede realizar un seguimiento para ir tomando sucesivas decisiones sobre ellos.

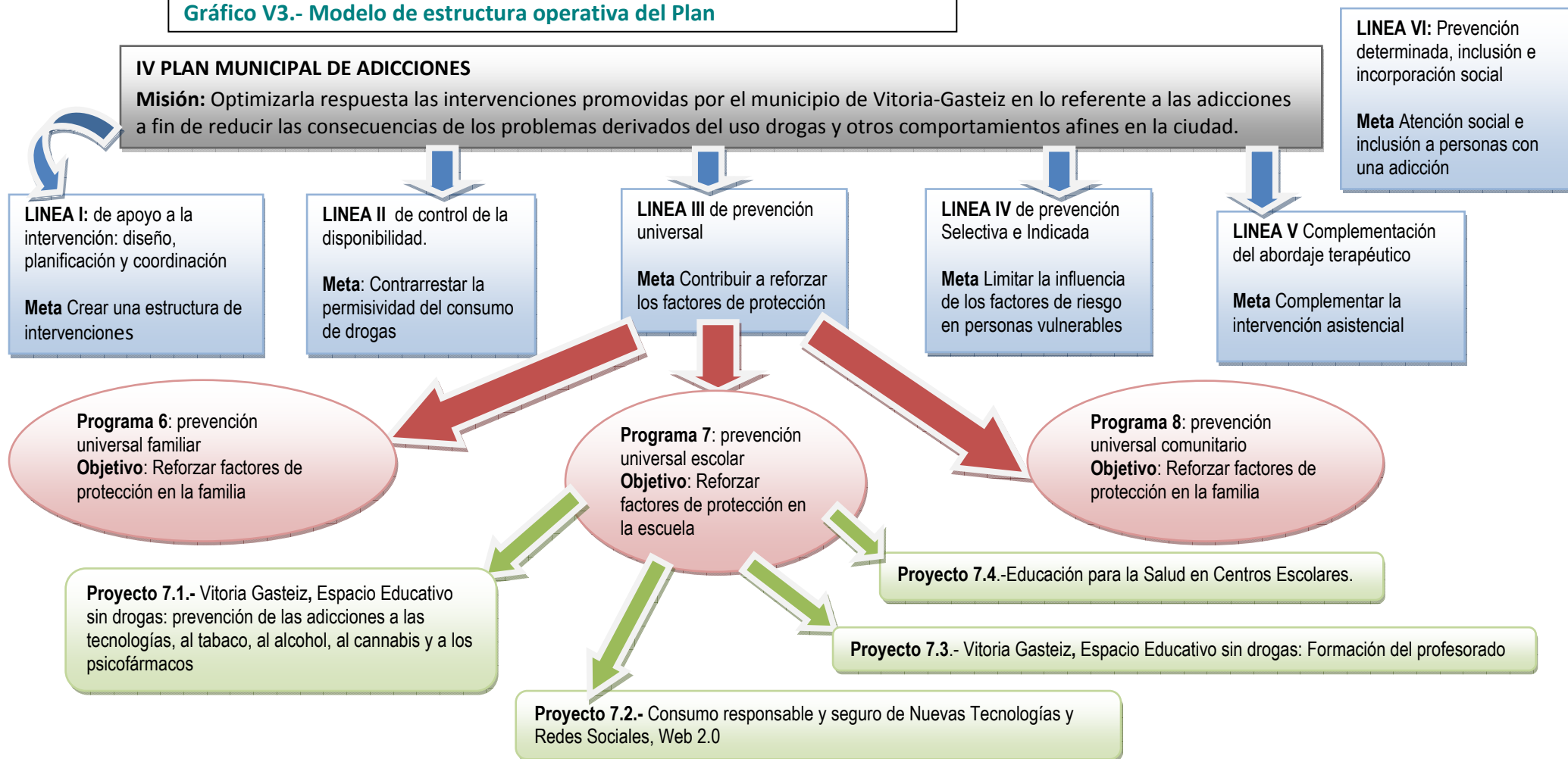
Se creará una estructura similar a la del VI Plan de Adicciones de la CAPV, de manera que se organiza en estrategias concretas, cada una de las cuales recibe el nombre de Línea, cada línea en función de los ámbitos se subdivide en varios programas, que como tales tienen una duración de ejecución de todo el Plan y constan de diversos proyectos anuales que cada año se pondrán en marcha (Gráfico V3).

En esta *Línea I de Apoyo* se desarrollarán tres programas:

- .- El Programa I.1.- *Diseño, planificación y evaluación de las intervenciones*
- .- El Programa I.2.- *Coordinación*
- .- El Programa I.3.- *Formación de profesionales*



Gráfico V3.- Modelo de estructura operativa del Plan





PROGRAMA 1.- DISEÑO, PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

El objetivo de este programa es: diseñar las intervenciones a desarrollar de forma sistematizada y recoger datos sobre su marcha permitiendo compartir la información entre los agentes intervinientes, facilitando la coordinación y la mejorar de las intervenciones.

Sobre la base del Plan las diferentes entidades y servicio que van a participar en el mismo diseñarán y pondrán por escrito las iniciativas que va a desarrollar cada año, de manera que la redacción de los proyectos anuales corresponderá a cada departamento responsable

Estas iniciativas que se desarrollarán anualmente se diseñarán en forma de **Proyectos Anuales** y el conjunto de proyectos anuales presentados por cada entidad, debidamente coordinados constituirán **El Plan de Acción Anual**. Las características de estos proyectos son:

- Cada proyecto debe de estar guida por un planteamiento teórico o un modelo sobre el que hay evidencia con el fin de que se ajuste a cada realidad, no deben de servir creencias populares si no están suficientemente acreditadas; a veces sólo hay suposiciones, porque no hay datos ni evidencias, pero deben de estar al menos argumentadas por teorías reconocidas o contrastadas.
- Cada proyecto tendrá un nombre de identificación que, a poder ser, haga referencia a la línea, el programa, los destinatarios y las actividades.
- El proyecto diseñado se acomodará a la meta de la Línea y al objetivo del Programa al cual está adscrito de manera que forma parte de dicho.
- Puede asumir como objetivo finalista el mismo objetivo del programa al que pertenece, o puede matizarlo algo.
- Es recomendable que fije además algún objetivo finalista más específico en función de las mejoras concretas que pretende el proyecto
- Determinará algún objetivo de proceso u operativo en función de las operaciones que se vayan a realizar. Y es recomendable determinar algún objetivo de alcance, referido resultado de las operaciones o al público atendido.
- En función de los objetivos y el soporte teórico del proyecto se definirán las actividades acompañadas de un cronograma de aplicación en el que se puede incluir alguna acción de seguimiento para comprobar la marcha del proyecto a poder ser en algún momento clave de la intervención, cuando haya que tomar alguna decisión importante.
- Se determinarán algunos indicadores de proceso que permita conocer hasta qué punto se han realizado las operaciones previstas. Y si se han definido objetivo de alcance se determinarán también indicadores para comprobar si se han alcanzado los objetivos previstos. Se preverá algún procedimiento de de recogida de datos de los indicadores definidos
- Se adscribirán recursos para la ejecución de las actividades previstas.

Al final del proceso de aplicación de las actividades (habitualmente a final del año o al final del curso, ya que los proyectos suelen tener un carácter anual), se pondrá en marcha el proceso de evaluación es decir la recogida de indicadores según el procedimiento previsto, lo cual permitirá valorar la iniciativa, de manera que se puedan tomar decisiones para el próximo proyecto: si ha ido bien, mejorar, si es susceptible de mejora, o repensar si los resultados no son adecuados.



La evaluación no tiene porqué ser exclusivamente numérica, puede haber elemento numéricos de alcance del proyecto pero puede y debe haber otras valiosas aportaciones procedentes de las personas participantes y de los organizadores. Los datos recogidos en esta evaluación de proceso serán muy útiles para elaborar las memorias de fin de año y divulgarlas entre los agentes intervinientes.

Si no se pone en marcha un proceso de seguimiento y evaluación mínimamente riguroso en la implantación de las intervenciones no se podrá acumular y sistematizar la necesaria información sobre la marcha de dichas iniciativas que permitan su mejora.

Proyecto 1.1: Elaboración del Plan de Acción anual con los proyectos a realizar en cada ejercicio y su sistema de evaluación.
--

Objetivo: disponer de antemano del conjunto de intervenciones que se van a poner en marcha a lo largo de los años de vigencia del Plan, para facilitar la coordinación entre ellas.
--

Descripción actividades:

El Plan de Acción anual recogerá los proyectos anuales que se realizarán por los Servicios, Departamento, o Entidades, teniendo en cuenta la dotación presupuestaria de cada ejercicio.

Los proyectos estarán referenciados a un Programa y Línea del Plan, determinarán el objetivo u objetivos que se pretenden conseguir, presupuesto, e incorporarán los indicadores de evaluación.

Los Proyectos serán objeto de evaluación anual, lo cual facilitará la toma de decisiones.

Los Proyectos anuales podrán corresponder al enunciado de los que están previstos desarrollar a lo largo del Plan o en su caso se podrán diseñar nuevas intervenciones de acuerdo a las necesidades emergentes o a los resultados de las evaluaciones anuales.
--

PROGRAMA 2.- COORDINACIÓN

El objetivo de este programa es coordinar aquellos proyectos que formen parte del mismo programa o que siendo de programas diferentes vayan en la misma dirección genérica de reducir los mismos factores de riesgo o de reducirlos en el mismo colectivo de personas.

La responsabilidad de la coordinación general del Plan recae en la Unidad de Salud Pública.

Los argumentos desplegados hasta ahora nos llevarían a desarrollar, al menos, dos tipos de coordinación que podríamos organizar en dos proyectos, uno de coordinación general y otro de coordinación sobre casos concretos que debe recaer entre los servicios implicados.

Habría que crear Un **Grupo de Trabajo Técnico interdepartamental** en el que estén presentes los mismos servicios y entidades que han participado en los grupos de trabajo, al menos de las áreas de Salud, Juventud, Educación, Asuntos Sociales, Igualdad y Seguridad Ciudadana.

Establecer y mantener sistemas de coordinación con recursos de otras entidades distintas al Ayuntamiento, como son los casos del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava-Araba o La Ertzantza.

Los diversos participantes enviarán al resto de representantes de cada servicio los proyectos anuales para que los conozcan y se realizará una reunión de la comisión para aclarar cuestiones y ajustar las intervenciones previstas. Todo este proceso se adecuará a los calendarios y las dotaciones presupuestarias de cada ejercicio.



A partir de ahí se pueden establecer sesiones de trabajo parciales entre algunos servicios y recursos para aquellas actividades en las que estén implicados y tratar los temas que les conciernen. Esto puede dar lugar a otra segunda posibilidad de intervención coordinada, sería posible llevar a cabo otra coordinación sobre casos concretos, que permita lo que se conoce como *un trabajo en red*.

Hacia mitad del proceso se debería realizar una sesión de trabajo, de toda la comisión con la finalidad de realizar un seguimiento de la marcha de las acciones y analizar la necesidad y viabilidad de realizar algún cambio.

Al final del proceso, las evaluaciones de cada proyecto se repartirán entre todos los miembros de la comisión y se realizará una sesión de evaluación de la marcha del plan, a partir de la cual se revisarán los proyectos anuales y se propondrán las nuevas líneas en función de los resultados obtenidos.

La participación y coordinación con la iniciativa social se realizará según se articule en el modelo de participación ciudadana del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, concretándose en la actualidad en la participación de las asociaciones en el marco del Consejo Sectorial de Salud y Consumo y en su caso en la comisión específica sobre adicciones cuando así se considere.

Proyecto 2. 1: Coordinación General

Objetivo: Establecer estructuras y protocolos de Coordinación interdepartamental, interinstitucional y con las Asociaciones Ciudadanas con el fin de crear sinergias y evitar duplicidades.

Descripción-Actividades:

Constituir el **Grupo de Trabajo Técnico Interdepartamental** en el que participarán Juventud, Educación, Asuntos Sociales, Igualdad, Seguridad Ciudadana y Salud Pública así como otros Departamentos o Servicios Municipales que en base a su ámbito de actuación podrán participar en la implementación del Plan.

Establecer un Sistema de **coordinación** entre los Servicios y Departamentos del Ayuntamiento y los de **otras** Administraciones.

La participación y coordinación con la iniciativa social se realizará según se articule en el modelo de participación ciudadana del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, concretándose en la actualidad en la participación de las asociaciones en el marco del consejo sectorial de salud y consumo y en su caso en la comisión específica sobre adicciones cuando así se considere.

Trasladar a todos los miembros del *Grupo de trabajo técnico interdepartamental* los proyectos previstos para el próximo ejercicio. Dejar un tiempo para su lectura y realizar una reunión de coordinación de proyectos. Ajustar los proyectos que fueren necesarios en función de las propuestas realizadas por los participantes.

Elaborar protocolos, sistemas y procedimientos de coordinación, que favorezcan que la información se comparta.

Analizar la posibilidad de desarrollar trabajos en red, actuando sobre personas concretas a partir de diversos recursos que comparten información y estrategia de información.

Proyecto 2.2: Blog Drogasteiz

Objetivo: Implementar una herramienta de información aplicable al Plan Local que permita a los usuarios (técnicos municipales, profesionales, asociaciones participantes interactuar y colaborar entre sí durante el desarrollo y la vida del Plan).

**Descripción-Actividades:**

Se trata de una herramienta Blog aplicable al Plan Local, siguiendo el concepto de red web 2.0 que sirva para compartir información de forma inter-operativa, permitiendo a los usuarios interactuar y colaborar entre sí como creadores de contenido. Las y los técnicos de los departamentos participantes acceden en calidad de editores. Los técnicos locales de drogodependencias funcionan como coordinadores-administradores, siguiendo el esquema de los blogs alojados en la página web municipal. El Blog Drogasteiz facilita:

- Compartir los documentos de proceso
- Recoger las aportaciones de los diferentes agentes participantes
- Visualizar la evolución del Plan de forma histórica

PROGRAMA 3.- FORMACIÓN DE PROFESIONALES

El objetivo de este programa es mejorar la capacitación de los profesionales que están trabajando en las diversas líneas de intervención de las adicciones, adecuándola a los avances del conocimiento que se vayan produciendo y a las necesidades de intervención en función de dichos avances.

El fenómeno de las adicciones es una realidad que experimenta cambios notables en diversas dimensiones, las sustancias o las modalidades de juego, los valores y significados que rodean los consumos y las prácticas de juego, los contextos sociales culturales y económicos en los que producen, etc.

Los avances en el conocimiento de estos fenómenos permiten ir dibujando con cierta precisión el mapa de factores que rodean este fenómeno y esto está repercutiendo directamente en la elaboración de nuevas propuestas de intervención, más adaptadas a dichos avances.

La intervención ante las adicciones, sobre todo en las estrategias preventivas y de reducción de riesgos y daños requiere de la participación de diversos recursos y servicios, como ya se ha señalado sobradamente, para lo cual es necesario que sus profesionales compartan similares conocimientos, valoraciones y perspectivas.

Todos estos argumentos apuntan a la necesidad de un programa formativo que satisfaga estas necesidades, para lo cual habrá que desarrollar los siguientes proyectos:

Proyecto 3.1 Capacitación para profesionales de los Servicios Municipales**Objetivos:**

- Que los profesionales accedan a una formación en materia de adicciones, que les permita conocer el fenómeno, los riesgos asociados al consumo de sustancias y de otros problemas, así como abordar las diferentes situaciones que se presentan en su trabajo.
- Que los profesionales adquieran competencias para la detección y el manejo de situaciones relacionadas con las adicciones.

Descripción-actividades:

Poner en marcha sesiones formativas o cursos cortos.

Los cursos se acomodarán lo más posible a las características de cada servicio, para lo cual se indagará sobre las posibles necesidades del servicio en la materia.

La formación tendrá un componente práctico acomodado a las necesidades del servicio.

Los asistentes valorarán la formación con el fin de mejorarla.



Proyecto 3.2 Formación sobre drogas a mediadores con jóvenes

Objetivo: Que los mediadores juveniles, especialmente quienes trabajan con adolescentes y jóvenes en el tiempo libre, como los monitores de tiempo libre accedan a una formación en materia de adicciones que les permita abordar adecuadamente las diferentes situaciones asociadas al consumo de drogas y las adicciones que se planteen en el desempeño de su tarea.

Descripción-actividades:
--

Poner en marcha sesiones formativas en forma de o cursos, jornadas, seminarios o talleres.

Los cursos se acomodará a las características de su trabajo y tendrá un componente práctico.

Los asistentes valorarán la formación con el fin de mejorarla.

**INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA I: APOYO A LA INTERVENCIÓN: DISEÑO, PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES****PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LÍNEA I**

1. ¿Se ha elaborado cada año el Plan de Acción Anual? ¿Qué proyectos se han presentado? Y ¿Cuántos son?.
2. ¿Se ha constituido el Grupo de Trabajo Técnico Interdepartamental? ¿Quienes lo han constituido? ¿Cuántas reuniones han tenido?
3. ¿Ha sido posible elaborar el Blog *Drogasteiz*?, ¿Cuántas visitas y cuantos comentarios ha tenido?.
4. ¿Se han puesto en marcha actividades formativas para profesionales?, ¿Cuántas se han realizado?, ¿De qué duración? y ¿Cuántos profesionales han participado?.
5. ¿Se han puesto en marcha actividades formativas para mediadores juveniles?, ¿Cuántas se han realizado?, ¿De qué duración? y ¿Cuántos mediadores han participado?.

El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado o totalmente o casi	Se ha cumplimentado como la mitad	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
1.1.- Elaboración del Plan de Acción Anual					
2.1.- Constitución del Grupo de Trabajo Técnico Interdepartamental.					
2.2.- Elaborar el Blog <i>Drogasteiz</i>					
3.1.- Actividades formativas para profesionales					
3.2.- Actividades formativas para mediadores juveniles					



LÍNEA II: CONTROL DE LA DISPONIBILIDAD

La meta de la Línea II. Aunque esta línea responde a una estrategia de reducción de la oferta de drogas tiene una meta con una orientación pedagógica que es: **Contrarrestar la permisividad del consumo de drogas, fundamentalmente el alcohol, tabaco y cannabis, especialmente en el caso de los menores.**

El desarrollo de esta línea recae fundamentalmente en el Departamento de Seguridad Ciudadana y dentro de él a la Policía Local. En programas concretos se establecerán intervenciones coordinadas con otros Dpto. y servicios del Ayto. en función de la intervención.

2.1.-Fundamentación

El alcohol es la sustancia que ocasiona la mayor problemática del conjunto de problemas derivados del uso de drogas: el alcoholismo y otras enfermedades derivadas de su abuso, accidentes de tráfico, laborales, violencias, Etc. A pesar de ello nuestra sociedad muestra un alto grado de permisividad con su uso de forma que entre dos tercios y tres cuartos de la población consume bebidas alcohólicas con cierta frecuencia, aunque afortunadamente la mayoría no tenga problemas derivados de su uso. (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 2.- El alcohol*).

Esta permisividad favorece su consumo, pero no sólo en los adultos o jóvenes, sino también entre menores, que tienen pocos impedimentos de acceso, pueden comprarlo en ciertos establecimientos, pueden cogerlo de casa o pueden proporcionárselo, amigos, amigas o familiares mayores de edad (*Cap. III Diagnostico cualitativo apartado 2.- El alcohol*).

Desconocemos hasta qué punto el hecho de que se junte celebración y alcohol es algo malo en sí mismo, ya que se asocia con la fiesta y por lo tanto no es algo cotidiano, y al no serlo se reducen los riesgos; la cuestión relevante se origina cuando pasa a ser algo cotidiano e intensivo.

Uno de los graves problemas es que la permisividad favorece el consumo de alcohol entre menores y a edades relativamente tempranas (14, 13 e incluso 12 años), (*Cap. I Diagnóstico estadístico apartado 2.- El alcohol*).

En los datos recogidos se aprecia un cierto descenso en el consumo de alcohol que a priori parece algo positivo, pero una lectura más detallada sobre lo que puede ser el consumo más problemático nos indica que la proporción de personas bebedoras *excesivas* y de *riesgo* no disminuye en la población general, sino que se mantiene desde el inicio de este siglo e incluso se apunta un leve crecimiento. Lo mismo ocurre entre el alumnado de enseñanzas medias, ya que se ha incrementado notablemente la proporción de bebedores y bebedoras de niveles *excesivo* y de *riesgo* (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 2.- El alcohol*).

El cannabis es con mucha diferencia la droga ilegal más consumida. Entre un cuarto y un tercio de la población la han probado, aunque su consumo diario no llega al 2%. La iniciación al consumo se viene produciendo entre los 18 y 19 años, aunque a los 18 años ya la han probado poco más de dos tercios, lo que significa que no son raros los inicios en torno al segundo ciclo de la ESO (14/16 años). (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 3.- El Cannabis*).

Con respecto a esta sustancia hay dos datos positivos (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 3.- El Cannabis*):



- El consumo ha ido reduciéndose en los últimos años, después de alcanzar unas cotas máximas a mediados de la década de 2000.
- La gran mayoría de quienes han experimentado no pasan a un consumo regular y buena parte de quienes consumen regularmente lo hacen por un periodo vital no largo, sin pasar a un consumo constante.

Sin embargo, la demanda de tratamiento por cannabis ha ido creciendo notablemente y en la actualidad representa un 13,2% de las demandas asistenciales; es la tercera después del alcohol y la cocaína. Este dato tiene que contemplarse con prudencia porque entre las demandas de tratamiento no todas pueden obedecer puramente a una dependencia del cannabis, sino que pueden encontrarse otros factores como una situación de policonsumo más compleja o ir a tratamiento para evitar multas (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 3.- El Cannabis*).

Como se ha recogido en los grupos de trabajo, se ha venido produciendo y extendiendo una actitud permisiva con respecto al cannabis, de manera que hay pocos frenos a su consumo y no es una rareza ver fumar cannabis en muchas zonas a grupos de adolescentes y jóvenes; zonas visibles, incluso entre alumnado de secundaria antes de entrar en clase. (*Cap. III Diagnostico cualitativo apartado 3.- El Cannabis*).

También se ha señalado la permisividad que se está produciendo con respecto al juego de azar, las apuestas y los menores, en algunos establecimientos, en ciertos locales de hostelería y en ciertas salas de juego (*Cap. III Diagnostico cualitativo apartado 5.- Adicción al juego y otros problemas de comportamiento*).

Del tabaco hay que señalar que a pesar de la presión que se está realizando contra esta sustancia, los consumos no descienden ostensiblemente, parece que se incorpora una proporción de fumadores similar cada año, es decir hacia los 16 años se crea un estado de cierta permisividad; que posiblemente se vea favorecido por el uso del cannabis, en el caso de los chicos sobre todo y por la imitación a sus mayores en el caso de las chicas. Esto se ve contrarrestado en el otro extremo porque la proporción de fumadores se vacía de una forma constante, al abandonar el tabaquismo de un notable número de personas, mayoritariamente varones de entre 30 y 50 años. (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 1.- El Tabaco*).

2.2.- Propuestas

La permisividad promueve actitudes favorables al consumo que pueden ser de riesgo, por lo que son necesarias intervenciones que ayuden a definir los límites entre los comportamientos que se consideran aceptables y los que no, que deben ser sancionados, pero no como una mera cuestión de aplicación normativa, sino por lo que supone de beneficio para la ciudadanía.

Esta permisividad se manifiesta en forma de accesibilidad a las drogas y al juego y como medio para contrarrestarla se deben de poner en marcha intervenciones, dentro de la estrategia de control de la sustancias y del acceso al juego, que interviene sobre las sustancias y el juego y cuyo objetivo es reducir la oferta o dificultarla.

En las celebraciones y eventos que, sujetos a la normativa vigente, se admita el consumo de alcohol, se ha de promover un uso responsable, que favorezcan la moderación, que evite o reduzca los riesgos asociados a un consumo indebido (accidentes de tráfico, peleas...) y que no sean permisivos con el consumo por parte de los y las menores. La idea que guíe las



intervenciones puede ser la de no ser beligerantes con el consumo de alcohol, pero sí críticos con un consumo que no sea moderado o responsable.

En línea con lo anterior y como principio general el Ayuntamiento ha de mantener la coherencia entre los objetivos del plan, la normativa vigente y los actos promocionales y publicitarios de las bebidas alcohólicas y del tabaco.

Debe de desarrollarse una Intervención por parte de los servicios de Seguridad Ciudadana para evitar el acceso de menores al alcohol, para atajar que se les provea de la sustancia en establecimientos públicos (comercios y locales de hostelería) y actuar ante los consumos públicos, todo ello en el marco de la normativa legal existente.

De forma similar, la seguridad ciudadana debe actuar con respecto al cannabis, identificando a menores consumidores de esta sustancia.

También debería ser posible actuar con respecto al control de los menores que acceden a **máquinas tragaperras así como a las máquinas de apuestas presenciales ubicadas en locales de hostelería y en salones de juego.**

Con respecto al tabaco, la seguridad ciudadana debe de actuar también en los casos de venta y consumo de menores, así como denunciar de oficio a los órganos correspondientes las irregularidades detectadas con respecto a fumar en lugares en los que no está permitido.

Pero no se trata de prohibir sólo por hacer cumplir una serie de normas sino que la intervención de control debe de tener una dimensión pedagógica en la dirección marcada por la meta de esta línea, es decir, que la comunidad adopte una postura menos permisiva, al entender que los usos frecuentes de drogas y de los juegos de azar tienen riesgos y que los menores deben de estar protegidos de dichos usos.

Otro elemento a resaltar en esta intervención es que las acciones que se desarrollen a través de estos programas se puedan detectar casos de alta vulnerabilidad de menores y jóvenes por lo que habrá que establecer la adecuada coordinación con los recursos sociales de protección de menores.

En esta *Línea II de Control de la disponibilidad* se desarrollarán dos programas:

.- El Programa II.4.- Control de las actividades realizadas en torno a las drogas ilegales.

.- El Programa II.5.- Control de las actividades realizadas en torno a las drogas legales y los juegos de azar dinerarios.

Los programas y proyectos relativos al control de la disponibilidad se adaptarán en su caso a la normativa que en un futuro se apruebe sobre esta materia.

PROGRAMA 4.- CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN TORNO A LAS DROGAS ILEGALES

El objetivo de este programa es el de limitar el acceso a las drogas ilegales y reducir la tolerancia y la permisividad frente a su consumo.

La realización de este programa recae en el Departamento de Seguridad Ciudadana y dentro de él en la Policía Local. En proyectos concretos podrán establecerse intervenciones coordinadas con otros departamentos y servicios del Ayuntamiento.

Dentro de este programa se plasma la atención a una serie de necesidades como son:



- Coordinación entre la Policía Local con la Ertzantza, u otras policías para la persecución de los delitos contra la salud relacionados con el comercio tráfico drogas ilegales de elevada magnitud o que implique a redes que operen en diversas localidades.
- El control de la pequeña venta de drogas ilegales que, además de ocasionar problemas de salud a los usuarios y de ser un factor de delincuencia, produce en la ciudadanía una sensación de permisividad por su accesibilidad y visibilidad, que actúan como favorecedora del consumo y manipulación esta intervención.
- El control de los consumos públicos de drogas ilegales, especialmente del cannabis, que se produce con más asiduidad en determinados locales y zonas ,donde se da el consumo entre menores, especialmente en los entornos de centros escolares de enseñanzas medias, de centros culturales y juveniles, entradas de conciertos y espectáculos deportivos ...
- La incautación de sustancias y su correspondiente análisis que se ha de llevar a cabo en los laboratorios autorizados.
- La posibilidad de ofertar alternativas a la multa en aplicación del artículo 25 de la ley de seguridad ciudadana; a personas sorprendidas consumiendo en lugares públicos se les puede ofrecerla posibilidad de acceder a medidas alternativas a las sancionadoras, sustituyendo dicha sanción por otras intervenciones con un carácter socio-educativo o terapéutico. En el caso de los y las menores, además, se podrán realizar otro tipo de actuación dirigida a las familias (informes, reuniones, sesiones educativas). A través de este tipo de intervención se podría realizar un diagnóstico de la persona, por si estuviera en una situación de alta vulnerabilidad para derivarlo a intervenciones más especializadas.

Proyecto 4.1 Intervenciones por tenencia y/o consumo de sustancias estupefacientes en aplicación de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana 1/92**Objetivos:**

- .- Utilizar la alternativa preventiva que ofrece la ley 1/92 recogida en su artículo 25 ofreciendo a las personas infractoras la posibilidad de realizar medidas alternativas a la sanción.
- .- Orientar a recursos terapéuticos a personas con consumos problemáticos de drogas.

Descripción-actividades:

La Policía Local de Vitoria Gasteiz en todo su organigrama asume el control de la oferta de drogas ilegales en nuestra ciudad, a través de diversas intervenciones y servicios: policía de barrio, patrullas, investigación, violencia de género, tráfico, Grupo de Prevención de Apoyo (GPA), Grupo de Intervención Periescolar (GIP) y de La Acción Local sobre Drogas del Departamento de Seguridad Ciudadana (ALD).

Todas las secciones se implican en la puesta en marcha de un proceso de actuación continuado que tiene como punto de partida el informe de la intervención policial y la apertura de un expediente administrativo sancionador, su notificación y la posibilidad de que los interesados soliciten una medida alternativa a dicha sanción.

Se desarrollan actividades de orientación a los recursos asistenciales disponibles con las personas mayores de edad.

Proyecto 4.2 Intervención socioeducativa para jóvenes menores de edad infractores de la Ley 1/92 por consumo de drogas en lugares públicos

Objetivo: Utilizar las posibilidades preventivas de la ley 1/92 no de forma punitiva y sino como una



herramienta pedagógica y orientadora que ayude a los jóvenes en su proceso de maduración personal, a las familias a disponer de pautas de actuación y a la comunidad a establecer recursos eficientes para hacer frente a los consumos problemáticos de drogas.

Descripción-actividades:

Una referencia importante en todo ese proceso es el trabajo con menores de edad y sus familias desde el recurso de prevención selectiva (prevención sobre personas en mayor riesgo), denominado La Acción Local sobre Drogas del Departamento de Seguridad Ciudadana (ALD).

A través de la oferta de una medida alternativa al pago de la sanción, se estructura este recurso que está integrado por el médico y la enfermera de drogodependencias trabajando en paralelo con el área administrativa y en continuo con las secciones de la Policía Local.

La acción orientadora se concreta y se visualiza en un PENDRIVE que es una reflexión crítica sobre sus vivencias relacionadas con las drogas, a través de técnicas de entrevista motivacional y consejo breve.

El recurso tiene un recorrido de 5 años de trabajo preventivo dirigido de forma selectiva a los jóvenes infractores por consumo de drogas en vía pública y sus familias. El conflicto suscitado por la sanción es una oportunidad para situar al joven de forma crítica sobre su experiencia y promover cambios vitales que le ayuden a estructurarse de forma positiva e integrada en la comunidad de Vitoria Gasteiz.

Proyecto 4.3 Intervención periescolar**Objetivos:**

- El control de situaciones de oferta y consumo de drogas en espacios perieducativos en torno a los centros docentes de nuestra ciudad.
- Generar espacios sin drogas idóneos y seguros para la labor educativa de familias y de educadores.

Descripción-actividades:

El Grupo de Intervención Periescolar se compone de 16 agentes que han manifestado su disposición para el trabajo directo con jóvenes.

El grupo recibe formación continuada a cargo del recurso ALD.

Son tareas de este grupo:

- La vigilancia y control normativo de espacios periescolares, la interlocución entre la comunidad educativa y la Policía Local,
- El trato directo con estudiantes docentes madres y padres.
- La colaboración con ALD dentro del proceso de intervención con jóvenes infractores pendrive crítico.
- La participación en el grupo de trabajo municipal de absentismo escolar.
- Se colabora con familias y equipos directivos y educadores, así como agentes comunitarios de proximidad.

Proyecto 4.4 Analíticas de drogas de abuso provenientes de los Expedientes por tenencia y consumo de drogas

Objetivo: Establecer un sistema analítico ágil eficiente y con garantías legales para evidenciar las sustancias intervenidas en la incoación de expedientes por tenencia y consumo de drogas.

Descripción-actividades:

Este procedimiento se desarrolla con la participación del Laboratorio Municipal cuyos técnicos desarrollan técnicas analíticas con procedimientos colorimétricos aplicables a sustancias vegetales así



cómo técnicas de cromatografía de gases aplicadas a la identificación de drogas de abuso en polvo.

Se elabora un informe breve sobre cada sustancia analizada, que se pasa a los responsables de Seguridad Ciudadana. Al final del año se elaborará una memoria resumen de las sustancias incautadas y analizadas durante el año.

Las analíticas son el paso siguiente a la intervención de las sustancias e implica un procedimiento de custodia análisis y envío a destrucción de las sustancias intervenidas.

PROGRAMA 5.- CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN TORNO A LAS DROGAS LEGALES, LOS JUEGOS DE AZAR DE DINERO Y LAS APUESTAS.

El objetivo de este programa es el de limitar el acceso al alcohol, al tabaco y a los juegos de azar dinerarios a los menores y reducir la tolerancia y la permisividad frente al consumo de estas sustancias y la práctica de los juegos de azar

La realización de este programa recae en el Departamento de Seguridad Ciudadana y dentro de él a la Policía Local. En proyectos concretos podrán establecerse intervenciones coordinadas con otros departamentos y servicios del Ayuntamiento.

Hay una serie de necesidades constatadas en función de las cuales habría que poner en marcha actividades y diseñar proyectos:

- Existe una normativa vigente respecto a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco que hay que cumplir y hacer cumplir.
- Una parte notable de los accidentes de tráfico rodado se producen en relación al consumo de alcohol o de otras drogas.
- La venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores, así como el acceso a juegos de azar dinerario y a las apuestas.
- Cumplimiento de la normativa en los establecimientos temporales (bares, txoznas, cantinas, ambigús, bistró, y similares), que se instalan de forma temporal en eventos festivos, culturales y demás.
- intervención ante los menores con consumos de alcohol, tabaco, prácticas de juego o de otros comportamientos de riesgo.

Proyecto 5.1 Control de consumo y venta de alcohol y tabaco a menores, así como el acceso a los juegos de azar de dinero y las apuestas.

Objetivos:

- .- Intervenir sobre las situaciones donde se produzca suministro venta de alcohol y tabaco a menores así como su consumo todo ello en el marco de la normativa legal existente; afín de reducir su impacto individual y social.
- .- Intervenir sobre las situaciones donde se produzca acceso al juego de azar de dinero y a las apuestas por parte de menores.
- .- Evitar el acceso o retrasar la edad de contacto de las y los menores de edad con las drogas legales y con los juegos de azar de dinero y las apuestas.

Descripción-actividades:

Plantear la Revisión de la actual Ordenanza Municipal en lo relativo al consumo de alcohol en el marco de la normativa legal existente.

Realización de intervenciones de control tanto en establecimientos hosteleros, como supermercados o



tiendas de conveniencia y salones de juego, así como en espacios periescolares. Allí donde se puedan realizar acciones de facilitación o venta de alcohol y tabaco a menores y donde puedan acceder a los juegos de azar de dinero y las apuestas.

Proyecto 5.2 Detección de alcoholemias y sustancias tóxicas.

Objetivos:

- Reducir la accidentabilidad en el tráfico rodado ocasionada por el uso de drogas, o de alcohol.
- Actuar preventivamente sobre la utilización de alcohol y sustancias psicoactivas que pueden influir sobre la conducción y la seguridad vial.

Descripción-actividades:

La Policía Local de Vitoria Gasteiz desde el área de tráfico viene desarrollando acciones de control de la seguridad vial mediante la realización de pruebas de alcoholemia tanto de forma preventiva como en personas implicadas en accidentes y delitos relacionados con el tráfico.

El procedimiento de actuación se desarrolla ya sea en acciones preventivas cómo en la realización a diligencias judiciales en delitos por consumo de alcohol y drogas en la conducción.

Proyecto 5.3 Control de acceso y presencia de menores en establecimientos y espacios de juego de azar con premios dinerarios y apuestas.

Objetivos:

- Evitar el acceso o retrasar la edad de contacto e iniciación de los y las menores de edad en las actividades relacionadas con los juegos de azar dinerarios y las apuestas.
- Intervenir sobre situaciones y espacios relacionados con juegos de azar dinerarios y apuestas en que se facilite el acceso, la permanencia y la participación en esas actividades por personas menores de edad.

Descripción-actividades:

Por parte de la Policía Local de Vitoria-Gasteiz y concretamente por el Grupo de Intervención Peri escolar (GIP), se realizarán intervenciones de control tanto en los locales como en otros espacios en que se realicen prácticas relacionadas con los juegos dinerarios de azar y con las apuestas así como en los espacios cercanos a ellos.

El procedimiento de actuación se desarrolla ya sea en acciones preventivas cómo en acciones realizadas a demanda de los ciudadanos en general, las familias o las asociaciones directamente relacionadas (o no) con el tema del juego.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA II: CONTROL DE LA DISPONIBILIDAD

PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LINEA

1. ¿Se ha puesto en marcha el proyecto de intervención por tenencia/consumo de drogas en aplicación de la ley de Seguridad Ciudadana? ¿Cuántas personas han sido identificadas y sancionadas? y ¿En cuántas personas se han aplicado las medidas alternativas?.
2. ¿Se ha puesto en marcha el proyecto de intervención socioeducativa para jóvenes menores de edad por consumo de drogas infractores de la ley de Seguridad Ciudadana? ¿Cuántas personas



han sido identificadas y sancionadas? Y ¿En cuántas personas se han aplicado las medidas alternativas?.

3. Se ha puesto en marcha el proyecto de intervención periescolar? ¿En qué centros escolares se ha aplicado y cuántos son? y ¿Cuántas intervenciones represivas han sido desarrolladas?.
4. ¿Se han establecido un sistema de analítica de drogas para analizar las drogas incautadas?, y ¿Cuántas analíticas se han realizado?.
5. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de control de consumo y venta de alcohol a menores? y ¿Cuál es el número de expedientes abiertos?.
6. ¿Se han desarrollado controles de alcoholemia en la ciudad?, ¿Cuál es el número de controles realizados y expedientes abiertos?.
7. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de control y acceso de menores a los establecimientos con juegos de azar dinerarios y las apuestas? y ¿Cuál es el número de expedientes abiertos?.

El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado totalmente o casi	Se ha cumplimentado como la mitad	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
4.1.- Proyecto de intervención por tenencia/consumo de drogas I					
4.2.- Intervención socioeducativa para jóvenes menores de edad por consumo de drogas.					
4.3.- Intervención periescolar					
4.4.- Analítica de drogas de abuso de los expedientes por tenencia y consumo					
5.1.- Control de consumo y venta de alcohol a menores					
5.2.- Controles de alcoholemia en la ciudad					
5.3.- Control de acceso de menores a locales con juegos de azar dinerarios y apuestas,					



LINEA III: PREVENCIÓN UNIVERSAL

La meta de la Línea III: Contribuir a reforzar los factores de protección en tres ámbitos fundamentales: en la familia, la escuela y la comunidad organizada (recursos comunitarios).

La Unidad de Salud Pública, en el marco de las tareas que tiene encomendadas en lo referente a la Promoción y Educación para la Salud y a la prevención de Adicciones, promoverá mediante una Estrategia transversal la realización de Programas y Proyectos de Prevención Universal en los ámbitos familiar, escolar y comunitario. Para ello se establecerá la pertinente coordinación y/o colaboración con otros Departamentos y Servicios Municipales (Educación, Juventud...), así como con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud de Gobierno Vasco. La participación de las Asociaciones Ciudadanas se realizará atendiendo al Modelo Participativo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y, en su caso, a los acuerdos de colaboración que se establezcan.

3.1.-Fundamentación

Un número significativo de personas adolescentes y jóvenes van a llevar a cabo comportamientos de riesgo, entendiendo por tales aquellos que, realizados repetidamente, pueden comprometer su desarrollo psicosocial y su incorporación social.

Sin embargo, la mayoría de estas personas adolescentes y jóvenes abandonan o moderan estos comportamientos en su proceso de crecimiento y avance hacia la vida adulta. Esto ocurre bien porque no tienen graves dificultades, bien porque cuentan con los apoyos necesarios de las instancias de socialización más intensas (familia, escuela, grupo de iguales...), bien porque tienen la capacidad personal de sortear estas dificultades sin causarse graves daños. Además, tenemos que considerar que estos factores pueden actuar simultáneamente como factores de protección frente a los factores de riesgo.

No obstante, y aunque esto se refleje con contundencia, la verdad es que en todos los casos se producen combinaciones de muy diversos factores de protección y de riesgo que funcionan como un mecanismo que denominaríamos “sistema de oportunidades. Por lo tanto, aunque algunas personas concentren muy pocos factores de riesgo, su contacto con los elementos definitorios (alcohol, drogas ilegales, juego, relaciones sexuales, uso de Internet...), siempre van a mantener una cierta tensión con dichos comportamientos, de manera que es muy difícil dilucidar quiénes van a tener más probabilidades de asumir de forma continua los comportamientos de riesgo. Por otra parte, la línea entre una alta influencia de los factores de riesgo o una baja influencia de los mismos es muy fina.

Además, hay que hacer notar que si bien las personas menores y jóvenes son un público diana importante, porque a esas edades son muy influenciados por los factores de riesgo y de protección y comienzan los consumos no son las únicas sobre las que hay que incidir, ya que, como se ha esbozado en el diagnóstico, hay muchas personas adultas con consumos de alcohol, de tabaco, de psicofármacos, de drogas ilegales, o con prácticas de juego sobre las que se debe de incidir.

3.2.- Propuestas

En principio no parece adecuado poner todos los esfuerzos o la mayoría de ellos en las intervenciones destinadas a que los y las adolescentes y personas jóvenes no acometan comportamientos de riesgo (consumo de drogas, jugarse dinero, comisión de pequeños delitos,



relaciones sexuales sin protección, utilización abusiva de Internet, regímenes alimenticios...), porque eso parece inevitable. Pero tampoco se pueden abandonar las intervenciones destinadas al conjunto de la población (Prevención Universal) porque hay que reforzar ideas y criterios positivos, de manera que sean capaces de ir distanciándose de dichos comportamientos, evitando algunos riesgos totalmente y/o moderando otros. En este sentido, es necesaria una intervención colectiva y grupal destinada a toda la población, tanto para las personas adultas como para las jóvenes, pero que preste especial atención a niños, niñas y adolescentes, por la gran influencia que tienen en ellas los factores de riesgo y de protección, y sobre las personas adolescentes y jóvenes, porque en esas edades comienzan las actividades de riesgo como las primeras experimentaciones con drogas, las primeras prácticas con juegos de azar y otros comportamientos como las relaciones sexuales, los regímenes alimenticios, las conductas antisociales...

La educación para la salud es en este contexto un instrumento muy valioso para todos, pero especialmente para las personas adolescentes y jóvenes aprendan a tomar en sus manos las riendas de su salud conociendo aquello que les beneficia y que les perjudica, con la consiguiente capacidad para hacer frente a las dificultades y evitando el desarrollo de estilos de vida de riesgo.

Metodológicamente las intervenciones ligadas a la Prevención Universal se fundamentan en **un modelo de influencia sociocomunitaria integral** que combina la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias. Las evaluaciones señalan que los programas orientados a la adquisición de competencias personales y sociales, y al desarrollo de habilidades relacionales, hacen que el alumnado no solo sea menos proclive a utilizar drogas sino que contribuyen, también, a una mejora del clima social en el aula y a su vez aportan un factor de protección contra los problemas psicológicos y otras conductas de riesgo. Al mismo tiempo, las evaluaciones que se han realizado demuestran la poca utilidad de las intervenciones basadas en modelos meramente informativos (los programas escolares que solo transmiten información sobre los daños relacionados con las drogas, aunque incrementan el conocimiento, presentan una eficacia limitada o nula para modificar la conducta adolescente).

Para finalizar, no podemos olvidar que la educación para la salud y los programas de habilidades para la vida están relacionados con el currículum en el desarrollo de las competencias de autonomía personal y social que se extiende por toda las etapas educativas: Infantil, Primaria y Secundaria y, en consecuencia, si ayudamos a desarrollar este currículum con programas sólidos y permanentes, presentes en la dinámica cotidiana de las diferentes áreas y materias e integrados en los diferentes planes anuales y proyectos de centro, estaremos respondiendo a la prevención no solo de las adicciones sino de otros muchos problemas de la sociedad actual.

En esta *Línea III de Prevención Universal* se desarrollarán tres programas:

- .- El Programa III.6 - Prevención Universal en el ámbito familiar*
- .- El Programa III.7 -. Prevención Universal en el ámbito escolar*
- .- El Programa III.8.- Prevención Universal en el ámbito comunitario*

PROGRAMA 6.- PREVENCIÓN UNIVERSAL FAMILIAR

El Objetivo de este programa es contribuir a reforzar los factores de protección que se pueden generar en el medio familiar.



Para que las intervenciones de tipo preventivo tengan impacto, es imprescindible contar con la comunidad educativa y, especialmente, con las familias. De ahí, la necesidad de colaborar con ellas proporcionándoles procesos formativos y recursos que faciliten el desarrollo de sus respectivos roles.

Los especialistas no suelen considerar a los padres y las madres buenas informadoras sobre las sustancias, ya que sus conocimientos habitualmente provienen de medios escasamente especializados como periódicos, revistas, televisión y radio. Y aunque últimamente se hayan incorporado a Internet, convendremos en que no todo lo que se consulta tiene un nivel mínimo de fiabilidad. En consecuencia la poderosa influencia que tiene la familia radica mucho más en su proceso educativo que en la información que trasmite.

Una de las dificultades mayores suele producirse porque en la infancia la educación de los hijos es relativamente sencilla, sin embargo al llegar a la adolescencia las relaciones se complican produciéndose una tendencia por parte de padres y madres a abandonar la intensidad de las relaciones con ellos, como si el trabajo ya estuviera hecho. Pero no es así; hay que cambiar las pautas de relación pero teniendo en cuenta que la presencia de la familia sigue siendo muy importante, aún cuando las relaciones sean más complicadas por el proceso vital por el que atraviesa el hijo o la hija.

Las madres y los padres no tienen por qué ser profundos conocedores de todos estos comportamientos de riesgo. Su papel como informadores es relativo e incluso los hijos e hijas pueden manejar más y mejor información. Sin embargo, son un elemento indispensable para construir personas responsables, por ello, es importante el papel que se va a jugar en la adolescencia, momento en el que se explora con esos comportamientos de riesgo y en los que es necesaria una familia que vaya dejándoles más libertad para ir creciendo toda vez que, también, les pongan límites razonables, razonados y negociados que les ayuden a madurar.

Sin desdeñar el papel de los padres y madres como informadores, su principal baza como agentes preventivos debe estar relacionada con la capacidad para apoyar el crecimiento personal de los hijos e hijas. Por lo tanto, se deberán impulsar intervenciones de carácter inespecífico destinadas a sensibilizar a los padres y madres que no tienen dificultades especiales para que se ocupen debidamente, para que no se desentiendan de la educación de sus hijos e hijas delegando en otros actores como el profesorado o los monitores y monitoras. Es preciso hacerles ver que su papel es el más importante y no solo en la infancia sino también en la adolescencia y en la primera juventud, cuando surgen las crisis y la necesidad de emancipación de los hijos e hijas, y que lo adecuado en este proceso es ir acompañado de profesores, profesoras y otros profesionales de la educación.

Otro elemento importante en esta cuestión es que los padres y madres son personas adultas con ascendencia sobre los hijos y, por lo tanto, constituyen un ejemplo ante el que los hijos e hijas van a aprehender. En este sentido, se podrían plantear intervenciones con madres y padres para que, en caso de consumir, hagan un uso moderados de alcohol y de los juegos de azar con el doble propósito de influir sobre los comportamientos saludables de las personas adultas y de que eso sirva de modelo responsables a los hijos e hijas.

También se podrían plantear intervenciones destinadas a las actuales madres y padres de menores, e incluso de futuros padres y madres, afín de que ejerzan una maternidad y una paternidad responsable que facilite la integración de sus hijos en sociedad como personas plena de derechos y responsabilidades. Así como en intervenciones destinadas a sensibilizar a las madres y padres de la comunidad escolar de la importancia de un modelo parental que



posibilite actuaciones preventivas referidas a las adicciones que se hallan en el entorno de sus hijas e hijos.

En función de estas ideas se plantean una serie de proyectos anuales:

Proyecto 6.1 Vitoria-Gasteiz Espacio Educativo sin droga: prevención de las adicciones a las tecnologías, al tabaco, al alcohol, al cannabis y a los psicofármacos, a través de las familias.

Objetivos:

- .- Informar a las familias de los recursos municipales en el ámbito de la prevención de las adicciones y facilitar herramientas y criterios de actuación.
- .- Concienciar a las familias del papel fundamental que juegan en el desarrollo de actitudes positivas para prevenir el consumo de drogas de sus hijos e hijas, o ante situaciones de consumo iniciales.
- .- Mostrar a las familias el trabajo que se realiza en el aula con sus hijos e hijas y evidenciar la importancia de su implicación en la prevención de esta adicción.
- .- Reforzar las sinergias de colaboración entre familias, centros educativos y comunidad en la prevención de los consumos problemáticos de drogas.

Descripción-actividades:

- .- Intervención formativa con las familias de los centros participantes en las actividades "Prevención de las adicciones tecnológicas (Internet, móviles...)", "Prevención de la adicción al tabaco", "Prevención de la adicción al alcohol", "Prevención de la adicción al cannabis" y "Prevención en adicciones: drogas ilegales y psicofármacos".

"Escuela de madres y padres": Los distintos grupos de Escuelas de madres y padres de la ciudad tendrán la opción de tratar temáticas relacionadas con la prevención de las adicciones.

- .- El proyecto incorporará información a Padres y Madres y a familias sobre las características, actualidad y uso de los juegos de azar y las nuevas tecnologías (internet, móviles, videojuegos), así como de sensibilización y concienciación acerca de los riesgos que entraña un uso abusivo de los mismos. Se facilitará asesoramiento al ámbito familiar, ante posibles situaciones de abuso en esta temática.

PROGRAMA 7.- DE PREVENCIÓN UNIVERSAL ESCOLAR

El Objetivo de este programa es contribuir a reforzar los factores de protección que se pueden generar en el medio escolar.

Desde una perspectiva educadora, el núcleo de la intervención a realizar se sustenta en la actuación de carácter preventivo realizada en la Escuela y centrada en las personas menores. Una intervención justificada en la consideración de que la Escuela supone un espacio ideal para detectar precozmente los posibles factores de riesgo y un elemento determinante en la adquisición de valores, actitudes y capacidades vinculados con factores de protección frente al abuso de drogas.

Hay que trasladar a los centros escolares un planteamiento con dos ideas. La primera es que no solo se debe cuidar el aspecto académico, sino que tienen que desarrollar una labor educativa complementaria a la de las familias, dirigida a fomentar el desarrollo personal del alumnado de manera que vaya madurando y pueda afrontar las dificultades de su proceso vital de un modo adecuado. La segunda es que no van poder educar en una "burbuja" aislada de los riesgos, sino que los riesgos forman parte de la vida cotidiana del alumnado y estos riesgos están referidos al abuso de drogas, de juegos de azar, de sexo sin protección de acoso y de ciber-acoso, de desórdenes alimenticios, de conducta antisocial, de uso inadecuado de Internet... Y que estas



conductas de riesgo tienen orígenes similares: las dificultades para desarrollar sus capacidades personales e iniciar un adecuado proceso de integración. Este proceso transita por caminos que se definen en función de las oportunidades que se tiene para acceder a uno u otro comportamiento; por lo tanto, se sugiere a las escuelas implicarse en la prevención.

Se deben poner en marcha acciones preventivas en las que se trate directamente la conducta de riesgo: el uso de Internet, las relaciones sexuales, la alimentación, el consumo de tabaco, alcohol y cannabis... y acomodarla al proceso de crecimiento, a la edad o al grupo en cuestión. En un medio educativo como la escuela la búsqueda es importante y, en consecuencia, el que ellos se sientan protagonistas de su propia realidad. Por ello se sugiere que la información la encuentren utilizando sus propios recursos, más que escuchando una clase o siguiendo un modelo docente convencional.

Pero más importante que ello es poner en marcha acciones preventivas inespecíficas en las que se trabaje para el logro de un autoconcepto equilibrado, del control de la impulsividad, del desarrollo de unas habilidades para la vida y/o el desarrollo de una inteligencia emocional.

Ante esto lo más eficaz es que todo lo que se centre en prevenir las conductas de riesgo, más lo que se centra en el desarrollo personal, constituya un programa del propio centro que se aplique más allá de acciones puntuales (charlas, mimo, teatro...), las cuales tienen un carácter muy específico, sirven para plantear un tema y proporcionan información y sensibilización, que, aunque necesaria, resulta insuficiente por su limitación a la hora de reducir los factores de riesgo.

La existencia de un programa preventivo de las adicciones no garantiza por sí mismo el logro de los fines perseguidos. Es preciso tener en cuenta otras muchas variables, entre las que destaca la implicación de la comunidad escolar, en general, y del profesorado, en particular. No podemos obviar que los maestros y las maestras constituyen agentes preventivos privilegiados por su cercanía con el alumnado, por su papel modélico y por la función educadora que desarrollan. Por ello, sería muy conveniente que cada centro tuviera al menos una persona (profesor-a, tutor-a, orientador-a...) que asumiera esta responsabilidad, que se ocupara de la coordinación de estos temas y de la coordinación con los recursos y servicios externos que se han mencionado anteriormente.

Lo mejor, pero lo más difícil de conseguir, es el tratamiento transversal de todos estos temas. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, se puede desarrollar una intervención estructurada que contenga un Plan de acción tutorial adecuado, con un carácter integrador, al que se podrían sumar otras intervenciones puntuales complementarias.

Para alcanzar este objetivo se desarrollarán proyectos anuales:

Es importante que en esas intervenciones o proyectos de centro se atienda a las diferencias entre chicos y chicas, de manera que los mensajes y los símbolos que los acompañen puedan conectar con las características y las necesidades específicas de cada género.

Para realizar un seguimiento adecuado sería muy conveniente establecer niveles de implicación en los centros en función de su trabajo y valorar a lo largo del tiempo cómo se incrementa o decrece y las causas a las que obedecen estos flujos.

Proyecto 7.1 Vitoria-Gasteiz Espacio Educativo sin droga: prevención de las adicciones a las tecnologías, al tabaco, al alcohol, al cannabis y a los psicofármacos, a través de la intervención en el centro escolar.



Objetivo: Sensibilizar al alumnado preadolescente y adolescente de los riesgos de las adicciones en su vida cotidiana para retrasar posibles abusos y reducir los riesgos de adicciones.

Descripción-actividades:

Este proyecto representa el compromiso de abordar en la Escuela una prevención de carácter primaria y universal. Metodológicamente combina la educación en habilidades para la vida con la educación normativa y la adquisición de conocimientos sobre sustancias, con el fin último de evitar y retrasar su consumo. Las acciones previstas tienen un formato de taller, constituido por tres sesiones, y se presentan de un modo secuenciado, de acuerdo al siguiente esquema:

- Prevención de las adicciones tecnológicas (6º de EPO).
- Prevención de la adicción al tabaco (1º de ESO).
- Prevención de la adicción al alcohol (2º DE ESO).
- Prevención de la adicción al cannabis (3º de ESO).
- Prevención en adicciones: drogas ilegales y psicofármacos (4ª de ESO).

El proyecto incorporará información destinada a las personas jóvenes sobre las características, actualidad y uso de los juegos de azar y las nuevas tecnologías (internet, móviles, videojuegos), así como de sensibilización y concienciación acerca de los riesgos que entraña un uso abusivo de los mismos. Se facilitará asesoramiento ante posibles situaciones de abuso en esta temática.

Proyecto 7.2 Consumo responsable y seguro de Nuevas Tecnologías y Redes Sociales, Web 2.0.

Objetivo: Proporcionar pautas de uso responsable y seguro para el acceso y utilización de pantallas y redes sociales (facebook, twenti, insrtangram, twitter....) en evitación de conductas de abuso y problemáticas así como un conocimiento de los riesgos legales y de interferencia en la privacidad propias y de terceras personas.

Descripción-actividades:

Agentes especializados de la policía Local de Vitoria-Gasteiz desarrollan diversas sesiones dirigidas a los grupos de ESO y de bachillerato de centros de enseñanza de Vitoria-Gasteiz.

Las acciones formativas parten a demanda de los centros interesados.

Presentan un formato participativo en el que se anima al alumnado a comunicar sus propias experiencias en el uso de las TICs. Partiendo de ahí, la metodología desarrolla actividades del tipo de presentaciones audiovisuales así como sesiones de trabajo en grupo.

Al final de la acción se confecciona una encuesta dirigida a conocer el grado de penetración y uso de las TICs por parte de los participantes, a detectar conductas de riesgo y situaciones de bullying y cyberbullying. Se intenta concienciar al alumnado en el uso responsable de telefonía móvil y redes sociales y alertar sobre prácticas de alto riesgo en su uso.

Proyecto 7.3 Vitoria-Gasteiz Espacio Educativo sin drogas: formación del profesorado.

Objetivo: Proporcionar al profesorado una capacitación que le permita intervenir en prevención adecuadamente y apoyar la labor preventiva que en el centro realicen otros servicios especializados.

Descripción-actividades:

Uno de los fundamentos de la idea *Vitoria-Gasteiz Espacio Educativo sin droga* es el trabajo con el profesorado. Un trabajo justificado por la función educadora que desarrolla como promotor de pautas de actuación relacionadas con los hábitos de vida saludable, que lo configuran en un agente privilegiado en la prevención de las adicciones. Las principales acciones a realizar son dos:



1. Sesión formativa, previa a los talleres con el alumnado (Prevención de las adicciones a las tecnologías, al tabaco, al alcohol, al cannabis y a los psicofármacos). Su objetivo es contextualizar el programa de prevención de las adicciones, facilitar recursos y orientar la labor del profesorado para su aplicación en el aula.
2. Curso monográfico centrado en aspectos metodológicos ligados al contenido de la “prevención de las adicciones”.

El proyecto incorporará información destinada a profesorado sobre las características, actualidad y uso de los juegos de azar y las nuevas tecnologías (internet, móviles, videojuegos), así como de sensibilización y concienciación acerca de los riesgos que entraña un uso abusivo de los mismos. Se facilitará asesoramiento ante posibles situaciones de abuso en esta temática.

Proyecto 7.4 Educación para la Salud en Centros Escolares

Objetivo: Que el alumnado de los centros escolares de Vitoria-Gasteiz incorpore a su comportamiento conductas saludables en sus hábitos y estilos de vida.

Descripción-actividades:

Se trata de proporcionar a los Centros Escolares actividades preventivas relacionadas con la Alimentación, Higiene, prevención de accidentes... y de ofrecer recursos didácticos para la implementación de actuaciones que promuevan hábitos de vida saludable.

Las diferentes intervenciones estarán adaptadas a las distintas etapas educativas y serán ofertadas al inicio del Curso Escolar a todos los Centros Educativos de Vitoria-Gasteiz.

PROGRAMA 8.- DE PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO.

El Objetivo de este programa debe ser el de contribuir a reforzar los factores de protección que se pueden generar en el medio comunitario.

El ámbito comunitario constituye una realidad muy amplia que a su vez implica otras varias realidades y en el que es posible poner en marcha diferentes acciones de un programa, lo cual va a mostrar una intervención bastante dispersa. Para evitarlo será importante hacer un buen diseño de los proyectos anuales.

Las necesidades de intervención dentro de este programa serán:

- El acceso de niños, adolescentes y jóvenes a diversas ofertas de ocio de distinto tipo: de puro entretenimiento, deportivas o culturales, además de las relacionales.
- El acceso a una oferta de ocio adecuada a las personas a una población de riesgo si tienen hábitos de consumo de alcohol u otras drogas, o de juego, y no encuentran otras distracciones, para lo que sería necesario poner en marcha proyectos de ocio creativo que mejoren su calidad de vida...
- Informar a la población general adultos y jóvenes sobre los riesgos de los consumos y las prácticas de juego.

Las intervenciones ante estas necesidades se desarrollarían en forma de proyectos anuales.

Proyecto 8.1 Cultura y ocio creativo, saludable y participativo de las personas jóvenes de Vitoria – Gasteiz

Objetivos:



- Generar un proyecto de ocio en Vitoria-Gasteiz donde las personas jóvenes puedan participar en actividades de ocio saludable y actividades educativas no-formales, desarrollando, de manera corresponsable, actividades generadas por ellas mismas y en las que sean protagonistas.
- Ofertar una alternativa de ocio creativo, saludable y participativo,
- Apoyar las necesidades en la creación y puesta en marcha de propuestas de las personas jóvenes.
- Fomentar la participación de las personas y colectivos jóvenes.

Descripción-actividades:

El proyecto se divide en dos ámbitos de actuación:

XTRACLUB: ocio educativo y saludable para jóvenes de 12 a 18 años. Conjunto de actividades que se realizan en el periodo del fin de semana y que cuentan a lo largo del año con dos programaciones (Primavera-Verano y Otoño-Invierno).

HAZIAK: ocio creativo, participativo y saludable para jóvenes de 14 a 30 años. Este programa tiene tres componentes: **Concurso haziak de ideas jóvenes, la Oficina de Haziak** como servicio de apoyo a iniciativas y asesoramiento a jóvenes hasta 30 años para la puesta en marcha de sus ideas y proyectos y la **Bolsa de proyectos jóvenes**.

Proyecto 8.2 Prevención en servicios y programas municipales**Objetivos:**

- Abordar los comportamientos de riesgo en adolescentes y jóvenes utilizando los programas, recursos y equipamientos que dispone el Ayuntamiento.
- Promover la moderación con respecto al consumo de sustancias legales y juegos de azar en la población adulta.

Descripción-actividades:

Se establecerán estrategias de comunicación, se distribuirá material informativo y de sensibilización o se organizarán actividades para éste fin, en los recursos comunitarios y en las actividades de ocio y de cultura que se desarrollen directamente por el Ayuntamiento o en aquellas impulsadas por el Ayuntamiento.

Proyecto 8.3 Atención e información sobre recursos, programas y demandas relacionadas con las adicciones

Objetivo: Ofrecer información a la población de Vitoria-Gasteiz sobre los recursos y programas existentes en la ciudad para abordar el fenómeno de las adicciones y sus factores de riesgo.

Descripción-actividades:

- A través del plan de adicciones se trabajará en el ámbito familiar, escolar y comunitario y mediante este proyecto se pretende ofrecer atención y facilitar información sobre los programas y proyectos que ofrece el plan. La atención individual y colectiva se irá adaptando de acuerdo a la evolución del fenómeno de las adicciones y a la de las necesidades de información y atención individualizada y colectiva.
- Se atenderán las demandas en materia de adicciones tanto individuales como colectivas.

Proyecto 8.4 Información ciudadana sobre drogas del Departamento de Seguridad Ciudadana. A través del recurso denominado Acción Local sobre Drogas (ALD)



Objetivo: Responder a las diversas demandas ciudadanas que se generan en el ámbito de las drogas que acceden a acción local sobre drogas, bien directamente a Aguirrelanda o desde el teléfono y el buzón de información ciudadana, así como a través de redes sociales y blogs.

Descripción-actividades:

.- Los dos técnicos municipales de drogodependencias acogen y responden a las demandas provenientes de usuarios, familias y profesionales. Tras recibir y analizar la demanda se responde ofreciendo la información necesaria así como la canalización y la orientación a los recursos municipales y comunitarios disponibles.

.- La policía Local de Vitoria Gasteiz, como instancias inmediatas a los ciudadanos acoge y da respuesta a las demandas relacionadas con los consumos problemáticos de drogas en Vitoria-Gasteiz.

**INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA III: PREVENCIÓN UNIVERSAL**

PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LINEA III	
1.	¿Se ha puesto en marcha el proyecto de prevención universal con las familias? ¿En cuántos centros se han podido desarrollar actividades con madres/padres? y ¿Cuántos participantes ha habido?.
2.	¿Se ha puesto en marcha el proyecto prevención universal escolar del uso de drogas? ¿En cuántos centros se ha puesto en marcha?.
3.	¿Se ha puesto en marcha el proyecto de uso responsable de nuevas tecnologías y redes sociales? ¿En cuántos centros se ha puesto en marcha?.
4.	¿Se ha puesto en marcha la formación del profesorado?, ¿En cuántos centros se ha realizado?
5.	¿Se ha puesto en marcha el proyecto de Educación para la Salud en los centros escolares? ¿En cuántos centros se ha puesto en marcha?.
6.	¿Se han puesto en marcha el proyecto de cultura y ocio creativo, saludable y participativo para jóvenes?, ¿Cuál es el número de actividades desarrolladas?.
7.	¿Se ha puesto en marcha el proyecto de prevención a través de servicios municipales?, ¿Cuáles son los servicios y recursos que participan?.
8.	¿Se han puesto en marcha las actividades de información sobre recursos en adicciones?, número de servicios y recursos que participan, actividades desarrolladas y número de participantes.
9.	¿El recurso Acción Local sobre Drogas del Dpto. de Seguridad Ciudadana ha respondido a las demandas de información?, número de atenciones resueltas.

El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado totalmente o casi	Se ha cumplimentado como la mitad	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
6.1.- Prevención universal con las familias					
7.1.- Prevención universal escolar del uso de drogas.					
7.2.- Uso responsable de nuevas tecnologías y redes sociales					
7.3.- Proyecto de formación del profesorado					
7.4.- Educación para la Salud en los centros escolares					
8.1.- Cultura y ocio creativo, saludable y participativo					
8.2.- Prevención a través de servicios municipales					
8.3.- Información sobre recursos en adicciones					



8.4.- Información ciudadano desde el Dpto. de Seguridad a través del recurso Acción Local sobre Drogas					
--	--	--	--	--	--

LÍNEA IV: PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

La meta de la Línea IV es la de limitar el influjo de los factores de riesgo en personas vulnerables a través la influencia de los tres ámbitos fundamentales, la familia, la escuela y la comunidad organizada y/o a través de un trabajo personalizado con la persona vulnerable.

La Unidad de Salud Pública, en el marco de las tareas que tiene encomendadas en lo referente a la Promoción y Educación para la Salud y a la prevención de Adicciones, promoverá mediante una Estrategia Transversal la realización de Programas y Proyectos de Prevención Selectiva en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, así como de Prevención Indicada. Para ello se establecerá la pertinente coordinación y/o colaboración con otros Departamentos y Servicios Municipales (Educación, Juventud, Asuntos Sociales...) así como con la Dirección de Salud Pública y Adicciones de Gobierno Vasco. La participación de las Asociaciones Ciudadanas se realizará atendiendo al Modelo Participativo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y, en su caso, a los acuerdos de colaboración que se establezcan.

4.1.-Fundamentación

Como se ha señalado reiteradamente, de todo ese gran número de adolescente y jóvenes que van a llevar a cabo comportamientos de riesgo, sólo una minoría significativa seguirán insistiendo en dichos comportamiento y sólo una parte desarrollará problemas relacionados con ellos.

La causa de que esto ocurra es un desequilibrio entre los factores de protección (personales, familiares, escolares, comunitarios, de iguales...) y los factores de riesgo (también personales, familiares, escolares, comunitarios de iguales...), de manera que estos últimos van teniendo más capacidad de influencia y “empujan” a estas personas a que sigan insistiendo en estos comportamientos de riesgo acercándose a los procesos de exclusión.

Como los diversos factores de riesgo y protección se articulan como un mecanismo en el que se engranan las piezas y unas mueven a otras, nos encontramos con diferentes procesos en función del sistema de oportunidades constituido por los factores que influyen más o menos en la conducta, de manera que se van conformando los diversos procesos hacia la exclusión.

4.2.- Propuestas

Se admite en estos casos que si los factores de protección van perdiendo su influencia a favor de los factores de riesgo, la prevención universal no es ni ha podido ser eficaz, y, por lo tanto, se ve la necesidad de estructurar otras intervenciones que vayan más lejos, que busquen adecuarse con más precisión a las necesidades de estas personas; gran parte estas intervenciones serán destinadas a aquellas personas, especialmente menores y jóvenes, que presentan una mayor vulnerabilidad.

Dentro de esta línea encontramos otros dos niveles de intervención:

.- El de prevención selectiva. Es importante que esta intervención sean concebida como colectiva y grupal, tratando de atender a una población especialmente vulnerable porque se



detecta alguna o algunas circunstancias objetivas que así lo determinan: los y las adolescentes por ni por su condición de adolescente ni por iniciarse en los consumos y en otros comportamientos de riesgo son vulnerables en sí, lo son porque sus factores de protección no parecen funcionar debidamente o en ellos y ellas concurren muchos y potentes factores de riesgo, más de los que suele ser habitual y, objetivamente, se estima que hay un riesgo alto de que conduzcan su actividad a reiterados consumos de drogas, práctica habitual de juegos de azar u otros comportamientos de riesgo. La estimación objetiva obedece a indicadores como el desajuste escolar (fracaso escolar o el retraso), la situación de exclusión de la familia, una conducta antisocial de cierta gravedad detectada, etc.

Como en el caso de la Prevención Universal, se trabajará para que esas instancias aporten información específica pero real, veraz y objetiva, no alarmista, sobre los riesgos, aconsejando no consumir o también moderar los consumos, lo mismo que otros comportamientos como la práctica de los juegos de azar, el uso de internet, los regímenes, etc.

En este nivel de intervención será especialmente importante desarrollar intervenciones inespecíficas destinadas a reducir los factores de riesgo en la familia, la escuela o los iguales, o a compensar dichos factores de riesgo producidos en un medio por los factores de protección generados en otro medio (si la familia no funciona debidamente, que el sistema educativo preste posibilidades de integración).

La educación para la salud es en este contexto también puede ser un instrumento muy valioso pero debe de estar acomodado a las circunstancias de los menores y jóvenes.

La estrategia comunitaria también es factible en este caso, pero aquí los otros agentes sociales (el profesor, el educador, el monitor...), deben de estar apoyados de forma más cercana e intensa por un profesional.

Habrá que definir cuatro tipos de programas, cada uno adaptado a cada ámbito; la familia, la escuela y la comunidad organizada, a los que se sumará el de prevención indicada.

.- La prevención indicada, a diferencia de la selectiva, se dirige a personas en una situación de alto riesgo en las que a menudo hay ya un consumo habitual de drogas u otro comportamiento de riesgo al que se añaden otros problemas, aunque no son personas adictas. En este caso las intervenciones son de carácter más personalizado, a la medida de sus necesidades, siendo habitual que se realicen sobre la persona y su familia. La intervención del profesional o la profesional, se puede ver apoyada por las actividades de otros agentes sociales en tareas de detección temprana, derivación y el seguimiento de una serie de pautas en el centro escolar o en otro espacio educativo en la medida que los solicite el profesional.

En definitiva, en esta *Línea IV de Prevención Selectiva* se desarrollarán cuatro programas:

- .- *El Programa IV.9 - Prevención Selectiva en el ámbito familiar*
 - .- *El Programa IV.10 - Prevención Selectiva en el ámbito escolar*
 - .- *El Programa IV.11.- Prevención Selectiva en el ámbito comunitario*
 - .- *El Programa IV.12.- Prevención Selectiva en ámbitos festivos de ocio*
 - .- *El Programa IV.13.- Prevención indicada.*
-



PROGRAMA 9.- DE PREVENCIÓN SELECTIVA FAMILIAR

El Objetivo de este programa debe ser el de contribuir a reforzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo que se pueden generar en el medio familiar.

Hay muchas dificultades para desarrollar programas de prevención selectiva con familias vulnerables, al menos desde las iniciativas de prevención. Las causas son diversas pero, en parte, el origen de la dificultad radica en el propio concepto de prevención selectiva cuando se refiere a intervenciones grupales, en este caso con grupos de familias vulnerables a los que es difícil juntar y no responden bien a los requerimientos de los especialistas, y que si no son vulnerables desde un punto de vista socio económico (ISEC) viven esta intervención como un fracaso o no admiten que lo están haciendo mal.

Hay pocas experiencias en este sentido, pero sobresalen la intervención familiar que realizan los equipos de educación de calle o medio abierto con familias vulnerables que tienen menores a su cargo.

Ahora bien, hay espacios donde puede ser importante intervenir, como el caso de las familias altamente vulnerables por factores ligados a la pobreza (bajo ISEC), la inmigración o porque pertenecen a la etnia gitana.

En estos casos lo importante no es tanto que los padres puedan disponer de una buena información sobre los comportamientos de riesgo, sino de capacitarles para que puedan proporcionar un apoyo suficiente a los hijos e hijas en un proceso de integración en el que se incluyen actividades de educación para la salud y/o apoyo a la continuación de los estudios.

Por otra parte hay que señalar la existencia de madres y padres que llevan a cabo consumos excesivos de alcohol, de psicofármacos y otras drogas o con prácticas de juegos de azar muy intensas, que pueden estar en alto riesgo de desarrollar una adicción, además de constituir un modelo de riesgo ante sus hijos.

En definitiva tenemos como tres grandes grupos de necesidades sobre las cuales habría que poner intervenciones o proyectos:

- familias de bajo ISEC, con menores a su cargo.
- familias vulnerables.
- Madres y Padres que llevan a cabo consumos excesivos de alcohol, de psicofármacos y otras drogas o con prácticas de juegos de azar muy intensas.

Proyecto 9.1 Intervención en familias vulnerables en los que los hijos e hijas son atendidos por problemas relacionados con consumos de sustancias
Objetivo: Reducir los riesgos de consumos problemáticos en menores, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad y con consumo, cuando la familia es parte de las dificultades.
Descripción-actividades: Se trata del abordaje familiar en situaciones en las que se producen consumos de sustancias en jóvenes y adolescentes. Se realizará a través de un programa de una entidad especializada que presta una atención a las familias y la atención a los adolescentes y jóvenes con criterios sociales de vulnerabilidad.



PROGRAMA 10.- PREVENCIÓN SELECTIVA ESCOLAR

El Objetivo de este programa debe ser el de contribuir a reforzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo que se pueden generar en el medio escolar.

La aplicación de un programa de estas características en los centros no debe estar orientada a todo el alumnado sino a quienes están en una situación de mayor vulnerabilidad. Se aplica en algunas aulas de la ESO, como las de compensatoria, algunas de la FP y Bachiller, otras en las que se considere que haya un cierto nivel de problema y en los PCPI.

La Prevención selectiva va más allá de la reducción de riesgos. La reducción de riesgos es sólo uno de los instrumentos con los que se puede intervenir en la prevención selectiva. Si en el caso de la prevención universal hemos mencionado la necesidad de trabajar sobre la autoestima, sobre determinados valores, en Habilidades para la Vida, el control de la impulsividad o la inteligencia emocional, etc., en el caso de la prevención selectiva estas intervenciones son más importantes aún si cabe.

Así como en la prevención universal el profesorado es plenamente capaz de intervenir, en este caso puede haber muchas dudas y es habitual que se requiera el apoyo de personas especializadas con las que configurar el programa y realizar el seguimiento y apoyo. Hay dos cuestiones importantes a plantear en una intervención escolar de este tipo:

- Desarrollar intervenciones multicomponentes que atiendan a diversos déficit: de autoconcepto, impulsividad, de habilidades de relación, de toma de decisiones, control emocional, las normas y los valores pro-sociales y positivos, información sobre riesgos...
- Promover un apego o un anclaje y restablecer algunos vínculos positivos con una entidad pro-social como condición para poder promover cambios reales

Hay varias cosas que un centro escolar puede hacer con o sin ayuda externa, como son:

- Crear espacios de coordinación y reflexión conjunta para el personal del centro de cara a conseguir la cohesión necesaria para desarrollar un proyecto compartido por todo el centro y sus miembros.
- Trabajar sobre las normas en el centro: primero entre el personal (llegando a acuerdos asumidos y defendidos por todos/as) y después trasladarlos a los alumnos de forma pedagógica, propiciando y explicando la necesidad de configurar un centro libre de drogas, un centro saludable. Este tema puede trabajarse en el espacio de Tutorías a comienzo del curso.
- Tener un espacio de tutorías de clase, al menos un día a la semana (y mejor dos), en el cual se desarrollará un programa de multicomponentes que permita incidir sobre los factores de riesgo, la orientación académica y la resolución de los posibles conflictos.
- Dependiendo de la capacitación del profesorado, en las tutorías se pueden tratar temas específicos tales como los riesgos asociados al uso de drogas, la educación afectivo-sexual, el uso de internet, los regímenes alimenticios etc.
- Disponer de un procedimiento de trabajo para las tutorías individuales, donde cabe reforzar elementos positivos del alumno (entrevista motivacional).
- Disponer de un procedimiento de trabajo con las familias para conseguir su colaboración.
- Desarrollar actividades complementarias de ocio y tiempo libre para incrementar la vinculación del alumnado con el centro.



- Coordinación y apoyo con los recursos de la comunidad.
- En algunos centros se está ensayando la entrada de educadores especializados para trabajar en los recreos y en los exteriores inmediatos del centro, creando un clima de complicidad más fuerte que con el profesorado.

Es importante tener en cuenta, además, los proyectos que el Dpto. de Educación ha puesto en marcha a favor de la integración dirigidos a poblaciones vulnerables, como los programas PROA o Hauspoa, en los que se reorganiza el horario escolar para que el alumnado pueda recibir refuerzos educativos y/o de carácter integrador y que pueden ser puestos en marcha en los centros de ESO.

En función de estos argumentos en este programa se podrían desarrollar algunos proyectos anuales.

Proyecto 10.1 Prevención sobre alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilegales, psicofármacos y adicciones tecnológicas, incorporando en su caso estrategias de reducción de riesgos, dirigido a escolares de ESO, Bachiller y FP.

Objetivos:

- .- Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección en alumnado vulnerable y o con dificultades de inserción, en centros de Enseñanzas Secundaria Reglada.
- .- Reducir los consumos de riesgo en alumnado con un consumo habitual o frecuente de drogas y/o con un uso intenso de TIC, en centros de Enseñanzas Secundaria Reglada.

Descripción-actividades:

Existen aulas en las que el profesorado detecta consumos habituales de sustancias y que además, en muchos casos, se añaden factores de riesgo que pueden identificarse y que requieren unas intervenciones más específicas.

Se puede dar la circunstancia de que determinadas aulas de un Centro Escolar tengan mayores dificultades de integración que precisen actuaciones adaptadas a las necesidades del aula de acuerdo a los factores de riesgo o criterios de vulnerabilidad detectados.

Una de las Estrategias que puede implementarse es la de la Reducción de Riesgos que por la realidad de sus consumos requieran intervenciones. Las intervenciones incidirán en aquellos factores de riesgo relacionados con el manejo de los consumos de drogas y de situaciones relacionadas con ellas. Como criterio general la Reducción de riesgos se realizará en 4º de la ESO, Bachiller y FP. En caso de ser necesario podrá aplicarse incluso en 3º de ESO cuando tras la valoración con el profesorado así se estime oportuno.

Proyecto 10.2 Prevención sobre alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilegales psicofármacos y adicciones tecnológicas incorporando en su caso estrategias de reducción de riesgos, dirigida a la enseñanza no reglada; Centros de Iniciación Profesional, Formación adultos y otros.

Objetivos:

- .- Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección en alumnado vulnerable y o con dificultades de inserción en Centros de Iniciación Profesional.
- .- Reducir los consumos de riesgo en alumnado con un consumo habitual o frecuente de drogas y/o con un uso intenso de TIC en Centros de Iniciación Profesional ...

Descripción-actividades:

Los Centros de Iniciación Profesional atienden a un alumnado en una situación de mayor dificultad que



la media de Secundaria, al no haber aprobado la ESO y no poder continuar, estudios reglados, por lo tanto tienen una cierta homogeneidad; cuentan además con un ratio profesorado/alumno alto y con equipos de profesorado que dan mucha importancia al componente educativo, frente al académico y de aprendizaje.

Todo ello permite realizar intervenciones adaptadas a los criterios de vulnerabilidad que presentan. Así mismo pueden incorporar las actuaciones la estrategia de reducción de riesgos.

PROGRAMA 11.- PREVENCIÓN SELECTIVA COMUNITARIA

El Objetivo de este programa debe de ser el de contribuir a reforzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo que se pueden generar en el medio comunitario.

Como en el caso del programa de prevención universal en el ámbito comunitario nos encontramos que la comunidad ofrece un marco muy amplio de intervención y, a su vez, se encuentra con una variada situación de realidades en la que están presentes muchos factores de riesgo.

Dentro de estas realidades una de las que tiene gran importancia, aunque no deben de ser consideradas como las exclusiva, proviene de la pobreza y de bajo ISEC; no insistiremos en ello, pero si recalcaremos que estos son unos de los factores de riesgo de más peso. Frente a estas situaciones y, además de las ayudas económicas que pueden recibir las familias con hijos e hijas a su cargo, hay que pensar en el trabajo que desarrollan con menores, niños y niñas, adolescente y jóvenes los educadores de familia y de medio abierto, de manera que constituye un elemento esencial para producir procesos de integración de estos colectivos vulnerables. Sin embargo, a veces ocurre que algunos educadores al encontrarse con menores que consumen drogas, consideran que estas circunstancias rebasado su línea competencial o sus posibilidades para ser eficaces y abandonan la intervención, sin tener en cuenta que el hecho de que los y las menores consuman no quiere decir que tengan un problema de adicción, por lo que es factible seguir trabajando con ellos y ellas.

Hay que tener en cuenta otros colectivos que pueden estar en una situación de especial vulnerabilidad aunque no sean jóvenes, como:

- Las mujeres que mantienen una relación habitual con los psicofármacos, con el juego o el alcohol y que puede avanzar hacia comportamientos de riesgo; casos en los que aparecen problemas o se agravan problemas que ya existían, como la marcha de los hijos, malas relaciones de pareja y separación, pérdida de seres queridos, pérdida del trabajo, etc.
- Personas adultas consumidoras frecuentes de alcohol, consumidoras habituales de drogas ilegales o practicantes habituales de juegos de azar pero que no hayan desarrollado una adicción.
- El riesgo de que miembros de la comunidad gitana se dediquen al tráfico de drogas y el trabajo preventivo específico que hay que realiza para dicho colectivo.
- La detección por parte del Dpto. de Seguridad y Policía de menores en riesgo, por consumos, practicas de juego u otros comportamientos.

Todas estas necesidades planteadas deben dar lugar al diseño y puesta en marcha de diversos proyectos anuales.

**Proyecto 11.1 Intervención socioeducativa con adolescentes y jóvenes que presentan factores de riesgo (PEC).**

Objetivo: Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección en menores, adolescente y jóvenes atendidos por el programa educativo de medio abierto: Educación de Calle (PEC).

Descripción-actividades

El Programa de Educación de Calle (PEC) es un programa de intervención educativa en medio abierto dirigida a adolescentes de entre 10 y 18 años que presentan un conjunto de indicadores de riesgo, tanto en su contexto social y familiar, como en su relación con el medio: contexto familiar que pone en peligro su pleno desarrollo, hábitos y comportamientos que constituyen en riesgo para la salud física, psíquica y social, relación conflictiva con el medio social, aislamiento, absentismo y/o fracaso escolar, relación con grupos marginales, etc.

Desde el PEC se hace un abordaje integral de las situaciones de las personas jóvenes atendidas, pero sin duda la prevención de adicciones es un objetivo fundamental en las intervenciones, que se aborda de forma transversal o a través de acciones más específicas.

Proyecto 11.2 Apoyo a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo por factores sociales

Objetivo: Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección en menores, adolescente y jóvenes, cuyas dificultades provienen de factores sociales.

Descripción-actividades:

Existen situaciones en las que el fenómeno de las adicciones y el consumo de sustancias provienen de factores de riesgo sociales requiriéndose intervenciones acomodadas a las necesidades sociales de las personas atendidas.

Estas intervenciones se realizan a través de Programas desarrollados por entidades especializadas.

Proyecto 11.3 Información, prevención y orientación de las ludopatías.

Objetivo: Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores ante la adicción a los juegos de azar (ludopatía) y a las nuevas tecnologías.

Descripción-actividades:

Este proyecto aborda la prevención de la adicción al juego y las nuevas tecnologías, mediante la información, concienciación y sensibilización en relación a este tipo de adicciones y el fomento de un uso sano del juego y de las nuevas tecnologías.

Además, el proyecto ofrece orientación, apoyo psicosocial y tratamiento tanto a las personas afectadas como a sus familias, parejas y allegados/as, ofreciendo:

- Atención telefónica y personal.
- Intervenciones en crisis y grupos de apoyo a personas afectadas.
- Sesiones informativas dirigidas a familiares.
- Abordaje terapéutico de la Adicción al Juego y a las Nuevas Tecnologías.

Proyecto 11.4 Intervenciones grupales en colectivos de mujeres vulnerables.

Objetivo: Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores ante la adicción a mujeres en una



situación de vulnerabilidad.

Descripción-actividades:

Mediante éste proyecto se pondrán en marcha iniciativas en grupos de mujeres que puedan tener dificultades, se organizarán actividades grupales que permitan reducir la ansiedad y el estrés producido por los acontecimientos y sensaciones negativas. estas iniciativas se coordinarán con Osakidetza y la ejecución del proyecto se realizará entre los servicios del Ayuntamiento y los de Osakidetza, en la medida que sea posible.

PROGRAMA 12.- PREVENCIÓN SELECTIVA EN ESPACIOS DE OCIO

El Objetivo de este programa debe de ser el de contribuir a reducir los riesgos asociados a los consumos de drogas que se pueden generar en espacios de ocio.

También hay grupos de adolescentes y jóvenes que no tienen por qué estar bajo factores de riesgo relativos a la privación y/o el bajo ISEC, que son consumidores de drogas habituales, con frecuencia de varias sustancias (policonsumidores), que además se internan en exploraciones sobre nuevas sustancias, que frecuentan determinados ambientes y que no son accesibles a través de los proyectos de educación en el medio abierto.

El disfrute del ocio y el tiempo libre por parte de los y las jóvenes conllevan con frecuencia nuevas formas de consumo, en entornos festivos de fin de semana como discotecas, macro-discotecas, fiestas locales etc. Estos espacios constituyen un factor de riesgo al favorecer conductas individuales como: repetir dosis, mezclar drogas, beber alcohol en gran cantidad y en poco tiempo; y/o grupales como: compartir, competir, invitar o vender ilegalmente (trapichear)... (*Programa III.10. de Prevención selectiva en el ámbito festivo y del ocio del VI Plan de Adicciones*).

Hay espacios, como las Lonjas o los contextos festivos, en los que adolescentes y jóvenes consumen y en los que no es factible desarrollar iniciativas educativas de cierta densidad, porque su marco no lo permite, en esos casos se pondrán en marcha intervenciones para trabajar la reducción de riesgos; para ello habrá que mantener ese grupo de iniciativas y proyectos en torno a los puntos informativos sobre sustancias, el testado de sustancias, la intervención en lonjas y la sensibilización y reducción de riesgos con el consumo de alcohol en espacios festivos. Habrá que estudiar también la posibilidad de realizar alguna iniciativa preventiva en el ámbito de la universidad.

Estas ideas han de dar lugar a diversos proyectos anuales.

Proyecto 12.1 Reducción de riesgos en intervenciones informativas sobre drogas y de testado de sustancias en torno a usos recreativos.

Objetivo: Reducir los riesgos derivados de determinados consumos de drogas en entornos recreativos y espacios de ocio.

Descripción-actividades:

- Colocación de diversos puntos informativos en la ciudad en diferentes espacios y fechas que se consideren de interés por aglutinar a personas jóvenes en un entorno de ocio y festivo en los que se transmita información sobre drogas legales e ilegales y sobre otros recursos disponibles en la ciudad, tanto municipales como de otras instituciones.
- Colaborar en intervenciones de reducción de riesgos realizadas puntualmente en espacios festivos a través de intervenciones de testado de sustancias o en puntos permanentes de información sobre sustancias.



Proyecto 12.2 Reducción de riesgos asociados al consumo de sustancias en lonjas juveniles.
Objetivos: - Reducir problemas asociados a la ocupación de lonjas sin fines comerciales ni y habitables. - Reducir los riesgos derivados de determinados consumos de drogas que se producen en las lonjas.
Descripción-actividades: - Talleres realizados en las lonjas juveniles sobre los consumos de sustancias y los riegos asociados a los mismos, al objeto de reducir los consumos de riesgo por un lado, y los riesgos asociados al consumo de drogas por otro, entre las personas jóvenes. - Metodología: tras el contacto con una lonja se concretan tres sesiones de trabajo con las personas jóvenes participantes en las que se va a trabajar la reducción de riesgos vinculados al consumo de drogas, legales e ilegales.

Proyecto 12.3 Sensibilización sobre el consumo de alcohol y reducción de riesgos..
Objetivo: Reducir los riesgo derivados del consumo de alcohol en los espacios festivos.
Descripción-actividades: El consumo de alcohol está asociado en nuestra sociedad con momento de Fiesta. Por ello es pertinente realizar intervenciones en espacios de ocio y festivos con el fin de hacer presente en estos espacios los riesgos que conlleva el consumo excesivo de alcohol tanto para la salud individual como para la salud colectiva. En éste sentido facilitar información, realizar determinaciones de alcoholemias preventivas en puntos informativos supone dar pautas de modelos responsables de consumo de alcohol.



PROGRAMA 13.- DE PREVENCIÓN INDICADA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y FAMILIAR

Reducir los riesgos de conductas adictivas en personas altamente vulnerables, especialmente adolescentes y jóvenes y/o con problemas de comportamiento y no adictos, por medio de intervenciones adaptadas a las necesidades y de la persona.

Es el caso del grupo de personas jóvenes que presenta graves problemas de conducta combinados con un uso habitual de drogas. Por el momento no son adictos pero están en grave riesgo. Las intervenciones de prevención selectiva orientadas hacia determinados grupos no son suficientes para atender las necesidades de este perfil que requiere otro tipo de actuaciones más adaptadas a su vulnerabilidad.

En muchos casos teniendo en cuenta los factores de riesgo, la edad y su dependencia familiar las intervenciones deben de ir orientadas también a las familias, en unos casos porque las familias presentan problemáticas severas asociadas a situaciones de pobreza y bajo ISEC, en otros porque aunque no existan esas condiciones las relaciones familiares se han deteriorado o las pautas educativas de los progenitores no han sido adecuadas.

Otro elemento a tener en cuenta es que esos problemas graves de conducta tengan repercusiones y trasciendan el núcleo familiar, de manera que hay interpuestas medidas administrativas como en el caso de la aplicación del artículo 25 de la LOGSC o como cuando hay intervención de la justicia de menores.

Tampoco podemos olvidarnos del conjunto de adultos, hombres y mujeres que mantienen consumos elevados de algunas sustancias o que practican muy habitualmente con juegos de azar. En ellos se pueden concentrar diversos factores de riesgo y pueden estar muy cerca de desarrollar una adicción.

Ante estas dificultades se han ido desarrollando algunas experiencias destinadas a atender este tipo de dificultades en el caso de adolescentes y jóvenes, en la ciudad de Vitoria-Gasteiz existen algunas experiencias de este tipo que atiende estos casos propios de la ciudad y de su área de influencia. Estas iniciativas se refieren fundamentalmente a personas jóvenes y adolescentes pero no a adultos.

Teniendo en cuenta estos razonamientos en este programa se podrían desarrollar una serie de proyectos anuales:

Proyecto 13.1 Atención a adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales.
--

Objetivo: Reducir los riesgos de personas adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y/o con problemas de comportamiento. por medio de intervenciones individualizadas.
--

Descripción-actividades:

Existen situaciones en las que el fenómeno de las adicciones y el consumo de sustancias vienen acompañados por factores de riesgo de tipo personal requiriéndose en éste caso intervenciones individualizadas que respondan a las necesidades concretas de las personas atendidas.
--

Estas intervenciones se realizan a través de Programas de entidades especializadas.

**Proyecto 13.2 Atención a la familia de adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales.**

Objetivo: Reducir los riesgos de personas adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y/o con problemas de comportamiento. por medio de intervenciones con su familia.

Descripción-actividades:

Asociado al programa de atención a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo por factores individuales, se desarrollará éste Proyecto dirigido a las familias en las que se da ésta circunstancia que requiere una identificación previa y las consiguientes intervenciones que den respuesta a las circunstancias personales.

Estas intervenciones se realizan a través de Programas de entidades especializadas.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA IV: PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA**PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LINEA**

1. ¿Se ha puesto en marcha el proyecto de prevención con las familias vulnerables? ¿Cuál es el número de familias atendidas?.
2. ¿Se ha puesto en marcha el proyecto de prevención selectiva y reducción de riesgos ante el uso de drogas en ESO, Bachiller y Formación profesional?, ¿Cuál es el número de centros participantes?.
3. ¿Se ha puesto en marcha el proyecto de prevención selectiva y reducción de riesgos ante el uso de drogas en centros con PCPI?, ¿Cuál es el número de centros con PCPI participantes?.
4. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de intervención socio-educativa con adolescentes y jóvenes con factores de riesgo? Y ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
5. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de apoyo a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo por factores sociales? y. ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
6. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de información, prevención y orientación de las ludopatías? y. ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
7. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de intervenciones grupales en colectivos de mujeres vulnerables? y. ¿Cuántas mujeres han sido atendidas?
8. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de reducción de riesgos en intervenciones informativas sobre drogas y de testado de sustancias en torno a usos recreativos? y. ¿Cuántas personas han sido atendidas?
9. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de puntos de reducción de riesgos asociados al uso de drogas en lonjas juveniles? y ¿En cuántas lonjas se ha aplicado?.
10. ¿Se han puesto en marcha el proyecto sensibilización sobre el consumo de alcohol y reducción de riesgos? y. ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
11. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de prevención indicada de atención a adolescentes y jóvenes en riesgo por factores individuales? Y ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
12. ¿Se han puesto en marcha el proyecto de prevención indicada de atención a las familias de adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por factores individuales? Y ¿Cuántas familias han sido atendidas?.



El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado totalmente o casi	Se ha cumplimentado la mitad aprox.	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
9.1.- Intervención en familias vulnerables con hijos con problemas de consumo					
10.1.- Prevención Selectiva y Reducción de riesgos en ESO, Bachiller y FP					
10.2.- Prevención Selectiva y Reducción de riesgos en Centros con PCPI					
11.1.- Intervención socio-educativa con adolescentes con factores de riesgo.					
11.2.- Apoyo a adolescentes y jóvenes en riesgo por factores sociales					
11.3.- Información, prevención y orientación de las ludopatías					
11.4.- Intervenciones grupales en colectivos de mujeres vulnerables					
12.1.- Reducción de riesgos en intervenciones informativas sobre drogas y de testado de sustancias en torno a usos recreativos					
12.2.- Reducción de Riesgos asociados al consumo en lonjas juveniles.					
12.3.- Sensibilización sobre el consumo de alcohol y reducción de riesgos.					
13.1.- Prevención indicada de atención individualizada a adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales.					



13.2.- Prevención indicada a través de intervención con las familias de adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales.					
--	--	--	--	--	--



LÍNEA V: COMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO

La meta de la Línea V: Complementar la intervención asistencial terapéutica actual sin causar interferencias ni duplicación de recursos.

Esta línea está encomendada a La Unidad de Salud Pública buscando la colaboración del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

5.1.-Fundamentación

El abordaje terapéutico frente a las adicciones es responsabilidad del Sistema Vasco de Salud Osakidetza y así viene siendo desde hace muchas décadas.

El Departamento de Salud cuenta para ello con una red pública de recursos constituida por centros propios de Osakidetza y por centros convenidos con entidades privadas sin ánimo de lucro, lo cual le permite proporcionar una asistencia gratuita y de calidad a la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En esa estructura de recursos se atiende fundamentalmente a personas con adicción al alcohol y a las drogas ilegales como la heroína, la cocaína, el cannabis y las anfetaminas. Sin embargo, las personas que padecen una adicción a estas sustancias no son las únicas que padecen adicciones ya que hay otras dos que tienen un gran peso en la sociedad como son el Tabaco y la adicción a los juegos de azar y con las consiguientes efectos negativos para la salud física y mental y los problemas sociales que acarrearán.

Una cuarta parte de la población entre 15 y 75 años (un 25,7% del total de la población) fuman a diario y son casi la mitad de las personas que han fumado tabaco en alguna ocasión. Si sumamos los dos grupos de las personas que fuman, el de fumadores ocasionales y el de fumadores diarios, hablaríamos de casi un tercio de la población (un 31,2%) de personas que fuman y que se distribuyen de la siguiente manera: Casi uno de cada cinco no llega a los 5 cigarros al día (19,4%) y en este grupo están los fumadores ocasionales que no llegan a un cigarro al día; Casi dos quintos fuman entre 5 y 10 cigarrillos al día (38,0%); Casi otros dos quintos fuman entre 11 y 20 cigarrillos (37,5%); Finalmente están quienes fuman más de un paquete, que son uno de cada veinte (5,2%) *Cap. I Diagnostico estadístico apartado 1.- El tabaco*).

De las personas que juegan habitualmente con juegos de azar dinerario, en máquinas, apuestas, cartas, Etc., podemos decir que hay un 1,6% de personas en riesgo de desarrollar una dependencia de este tipo de juegos y un 10,6% de jugadores habituales. *(Cap. I Diagnostico estadístico apartado 7.- Adicción al juego y otros problemas de comportamiento)*.

Entre un 0,5 y un 0,4 % de la población pueden padecer alcoholismo y entre un 3,0 - 2,0 % puede estar en riesgo de padecerlo por un consumo frecuente y abusivo de la sustancia. Estas personas mantienen una cierta frecuencia de consumo, y aunque no rebasen ciertos límites pueden incrementar la dosis por circunstancias sobrevenidas (la pérdida del trabajo, ruptura sentimental, el fallecimiento de un ser querido...) y ubicarse como consecuencia en una situación de riesgo. *(Cap. I Diagnostico estadístico apartado 2.- El alcohol)*. El alcoholismo surge después de 15 - 20 años de consumo abusivo de alcohol. De hecho, la demanda asistencial de estas personas se produce a una edad media de 46,3 años, siendo especialmente relevantes las demandas que se dan entre las personas de 40 - 55 años. *(Cap. I Diagnostico estadístico apartado 2.- El alcohol)*. En muchos casos los problemas parecen ser detectados cuando acuden



al ambulatorio por problemas de salud y aparecen alteraciones analíticas que apuntan a un abuso de alcohol. A menudo estos pacientes niegan el consumo abusivo y se resisten a poner freno a la ingesta. (*Cap. III Diagnostico cualitativo apartado 2.- El alcohol*).

Las mujeres muestran unos niveles de implicación significativamente más bajos que los varones a los consumos más frecuentes, al consumo en general y a otro tipo de conductas menos aceptadas socialmente, con unos ratios en torno a 4 varones por cada mujer. Este dato concuerda con las demandas asistenciales. (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 8.- Diferencias y particularidades entre varones y mujeres*).

Sin embargo, hay una serie de hechos como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el riesgo de generar un problema de alcoholismo, la práctica de juego o el uso de internet, en los que las diferencias entre ambos sexos en la juventud de no es tan grande; mientras, en el uso de psicofármacos las mujeres superan a los varones, incluso las de más edad. Todo esto no concuerda con las demandas asistenciales, por lo que no es impensable que entre ellas sea más frecuente la existencia de una mayor ocultación de los consumos y de los problemas añadidos. Habría que analizar las causas detalladamente, pero creemos que el rol femenino y la consiguiente repercusión del estigma social negativo de las mujeres, unido al sentimiento de culpabilidad y de fracaso de quien asume la misión de “cuidar a los demás”, tienen mucho peso a la hora de dar significado a estos consumos. (*Cap. I Diagnostico estadístico apartado 8.- Diferencias y particularidades entre varones y mujeres*).

Como en el caso de la prevención selectiva, también aquí nos encontramos con personas para las que no han funcionado los sistemas de protección de la familia, la escuela o la comunidad, y/o que de partida tienen dificultades personales graves de manera que tienen una alta posibilidad de insistir en comportamientos de riesgo que ya realizan y que están asociados a otras dificultades con la familia, la escuela o la comunidad natural en la que viven.

Como los factores se articulan como un mecanismo en función del sistema de oportunidades, nos vamos a encontrar con diversas problemáticas que a menudo se definen por el hecho externo más visible (consumo habitual de drogas, hábitos de juego, abuso de internet, conflictos familiares...) pero que esconden otro tipo de problemática sobre la que hay que intervenir.

5.2.- Propuestas

La voluntad de muchas personas por abandonar el consumo de tabaco se ve reducida con cierta frecuencia por no encontrar apoyos profesionales suficientes que les ayuden a dejar el hábito, de manera que las demandas en esta línea chocan a veces con una oferta de apoyo que no es suficiente.

Las personas con un problema de adicción al juego no siempre cuentan con un apoyo suficiente ante sus dificultades, y su situación puede verse mejorada si se encuentran ante iniciativas que les orienten y les apoyen en su proceso terapéutico.

Los facultativos de los centros de salud pueden desarrollar una actividad preventiva de detección temprana y de apoyo a los y las pacientes que tengan consumos elevados de alcohol, de psicofármacos para que reduzcan significativamente sus ingestas.

Los recursos sociales y comunitarios, tanto profesionales como de voluntariados, por su contacto con personas solas, personas vulnerables, personas con algún grado de dependencia, Etc. también pueden tener conocimiento de situaciones en las que se producen consumos



abusivos de alcohol, de psicofármacos o de otras drogas, así como prácticas abusivas de juegos de azar.

Con esa finalidad de complementar la oferta asistencial esta *Línea V de Complementación del Abordaje Terapéutico* puede poner en marcha dos programas.

.- El Programa V.14 – *Detección y Derivación de Casos*.

.- El Programa V.15 -. *Complementación de la intervención asistencial*.

PROGRAMA 14.- DETECCIÓN Y DERIVACIÓN DE CASOS

El objetivo es poner en marcha un sistema que permita detectar tempranamente a las personas con problemas derivados de un consumo elevado o de riesgo de drogas y de una práctica intensa de juegos de azar, incluida la adicción, y orientar a dichas personas hacia una intervención terapéutica.

Hay personas adultas consumidoras excesivas de alcohol que, aunque no hayan desarrollado una dipsomanía, tengan un estilo de vida con un elevado consumo de alcohol y, por lo tanto, es probable que cambios importantes en su vida (jubilación, desempleo, separación...), puedan favorecer un incremento del consumo con los consiguientes problemas. En situación similar también se pueden encontrar otras personas consumidoras habituales de psicofármacos o jugadores habituales. Tanto en determinadas zonas del casco urbano como en algunas localidades rurales del municipio nos podemos encontrar con personas en las cuales la vida cotidiana y el ocio tienen que ver con pautas de consumo de alcohol muy frecuentes (en la comidas, las reuniones en bares y sociedades, las partidas de sobremesa...).

Se pueden promover diversas intervenciones y articular iniciativas a través de recursos sanitarios y sociales dirigidas a detectar a personas en mayor riesgo y posteriormente realizar un trabajo de orientación dirigiéndolos hacia recursos terapéuticos.

En esta intervención se desarrollarán una serie de intervenciones y proyectos destinados a promover una postura activa por parte de agentes de salud y sociales que permita alcanzar el objetivo de detectar y orientar a personas con problemas de consumo de drogas o de prácticas abusivas de juego.

Proyecto 14.1 Elaboración de una Guía de recursos sobre adicciones de Vitoria-Gasteiz.
Objetivo: Mantener informada a la población sobre los recursos a los que puede acudir.
Descripción-actividades: A través de éste Proyecto se pretende disponer de una guía que recoja los distintos recursos que existen en Vitoria-Gasteiz en materia de prevención y de atención a adolescentes en situación de riesgo para consumir sustancias o en situación de consumos problemáticos. En ésta guía se recogerán las descripción de los programas y recursos, población destinataria y vías de acceso. Esta guía puede tener dos formatos, uno para el público en general, pudiendo estar disponible en diversos centros y recursos del municipio (centros cívicos, recursos sociales, asociaciones, ambulatorios...) y el otro formato diseñado para los profesionales de recursos como: servicios sociales, sanitarios, educativos, culturales, policía local, etc.

**Proyecto 14.2.- Protocolo para la detección precoz de casos especialmente vulnerables y en alto riesgo de desarrollar una adicción.**

Objetivo: Abordaje temprano de casos de alta riesgo de desarrollo de una adicción incrementando las posibilidades de evitarla.

Descripción-actividades:

Recopilar información sobre experiencias en las que se haya puesto en marcha intervenciones similares de detección precoz y abordaje temprano de adicciones.

Crear un grupo de trabajo para realizar un diseño de intervención o proyecto de intervención contando con la colaboración de diversos servicios que puedan estar en contacto con dichas problemáticas.

Poner en marcha la intervención de una manera experimental y realizar una evaluación sobre sus resultados en un periodo de tiempo.

Introducir mejoras resultantes de la evaluación e ir extendiendo la experiencia.

PROGRAMA 15.- COMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

El objetivo es Reducir el impacto negativo que producen la adicción al tabaco y a los juegos de azar dinerarios en las personas que las padecen.

Con esa finalidad habría que ampliar los recursos que la red pública de Sanidad presta a estas adicciones en la ciudad de Vitoria-Gasteiz, pero siempre en una línea de complementariedad, evitando duplicidades e interferencias, para lo cual las iniciativas se desarrollarán en coordinación con el Departamento de Salud del GV-EJ.

Proyecto 15.1 Deshabitación Tabáquica.**Objetivos:**

- Facilitar el abandono del tabaquismo en la población fumadora.
- Mejorar la calidad de vida de amplios sectores de la población.
- Disminuir la prevalencia del cáncer en la población general.
- Promover la salud como un valor fundamental y un recurso básico para el desarrollo personal y social.
- Sensibilizar sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludables y eliminar comportamientos de riesgo asociados con el cáncer.
- Prevenir el uso de tabaco.

Descripción-actividades:

Actividades y campañas de sensibilización y prevención orientadas a la reducción del tabaquismo en la población de Vitoria-Gasteiz.

Organización de actividades, cursos o sesiones para dejar de fumar.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA V: COMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO**PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LINEA V:**

1. ¿Se ha elaborado la guía de recursos sobre adicciones en Vitoria-Gasteiz?, ¿Ejemplares editados y Cómo se ha distribuido? ¿Esta accesible en Internet?.



2. ¿Se ha diseñado el protocolo para la detección precoz y el abordaje temprano de personas en alto riesgo de desarrollo de una adicción? ¿Se ha creado el grupo de trabajo? ¿el grupo de trabajo ha recopilado información al respecto? ¿Se ha desarrollado dicho protocolo?, ¿Se ha realizado la evaluación?.
3. ¿Se ha desarrollado el proyecto de deshabituación tabáquica?, ¿Cuántas acciones se han llevado a cabo? Y ¿Cuántas personas han participado?.

El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado totalmente o casi	Se ha cumplimentado como la mitad	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
14.1.- Elaboración de una Guía de Recursos sobre adicciones					
14.3.- Protocolo de detección precoz y abordaje temprano					
15.1.- Deshabituación Tabáquica					

LINEA VI: PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

La meta de la Línea VI Implementar una estructura de recursos que permitan atender las necesidades a personas con una adicción, proporcionándoles unas condiciones aceptables de vida en los social y lo sanitario, mejorando su calidad de vida y facilitando su inclusión e incorporación social.

Esta línea está encomendada al Departamento de Asuntos Sociales junto con La Unidad de Salud Pública como coordinadora de los proyectos e incorpora a los centros asistenciales, así como al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación de Araba-Álava y al Departamento de Acción Social y Empleo del Gobierno Vasco, que según la Ley 12/2008 sobre Servicios Sociales tiene competencia sobre determinados recursos que rebasan la competencia municipal.

6.1.-Fundamentación

Algo más de 400 personas son atendidas en los servicios municipales dirigidos a la alta exclusión. La mayoría de estas personas presentan problemáticas personales relacionadas con el alcoholismo (60%), adicción a otras sustancias (41%) y ludopatías (5%). Es frecuente además que presenten varias adicciones y que compartan éstas con otros trastornos mentales, de manera que el diagnóstico dual es una realidad habitual en la que abunda la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, rasgos del espectro delirante, el trastorno antisocial, el retraso mental, etc. (*Cap. I Diagnostico estadístico apartados: 2.- El alcohol; 4.- Las otras drogas ilegales; y 6.- La adicción al juego y otros problemas de comportamiento*).

Se ha incrementado el número de personas con diagnóstico de politoxicomanía donde las sustancias habituales de consumo son el cannabis y el alcohol; éste en grandes cantidades. También se presentan cuadros de trasvase, pasando del uso de drogas a la ludopatía.



Se ha reducido el intercambio de jeringuillas en alguno de los servicios de acogida a la exclusión, pero se mantiene en otros más específicos como Sidalava y en las farmacias y se apunta en este caso a personas nuevas, no a *viejos usuarios*.

Hay muchos más varones que mujeres atendidas en estos servicios pero estas presentan una problemática más severa y más difícil de atender.

Algunas características de estas personas son su edad media de 55 años sin relaciones familiares, sin cualificación profesional, con empleos puntuales o marginales, policonsumidores, que comenzaron a consumir en la adolescencia, crónicos con recidivas, con consumos diarios e impermeables al tratamiento.

6.2.- Propuestas

La ciudad cuenta con una serie de recursos para atender a personas que están en una situación de vulnerabilidad o de exclusión social por diversos motivos (el paro, la pobreza, problemas mentales, problemas familiares graves...), entre las cuales están las personas usuarias de drogas, personas adictas a drogas, adictas al alcohol o adictas a los juegos de azar; recursos tales como centros de acogida nocturna, albergues, comedores sociales, refuerzo de la Renta de Garantía de Ingresos del GV, Etc.

Por un lado habrá que contemplar la posibilidad de reforzar estos recursos, por cuanto la situación económica puede hacer que crezca el número de personas con problemas de este tipo, especialmente entre personas que mantienen una cierta tensión con el consumo de alcohol, con el juego o con el consumo de otras drogas, que por el momento no ocasionan graves disturbios, pero que ante una situación vital traumática como la pérdida del empleo pueden incrementar sus usos y avanzar hacia situaciones de exclusión.

El contacto con estos recursos, además de asegurar unos mínimos vitales pueda ayudar a algunas personas a progresar en su situación, mejorando sus condiciones de vida y de bienestar, llegando a propiciar su proceso de inclusión e incorporación social.

Por otra parte nos encontramos con otras intervenciones específicas para personas cuya situación de exclusión esté asociada a una adicción, como pueden ser los programas de intercambio de jeringuillas.

En definitiva, en esta *Línea VI de Prevención determinada* se desarrollarán dos programas:

.- El Programa VI.16 - De intervenciones específicas PARA personas con adicción en riesgo o en situación de exclusión.

.- El Programa VI.17.- Cobertura de necesidades sanitarias y sociales básicas para personas en situación de exclusión social o en riesgo de exclusión.

PROGRAMA 16.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA PERSONAS CON ADICCIÓN EN RIESGO O EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN

El objetivo es contribuir a que personas adictas o ex adictas puedan mejorar sus condiciones de vida y sortear la alta exclusión.

Teniendo en cuenta que existen muy diversos recursos para atender las situaciones de exclusión y vulnerabilidad social a todas las personas, incluidas las que tienen una adicción, bajo este programa se desarrollarían tres proyectos específicos:



Proyecto 16.1 Besarkade Etxea.
Objetivo: Dotar a personas infectadas por VIH y carentes de cobertura socio-familiar y económica de una residencia estable o temporal y un marco de referencia afectivo, relacional y ocupacional.
Descripción-actividades: Recurso socio-sanitario para personas infectadas por VIH en un estadio avanzado de la enfermedad y/o carentes de cobertura socio-familiar y económica suficiente que les permita realizar una vida de forma autónoma o ser atendidas en su núcleo familiar. algunas de estas personas tienen consumos asociados. Se atiendan las necesidades básicas de alimentación, higiene personal y limpieza, a la vez que se realiza un seguimiento clínico-sanitario. A través del acompañamiento se intenta la recuperación global del residente, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de éste y conseguir su autonomía personal e inserción social.

Proyecto 16.2 Integración de personas exdrogadictas.
Objetivo: Favorecer la integración e inclusión social de las personas drogodependientes que han abandonado la adicción.
Descripción-actividades: Asistencia e inserción social para el desarrollo de programas y actuaciones que favorezcan la integración de personas ex drogadictas y/o sus familias, desde un enfoque biopsicosocial y un modelo integral que consiste en aprender a vivir de manera autónoma y sin ningún tipo de dependencia. En definitiva es un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso consiste en el enfoque de trabajo desde un marco terapéutico-educativo. Este proyecto contempla diferentes itinerarios de inserción como son la comunidad terapéutica de reinserción, el programa Aukera e itinerarios mixtos.

Proyecto 16.3 Prevención de VIH.
Objetivo: Reducir los factores de riesgo e incrementar los factores preventivos ante los riesgos de posibles contagios del VIH.
Descripción-actividades: Programa de actividades dirigidas a alcanzar las necesidades individuales de personas especialmente vulnerables y de población general, persiguiendo incrementar la información existente en el campo del VIH y promover conductas saludables. Algunas de las personas objeto de los programas de prevención tienen consumos. Las acciones concretas de información y prevención son: servicio de consultas e información telefónica, personal y online (web), reparto de material preventivo, servicio de prueba rápida de detección del VIH/SIDA, día mundial de la lucha contra el sida, campañas de prevención, charlas, cursos y colaboraciones.

PROGRAMA 17.- COBERTURA DE NECESIDADES SANITARIAS Y SOCIALES BÁSICAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL O EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

El objetivo es proporcionar recursos sociales y sanitarios que cubran las necesidades básicas asegurando la subsistencia y la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de



exclusión social o en alto riesgo de exclusión, y que puedan atender a personas con problemas de adicción.

Cómo se ha comentado la ciudad cuenta con una serie de recursos sociales que pueden asegurar unos mínimos para cubrir el objetivo que se persigue de asegurar la subsistencia y la mejora de la calidad de vida y, por lo tanto, parte de este programa ha de ir destinado a que se mantengan estos servicios.

Estos servicios, recursos y proyectos constituyen un anillo de protección frente a los procesos de exclusión social por diversas causas entre las que se pueden contar las adicciones a drogas ilegales, la adicción al alcohol o la adicción a los juegos de azar.

Al no ser recursos específicos, no serán expuestos con detalle pero si forman parte de este plan de adicciones.

Proyecto 17.1 Estrada.

Objetivos:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Mejorar la situación física y psicosocial de las personas que asisten al centro.- Incrementar el potencial del que parte cada persona, garantizando un nivel mínimo de socialización y atención integral.- Conducir a la persona hacia una mayor autonomía. |
|---|

Proyecto 17.2 Aterpe.

Objetivos:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Acoger en horario nocturno a personas en grave situación de exclusión social.- Favorecer el proceso de incorporación social. |
|---|

Proyecto 17.3 Estancias Cortas CMAS.

Objetivo: Cubrir las necesidades básicas de alojamiento y manutención de aquellas personas y familias que por distintas circunstancias se encuentran en situación o riesgo de exclusión social y residencial y que no inician un proceso de incorporación social.
--

Proyecto 17.4 Acogida a Personas con Problemas de Exclusión Social.
--

Objetivos:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de exclusión social y especial vulnerabilidad.- Potenciar la autonomía personal.- La coordinación con otros servicios, ofreciendo una adecuada información sobre sus recursos y facilitando la derivación si fuera necesario. |
|---|

Proyecto 17.5 Intervención sociosanitaria integral con personas en situación de riesgo o exclusión social (Servicio GAIA).

Objetivo: Ofrecer una atención psicosocial, educativa y sanitaria, coordinada y estable de equipos interdisciplinares que responda de manera integral a las necesidades de las personas usuarias, con el fin



de alcanzar el máximo nivel de autonomía.

Proyecto 17.6 Comedor Social.

Objetivo: Garantizar la alimentación diaria a personas que presentan dificultades de índole personal o social para realizarla de forma autónoma en su domicilio.

Proyecto 17.7 Hurbil

Objetivos:

- .- Paliar los efectos que provoca la exclusión social a través de actuaciones encaminadas a modificar el estilo de vida.
- .- Adquisición de hábitos de conducta saludables que mejoren la calidad de vida de las personas.
- .- Facilitar el acceso de estas personas a la red de recursos de atención, a través de un acompañamiento y seguimiento por los miembros del equipo.
- .- Potenciar en las personas los recursos y habilidades conservadas y adquisición de las necesarias para poder mantener un comportamiento competente en el medio.

Proyecto 17.8 Casa Abierta.

Objetivos:

- .- Facilitar alojamiento y manutención a personas que se encuentran en situación o riesgo de exclusión social y residencial.
 - .- Potenciar los recursos personales existentes y favorecer la adquisición de aquellos que permitan mantener un comportamiento competente en el medio.
 - .- Promover actitudes y hábitos positivos relacionados con la salud (adicciones, tratamientos farmacológicos...).
 - .- La ocupación adecuada del ocio y tiempo libre.
- Implicar a las personas en su proceso de inclusión social (búsqueda de empleo, vivienda, gestiones personales...).
- .- Favorecer la adquisición de habilidades que permitan mantener una vida autónoma (actividades domésticas, hábitos higiénicos...).

Proyecto 17.9 Larga Estancia CMAS.

Objetivos:

- .- Facilitar alojamiento y manutención a aquellas personas y familias que por distintas circunstancias se encuentran en situación o riesgo de exclusión social y residencial de manera provisional o prolongada en el tiempo.
- .- Favorecer procesos de incorporación social a través de acciones normalizadoras y de acompañamientos orientados a la inclusión social.

**Proyecto 17.10 Talleres de Ocio y Ocupacional Estrada.****Objetivos:**

- .- Dar respuesta a las necesidades de personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social extrema.
- .- Dar cobertura a las necesidades sanitarias y sociales básicas para personas con problemas de adicción en situación de exclusión social o en riesgo de exclusión.

Proyecto 17.11 Inserción Socio laboral Prelaboral.**Objetivos:**

- .- Dotar de recursos personales, en el ámbito personal y socio-laboral a las personas que participan en el Programa.
- .- Contener y evitar el deterioro progresivo de la competencia personal.
- .- Estimular el aprendizaje, rehabilitación y aprovisionamiento de recursos personales, para un afrontamiento eficaz de las demandas generadas en la vida cotidiana de la persona.
- .- Maximizar el desarrollo de las redes competentes de apoyo social, estimulando la participación activa de la persona en su entorno comunitario.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE TODA LA LÍNEA VI: PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL**PREGUNTAS A RESPONDER EN LA EVALUACIÓN DE LA LINEA VI**

1. ¿Se ha desarrollado el proyecto Besarkade Etxea? y ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
2. ¿Se ha desarrollado el proyecto de integración de personas exdrogadictas? y ¿Cuántas personas han sido atendidas?.
3. ¿Se ha desarrollado el proyecto prevención de VIH?.
4. ¿Qué proyectos del programa 17 de *cobertura de necesidades sanitarias y sociales básicas para personas en situación de exclusión social o en riesgo de exclusión* se han realizado?, ¿Se conoce el número de personas atendidas en este programa?, ¿Se tiene una estimación del número de personas con adicciones atendidas en estos proyectos?.



El proyecto	Se ha iniciado	Se ha cumplimentado totalmente o casi	Se ha cumplimentado como la mitad	Se ha cumplimentado menos de la mitad	Valoración de la Adecuación del proyecto
16.1.- Besarkade Etxea					
16.2.- Integración de personas exdrogadictas.					
16.3.- Prevención del VIH					
17.1.- Estrada					
17.2.- Aterpe					
17.3.- Estancias Cortas CMAS					
17.4.- Acogida a Personas con Problemas de Exclusión Social					
17.5.- Intervención sociosanitaria con personas en situación de riesgo o exclusión social					
17.6.- Comedor Social					
17.7.- Hurbil					
17.8.- Casa Abierta					
17.9.- Larga Estancia CMAS					
17.10.- Talleres de Ocio y Ocupacional Estrada					
17.11.- Inserción Socio laboral Prelaboral					



VI.- ESQUEMA DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS COMPETENTES

A continuación presentamos un esquema de la estructura operativa de intervención del IV Plan de Adicciones de la ciudad de Vitoria-Gasteiz, de manera que el lector pueda tener una visión panorámica del tipo de intervenciones y como estas se articulan desde los proyectos hasta las líneas pasando por los programas

Hemos considerado conveniente además, incluir la información del Departamento que es responsable de cada proyecto concreto y que otros Departamentos o servicios están también implicados en su ejecución, por lo que será necesaria una coordinación entre ellos.



IV PLAN LOCAL DE ADICCIONES DE VITORIA-GASTEIZ 2015-2019

MISIÓN. Optimizar la respuesta y las intervenciones del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en lo referente a las adicciones, a fin de reducir las consecuencias de los problemas derivados del uso de drogas y de otros comportamientos afines en la ciudad

LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
LINEA 1 APOYO A LA INTERVENCION: DISEÑO, PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y FORMACION A PROFESIONALES	Programa 1 Diseño, Planificación y Evaluación de las Intervenciones	Proyecto 1.1 Elaboración del Plan de Acción anual con los proyectos a realizar en cada ejercicio y su sistema de evaluación.	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
	Programa 2 Coordinación	Proyecto 2.1 Coordinación General	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
		Proyecto 2.2 Blog Drogasteiz	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Seguridad Ciudadana Implicados: Educación Juventud Asuntos Sociales Igualdad



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
	Programa 3 Formación de Profesionales	Proyecto 3.1 Capacitación para profesionales de los Servicios Municipales	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Función Pública Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
		Proyecto 3.2 Formación sobre drogas a mediadores con jóvenes	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
LÍNEA 2 CONTROL DE LA DISPONIBILIDAD	Programa 4 Control de las actuaciones realizadas en torno a las drogas ilegales	Proyecto 4.1 Intervenciones por tenencia y/o consumo de sustancias estupefacientes en aplicación de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana 1/92	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 4.2 intervención socioeducativa para jóvenes menores de edad infractores de la ley 1/92 por consumo de drogas en lugares públicos.	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 4.3 Intervención periescolar	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 4.4 Analítica de drogas de abuso provenientes de los Expedientes por tenencia y consumo de drogas	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Laboratorio Municipal Implicado: Seguridad Ciudadana



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
LÍNEA 3 PREVENCIÓN UNIVERSAL	Programa 5 Control de las actividades realizadas en torno a drogas legales y los juegos de azar dinerarios	Proyecto 5.1 Control del consumo y venta de alcohol y tabaco a menores, así como, del acceso a los juegos de azar, de dinero y las apuestas	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 5.2 Detección de alcoholemias y sustancias tóxicas	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 5.3 Control de acceso y presencia de menores en establecimientos y espacios de juego y azar con premios dinerarios y apuestas	Responsable: Seguridad Ciudadana
	Programa 6 Prevención Universal Familiar	Proyecto 6.1 Vitoria-Gasteiz espacio educativo sin droga, prevención de las adicciones a las tecnologías, al tabaco, al alcohol, al cannabis y a los psicofármacos	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Educación
	Programa 7 Prevención Universal Escolar	Proyecto 7.1 Vitoria-Gasteiz espacio educativo sin droga prevención de las adicciones a las tecnologías, al tabaco, al alcohol, al cannabis y a los psicofármacos	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Educación
		Proyecto 7.2 Consumo responsable y seguro de Nuevas Tecnologías y Redes Sociales Web 2.0	Responsable: Seguridad Ciudadana
		Proyecto 7.3 Vitoria-Gasteiz espacio educativo sin droga Formación del Profesorado	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Educación
		Proyecto 7.4 Educación para la Salud en centros escolares	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicado: Educación
		Proyecto 8.1 Cultura y ocio creativo, saludable y participativo de las personas jóvenes de Vitoria-Gasteiz	Responsable: Juventud



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
	Programa 8 Prevención Universal Ámbito Comunitario	Proyecto 8.2 Prevención en servicios y programas municipales	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
		Proyecto 8.3 Atención e información sobre recursos, programas y demandas relacionadas con las adicciones	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 8.4 Información Ciudadana sobre drogas a través de Acción Local sobre Drogas ALD del Departamento de Seguridad Ciudadana	Responsable: Seguridad Ciudadana
LÍNEA 4 PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA	Programa 9 Prevención Selectiva Familiar	Proyecto 9.1 Intervención en familias vulnerables en las que los hijos e hijas son atendidos por problemas relacionados con consumos de sustancias	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
	Programa 10 Prevención Selectiva Escolar	Proyecto 10.1 Prevención sobre alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilegales psicofármacos y adicciones tecnológicas incorporando en su caso estrategias de reducción de riesgos, dirigido a escolares de ESO, Bachiller y FP	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Asuntos Sociales Seguridad Ciudadana
		Proyecto 10.2 Prevención sobre alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilegales psicofármacos y adicciones tecnológicas incorporando en su caso estrategias de reducción de riesgos, dirigida a Centros de Iniciación Profesional	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Asuntos Sociales Seguridad Ciudadana



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
	Programa 11 Prevención Selectiva Comunitario	Proyecto 11.1 Intervención socioeducativa con adolescentes y jóvenes que presentan factores de riesgo (PEC)	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 11.2 Apoyo a adolescentes y jóvenes en situación de riesgo por factores sociales	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 11.3 Información, Prevención y orientación de las ludopatías	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 11.4 Intervenciones grupales en colectivos de mujeres vulnerables	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Igualdad Asuntos Sociales
	Programa 12 Prevención Selectiva en el Ámbito Festivo y de Ocio	Proyecto 12.1 Reducción de riesgos en intervenciones informativas sobre drogas y de testado de sustancias en torno a usos recreativos	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Vía Pública Seguridad Ciudadana
		Proyecto 12.2 Reducción de riesgos asociados al consumo de sustancias en lonjas juveniles	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Juventud
		Proyecto 12.3 sensibilización sobre el consumo de alcohol y reducción de riesgos.	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Vía Pública Seguridad Ciudadana



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
LÍNEA 5 COMPLEMENTACION DEL ABORDAJE TERAPEUTICO	Programa 13 Prevención Indicada en el Ámbito Comunitario y Familiar	Proyecto 13.1 Atención a adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 13.2 Atención a la familia de adolescentes y jóvenes altamente vulnerables por la influencia de factores individuales	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
	Programa 14 Detección y derivación de casos	Proyecto 14.1 Elaboración de una Guía de recursos sobre adicciones de Vitoria-Gasteiz	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
		Proyecto 14.2 Protocolo para la detección precoz de casos especialmente vulnerables y en alto riesgo de desarrollar una adicción.	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública Implicados: Educación Juventud Seguridad Ciudadana Asuntos Sociales Igualdad
	Programa 15 Complementación de la intervención asistencial	Proyecto 15.1 Deshabitación Tabáquica	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
LÍNEA 6 PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL	Programa 16 Intervenciones específicas para personas con adicción, en riesgo o en situación de exclusión	Proyecto 16.1 Besarkada Etxea	Responsables: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 16.2 Integración de personas exdrogadictas	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
		Proyecto 16.3 Prevención VIH	Responsable: Medio Ambiente y Espacio Público. Salud Pública
	Programa 17 Cobertura de necesidades sanitarias y sociales básicas para personas con problemas de adicción en situación de exclusión social o en riesgo de exclusión	Proyecto 17.1 Estrada	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.2 Aterpe	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.3 Estancia cortas CMAS	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.4 Acogida a personas con problemas de exclusión social	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.5 Intervención sociosanitaria integral con personas en situación de riesgo o exclusión social (Servicio GAIA)	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.6 Comedor Social	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.7 Hurbil	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.8 Casa Abierta	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.9 Largas Estancias CMAS	Responsable: Asuntos Sociales



LÍNEA	PROGRAMA	PROYECTO	DEPARTAMENTOS
		Proyecto 17.10 Talleres de Ocio y Ocupacional Estrada	Responsable: Asuntos Sociales
		Proyecto 17.11 Inserción Socio Laboral Prelaboral	Responsable: Asuntos Sociales



Anexo: Diagnóstico estadístico detallado



1.- DATOS DESCRIPTIVOS DE VITORIA GASTEIZ Y SU POBLACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO DE VITORIA-GASTEIZ (Datos recogidos de la página oficial del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, y de su servicio de Estudios y Estadística).

La ciudad de Vitoria-Gasteiz se fundó en la edad media (año de 1181), favorecida por asentarse en una zona estratégica de comunicaciones entre la meseta castellana, la salida al mar, al estar a unos 70Kms del Cantábrico y del paso hacia el continente, situándose a unos 125Kms. De la frontera Francesa.

Físicamente se encuentra en una llanura central que está a una altitud que oscila entre los 500 y 600 metros sobre el nivel del mar (snm), exactamente la ciudad está a 525m. snm y que se encuentra encajada entre las sierras de Gorbea al norte con una máxima cota de casi 1.500m y los montes de Vitoria al sur, con alturas de unos 1.000 m.

En ese entorno hay numerosos arroyos y pequeños ríos que van a desembocar al río principal de la llanura que es Zadorra, el cual alimenta el embalse de Ullibarri-Gamboa y llega por el norte a Vitoria-Gasteiz, rodeando la ciudad por el noroeste y abandonando la llanura por el oeste creando el paso natural de Las Conchas de Arganzón.

La ciudad de Vitoria ha ido creciendo mesuradamente durante su existencia, al inicio del siglo XX contaba con poco más de 30.000 habitantes y hacia mediados de siglo apenas se había duplicado la población, pero a partir de entonces comenzó a crecer de forma rápida:

- 1960: 73.700 habitantes
- 1970: 137.000 habitantes
- 1981: 193.000 habitantes
- 1986: 208.000 habitantes
- 1991: 211.000 habitantes
- 2000: 219.000 habitantes
- 2010: 239.000 habitantes
- 2013: 243.000 habitantes

El alto crecimiento, que se produce en los veinte años que van desde mediados de la década de los 50 hasta mediados de la década de los 70, se debió al proceso de industrialización que sufrió la ciudad, lo que atrajo a gentes de las zonas rurales de centro y sur de Araba-Álava y de las comarcas cercanas. Hasta esos años Vitoria-Gasteiz era un núcleo administrativo y de servicios de toda la zona especialmente de Araba, del suroeste de Gipuzkoa y del sur de Bizkaia.

Una idea del proceso migratorio que ha envuelto a Vitoria-Gasteiz se puede observar a través de la tabla 0.1 adjunta, que muestra como entre las personas mayores de 65 años únicamente el 20% son de la ciudad, mientras que más de la mitad provienen de otras CC.AA. del estado, y casi tanto como las vitorianas son también las alavesas, el peso de las vizcaínas y guipuzcoanas es pequeño, entre otros motivos porque en esos años estos territorios también fueron receptores de mano de obra, tampoco tienen peso las personas extranjeras, esto refleja



precisamente que las personas que vinieron a trabajar a la ciudad hace 50, 40 y 30 años se fueron afincando en ella.

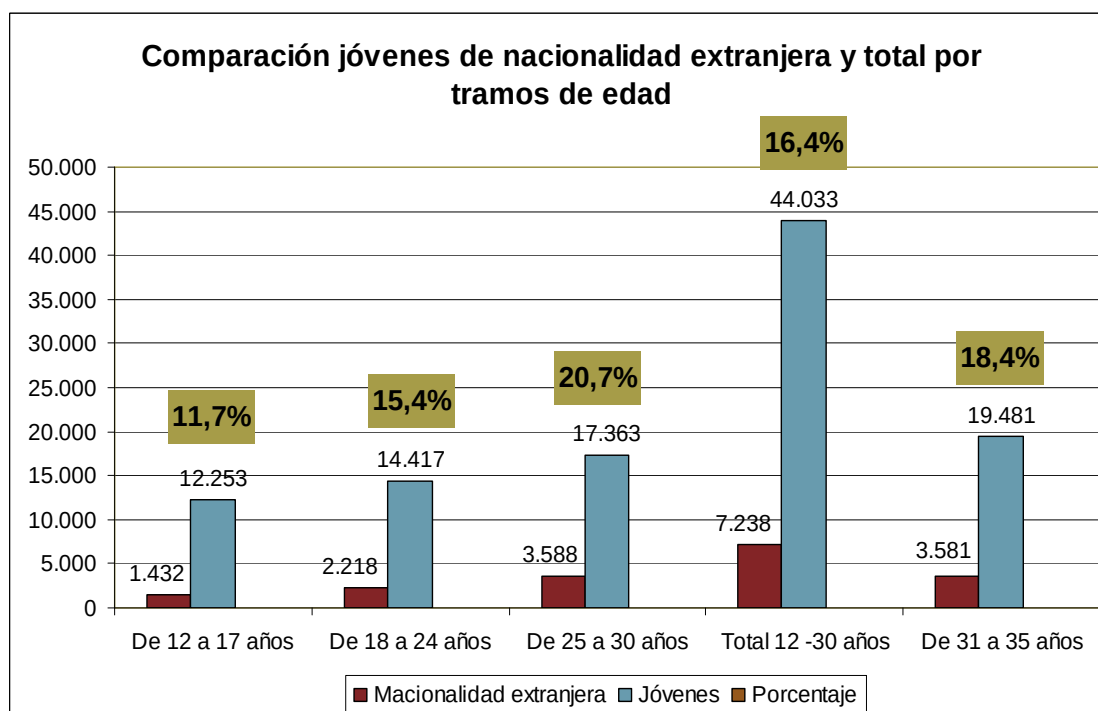
El peso de las personas inmigrantes se reduce en el siguiente grupo de edad, aun cuando los y las gasteizarras sólo son la mitad entre sus habitantes, los del resto del Estado siguen manteniendo un alto porcentaje y los del resto de la CAPV son muy minoritarios y crecen los extranjeros. Finalmente las personas más jóvenes son en su gran mayoría autóctonas y el grupo más destacado de foráneos es el de los extranjeros, el resto es muy poco relevante.

Tabla 0.1.- Procedencia de las personas habitantes de Vitoria-Gasteiz, según grupos de edad:

Procedencia	0-14		15-65		65 y +		Total	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
Vitoria-Gasteiz	28.059	85,8	82.529	49,9	8.443	19,9	119.031	49,5
Resto del Estado	1.061	3,2	38.054	23,0	23.621	55,6	62736	26,1
Extranjero	2.863	8,8	24.513	14,8	606	1,4	27.982	11,6
Resto de Alava	205	0,6	5.743	3,5	6.795	16,0	12743	5,3
Vizcaya	314	1,0	7.607	4,6	1.590	3,7	9.511	4,0
Guipuzcoa	183	0,6	6.991	4,2	1.403	3,3	8.577	3,6
Total	32.685	100,0	165.437	100,0	42.458	100,0	240.580	100,0

A pesar de que la proporción de personas inmigrantes extranjeras no es muy abultado, si analizamos las cifras en los grupos de edad de adolescentes y jóvenes las proporciones si son destacables, de manera que las personas jóvenes que tienen nacionalidad extranjera representan un 16,7% de la población joven, mientras que las personas jóvenes nacidas en el extranjero representan un 21,9% de la misma, la diferencia son las personas jóvenes que ya tienen la nacionalidad conseguida.

Gráfico 1.1.- proporción de la población extranjera entre los jóvenes de 12 a 35 años



Si comparamos los porcentajes que representan dichas personas jóvenes de nacionalidad extranjera por tramos de edad, podemos ver que son mucho más numerosos en los tramos de 25 a 30 años y de 31 a 35 años, con porcentajes entre el 18 y el 20,7 %, mientras que en los tramos entre 12 y 24 años, los porcentajes son bastante menores.

1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE VITORIA Y COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN DE LA CAPV (Datos recogidos del servicio de Estudios y Estadística del Ayto. de Vitoria-Gasteiz, y del EUSTAT).

La ciudad de Vitoria-Gasteiz con sus casi 240.000 habitantes en 2011 representa el 11% de la población de la CAPV y el 74,7% de la población del territorio de Araba-Álava (Tabla 1.1).

La superficie del municipio es de 276,81 Km² y en ella podemos distinguir actualmente un núcleo urbano con 27 barrio en los que residen unas 234.000 personas, el 98% de la población y 63 pequeñas localidades rurales con unos 5.000 habitantes, el 2% de la población del municipio, localidades que han venido incorporándose al municipio según este iba absorbiendo la población de estos núcleos e iba necesitando mayor territorio para acomodar a los nuevos residentes y proporcionarles servicios.

Tabla 1.1.- Población de Vitoria-Gasteiz 2011 y relación con Araba y la CAPV

	Población total	% sobre Araba-Álava	% sobre CAPV
CAPV	2.179.815		100
Araba-Álava	321.254	100	14,7
Vitoria-Gasteiz	239.949	74,7	11,0

La diferencias entre edad y sexo en distribución de la población entre la ciudad de Vitoria y el conjunto de la CAPV son muy pocas, en Vitoria-Gasteiz hay un pequeña proporción mayor de varones y de gente más joven que en el conjunto de la CAPV (Tabla 1.2.A).

Tabla 1.2.A.- Población de Vitoria-Gasteiz y de la CAPV según sexo y edad (2011)

	VITORIA-GASTEIZ		C.A. DE EUSKADI	
	Absolutos	%	Absolutos	%
Varones	118.215	49,3	1.063.575	48,8
Mujeres	121.734	50,7	1.116.240	51,2
De 0-19 años	42.945	17,9	383.424	17,6
De 20-64 años	153.982	64,2	1.364.931	62,6
Más de 64 años	43.022	17,9	431.460	19,8
Densidad de población	867,0	-	301,0	-

En los gráficos posteriores podemos ver los datos del número de personas jóvenes por tramos de edad y después segmentados por sexo.

Tabla 1.2.B.- Población Juvenil total de Vitoria-Gasteiz, por tramos de edad. (2013)

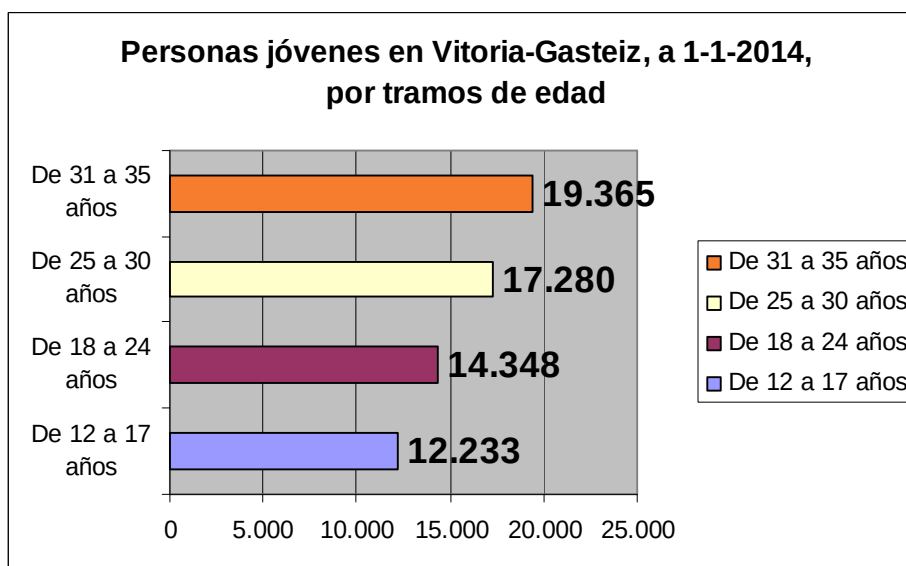
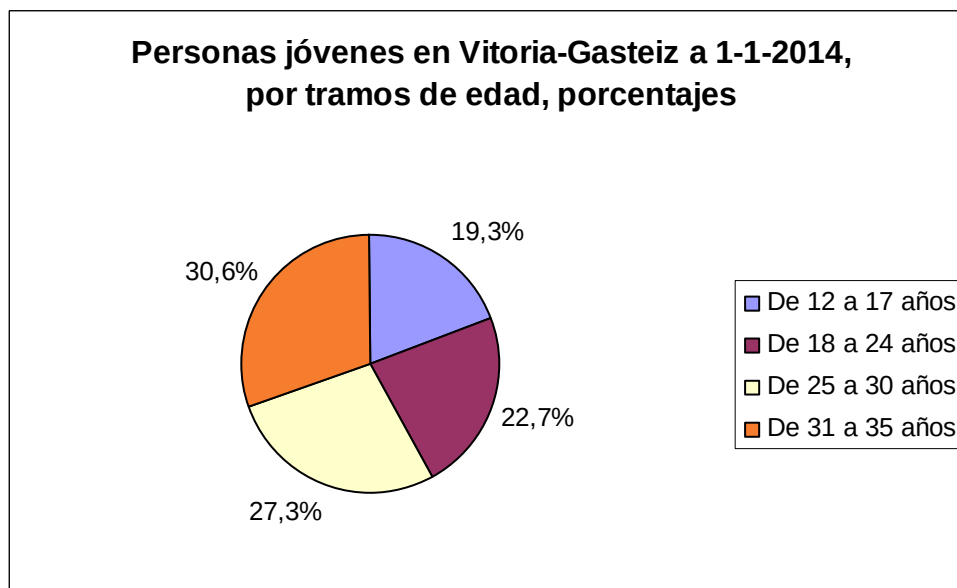


Tabla 1.2.C.- Población Juvenil en porcentaje Vitoria-Gasteiz, por tramos de edad (2013)



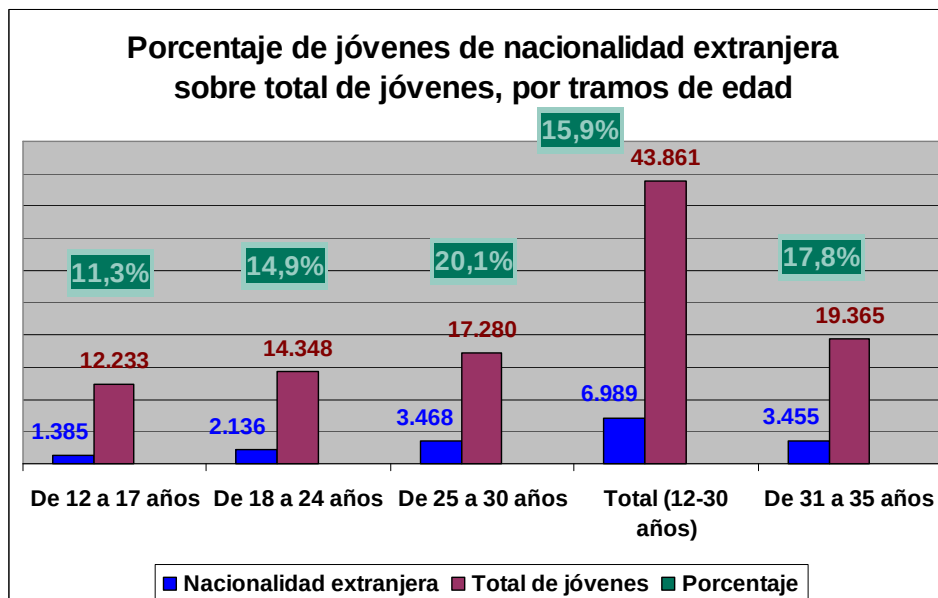
El saldo del crecimiento vegetativo es superior en Vitoria-Gasteiz que en la CAPV, quizás debido a la apuntada mayor proporción de personas más jóvenes, ya que nacen más y se mueren menos. También tiene un saldo de inmigración más favorable que el de la CAPV, fundamentalmente porque recibe a más personas, ya que las emigraciones son equivalentes (Tabla 1.3.A).

Tabla 1.3.A- Movimiento de Población de Vitoria-Gasteiz y de la CAPV crecimiento vegetativo e inmigración (2011)

	VITORIA-GASTEIZ		C.A. DE EUSKADI	
	Absolutos	Tasa x1000 h.	Absolutos	Tasa x1000 h.
Nacimientos totales	2.556	10,7	21.180	9,7
Defunciones totales	1.844	7,7	19.832	9,1
Crecimiento vegetativo	712	2,99	1.348	0,6
Inmigración	5.386	22,6	36.366	16,7
Emigración	2.366	9,9	21.380	9,8
Saldo migratorio. Total	2.857	12,6	14.986	6,9

En la tabla anterior (Tabla 1.3.A), hemos apuntado que Vitoria-Gasteiz tiene un saldo migratorio más favorable que el de la CAPV y eso se nota en que la proporción de extranjeros que residen en la ciudad es ligeramente superior a la media de la CAPV., así como los nacidos en otras comunidades autónomas del Estado, hay que tener en cuenta en este caso lo que se ha apuntado al describir la ciudad del elevado crecimiento en las décadas del 50 al 70 y cómo ese crecimiento se produce atrayendo gentes de zonas cercanas primero del Territorio alavés y posteriormente de comarcas y CCAA cercanas.

Tabla 1.3.B- Población extranjera de Vitoria-Gasteiz en el colectivo juvenil (2013), por grupos de edad



Las personas jóvenes que tienen una nacionalidad extranjera en 2014 son en la ciudad 6.989, un 15,9% de las personas de 12 a 30 años y un 17,8% en el tramo de 31 a 35 años. En los últimos meses hemos observado una disminución de este porcentaje, siendo el año 2013 muy significativo en ese aspecto, ya que en enero de 2013 este segmento de la población era del 17,35% y un año después es del 15,9%, con una disminución de 847 personas jóvenes menos empadronadas en esta franja de edad con nacionalidad extranjera (Tabla 1.3.B).

Otro análisis son las personas jóvenes de origen extranjero, donde contabilizamos también a aquellas personas que han obtenido la nacionalidad, pero su lugar de nacimiento ha sido en algún país extranjero. Representan un 21,1% de la población entre 12 y 30 años, 1.278 más que las que hemos visto de nacionalidad extranjera. En el gráfico posterior podemos ver la distribución por tramos de edad (Tabla 1.3.C).

Tabla 1.3.C- Jóvenes de origen extranjero de Vitoria-Gasteiz en el colectivo juvenil (2013), por grupos de edad

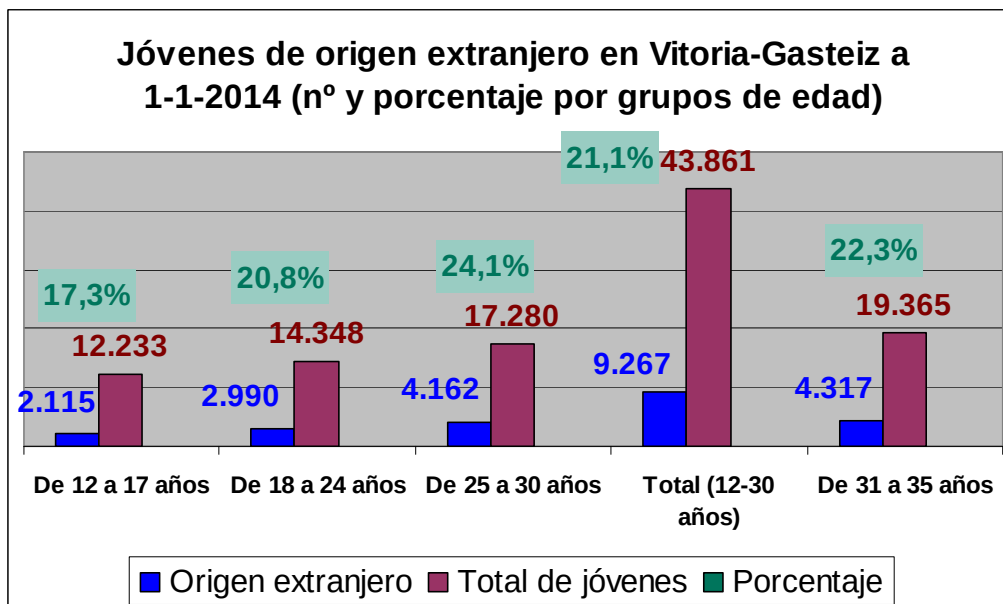


Tabla 1.4.- Procedencia de la Población de Vitoria-Gasteiz y de la CAPV (2011)

	VITORIA-GASTEIZ		C.A. DE EUSKADI	
	Absolutos	%	Absolutos	%
Nacidos en la C.A. de Euskadi	148.599	62,4	1.549.958	71,3
Nacidos en Araba/Álava	130.584	54,8	187.871	8,6
Nacidos en Bizkaia	9.569	4,0	829.597	38,2
Nacidos en Gipuzkoa	8.550	3,6	535.172	24,6
Nacidos en otras CC.AA. del Estado	61.961	26,0	448.026	20,6
Nacidos en el extranjero	27.568	11,6	176.049	8,1

Advertimos que los datos sobre la población activa recogidos en la *Tabla 1.5* son antiguos sin embargo si nos permiten mantener las comparaciones que apuntan a una menor población activa en la CAPV frente al municipio, lo cual concuerda bien con que este tiene una menor proporción de la población mayor de 65 años (Tabla 1.2).



Tabla 1.5.- Población activa Vitoria-Gasteiz y en la CAPV y porcentajes sobre la población total (2006)

	VITORIA-GASTEIZ		C.A. DE EUSKADI	
	Absolutos	%	Absolutos	%
Población total	229.668	100,0	<u>2.129.339</u>	100,0
Población activa	117.595	51,2	1.028.788	48,3
Ocupados	109.075	47,5	954.033	44,8
Parados	8.520	3,7	74.755	3,5
Buscan primer empleo	1.914	0,8	15.671	0,7
Han trabajado	6.606	2,9	59.084	2,8
Población inactiva	112.073	48,8	1.100.551	51,7

La proporción del paro no la hemos calculado sobre el total de la población activa, que viene a ser la mitad de la población real, sino sobre el total de la población, dicho esto observamos un índice algo mayor de paro en la ciudad de Vitoria-Gasteiz que en el resto de la CAPV, lo cual puede deberse a que la población activa de la ciudad es ligeramente mayor que la de la media de la CAPV. (Tabla 1.6), tal y como hemos señalado en el párrafo anterior.

Tabla 1.6.- Paro registrado en Vitoria-Gasteiz y en la CAPV y porcentajes sobre la población total (2011)

	VITORIA-GASTEIZ		C.A. DE EUSKADI	
	Absolutos	%	Absolutos	%
Paro registrado total	17.478	7,28	145.394	6,67
Paro registrado. Varones	8.502	3,54	71.255	3,27
Paro registrado. Mujeres	8.976	3,74	74.139	3,40

La distribución de alumnado por los distintos niveles de la enseñanza reglada es muy parejo en la ciudad y en la CAPV. Destacaríamos que en Vitoria-Gasteiz hay algo menos de estudiantes de primaria pero más en la secundaria post-obligatoria (Bachiller, FP y EPA). Cuando analizamos las tasas por población total, apuntamos que en Vitoria-Gasteiz hay más estudiantes, que las diferencias de la primaria casi desaparecen y las de la enseñanza post obligatoria, aun cuando se reducen, si que mantienen la tendencia (Tabla 1.17).



Tabla 1.7.- Distribución de la población escolarizada según etapas en Vitoria-Gasteiz y en la CAPV y porcentajes sobre el total del alumnado y tasas sobre la población total (2011)

	VITORIA-GASTEIZ			C.A. DE EUSKADI		
	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 239.949 habitantes	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 2.179.815 habitantes
Alumnos en el régimen general de enseñanza.	43.633	100	18,2 %	372.748	100,0	17,1 %
Educación Infantil	10.800	24,8	45,0	96.622	25,9	44,3
Educación Primaria	12.990	29,8	54,1	120.692	32,4	55,4
E.S.O.	8.201	18,8	34,2	72.365	19,4	33,2
E.P.A	3.011	6,9	12,5	19.591	5,3	9,0
Bachillerato	3.559	8,2	14,8	28.968	7,8	13,3
F.P. Grado medio	1.837	4,2	7,7	11.990	3,2	5,5
F.P. Grado superior	2.632	6,0	11,0	17.689	4,7	8,1
E.E. (Aprendizaje de tareas)	82	0,2	0,3	427	0,1	0,2
PCPI	521	1,2	2,2	4.404	1,2	2,0

La distribución del alumnado en Vitoria-Gasteiz según el modelo lingüístico es bastante diferente con lo que ocurre en el conjunto de la CAPV, ya que en la ciudad hay un equilibrio entre los tres modelos, mientras que en todo el País Vasco más de la mitad está en el modelo “D”. Esto mismo ocurre con las tasas por habitante (Tabla 1.8).

Tabla 1.8.- Distribución de la población escolarizada según modelos lingüístico en Vitoria-Gasteiz y en la CAPV y porcentajes sobre el total del alumnado y tasas sobre la población total (2011)

	VITORIA-GASTEIZ			C.A. DE EUSKADI		
	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 239.949 habitantes	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 2.179.815 habitantes
Modelo A	15.097	34,6	62,9	81.182	21,8	37,2
Modelo B	13.376	30,7	55,7	74.785	20,1	34,3
Modelo D	15.160	34,7	63,2	214.755	57,6	98,5
Modelo X	0	0,0		2.026	0,5	0,9

La distribución del alumnado según la titularidad de los centros no muestra diferencias dignas de mención entre la ciudad de Vitoria-Gasteiz y la CAPV, siendo en ambos casos los centros públicos los que tienen una mayor proporción de alumnos y alumnas (Tabla 1.19). Las tasas sobre el total de habitantes también muestran eso, pero además nos señala que la escolarización es mayor en la ciudad que en la media de la CAPV, algo que ya apuntamos cuando analizamos la distribución por etapas educativas (Tabla 1.19 y 1.17).



Tabla 1.19.- Distribución de la población escolarizada según titularidad del centro en Vitoria-Gasteiz y en la CAPV y porcentajes sobre el total del alumnado y tasas sobre la población total (2011).

	VITORIA-GASTEIZ			C.A. DE EUSKADI		
	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 239.949 habitantes	Absolutos	% sobre total alumnos	Tasa 1000 x 2.179.815 habitantes
Público	23.913	54,8	99,7	198.386	53,2	91,0
Privado	19.720	45,2	82,2	174.362	46,8	80,0

Los datos del abandono escolar prematuro que proporciona el EUSTAT, no recogen específicamente lo que ocurre en Vitoria-Gasteiz pero si los resultados de todo el territorio de Araba-Álava, lo cual nos puede dar una idea de lo que ocurre en el municipio ya que como hemos señalado este recoge tres cuartas partes de la población del territorio. La proporción de alumnos con abandono prematuro de la enseñanza se asemeja más a la media europea que a lo que ocurre en el Estado, que da unas cifras muy elevadas, doblando la media europea, tal y como se puede ver en la *Tabla 1.20*. La tendencia en los tres últimos años es de descenso en los abandonos obteniéndose mejores resultados en la CAPV que en el territorio alavés.

Tabla 1.20.- Evolución del abandono escolar prematuro en el Territorio de Araba-Álava en porcentajes sobre el total del alumnado de secundaria (*).y comparación con la CAPV, el Estado y la Unión Europea.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Unión Europea los 27	15	14,8	14,3	14	13,5	12,8
España	31	31,9	31,2	28,4	26,5	24,9
C.A. de Euskadi	12,4	14,1	12,6	10,8	9	7,7
Araba/Álava	12,1	12,7	16,1	10,9	9,9	10,1

(*)Porcentaje de población que ha completado como máximo la primera etapa de la educación secundaria y no sigue ningún estudio o formación.

En la Tabla 1.21 se muestran las personas detenidas en función de los delitos, con los datos de la Ertzantza se puede comparar los resultados de la CAPV y del territorio alavés en los que no se aprecian diferencias ni en los porcentajes de las distribución de los detenidos por delito, ni en las tasas por habitantes. También hemos incluido los datos de la Policía Local de Vitoria-Gasteiz, con los que si hay diferencias pero hay que tener en cuenta las distintas competencias de la Ertzantza y las Policías Locales.



Tabla 1.21.- Personas detenidas por la Ertzantza y en La CAPV, en Araba-Álava y por la Policía Local de Vitoria-Gasteiz en función de los delitos cometidos: datos absolutos, porcentaje sobre los detenidos y Tasa por habitantes (2012).

	C. A. de P.V.			Araba/Álava			Policía Local Vitoria-Gasteiz		
	Absolutos	% sobre total detenidos	Tasa 1000 x 2.179.815 habitantes	Absolutos	% sobre total detenidos	Tasa 1000 x 321.254 habitantes	Absolutos	% sobre total detenidos	Tasa 1000 x 239.949 habitantes
Detenciones por delitos	6.566	100,0	3,01	899	100,0	2,80	340	100,0	1,42
Contra el patrimonio y el orden socioeconómico	1.743	26,5	0,80	259	28,8	0,81	105	30,9	0,44
Contra la seguridad colectiva	1.632	24,9	0,75	174	19,4	0,54	30	8,8	0,13
Tortura y contra la integridad	1.045	15,9	0,48	148	16,5	0,46		0,0	0,00
Contra el orden público	1.033	15,7	0,47	141	15,7	0,44	107	31,5	0,45
Lesiones	433	6,6	0,20	98	10,9	0,31	74	21,8	0,31
Contra la Administración de Justicia	344	5,2	0,16	37	4,1	0,12	7	2,1	0,03
Contra la libertad	135	2,1	0,06	20	2,2	0,06	10	2,9	0,04
Contra la libertad sexual	99	1,5	0,05	13	1,4	0,04	6	1,8	0,03
Homicidio y sus formas	45	0,7	0,02	3	0,3	0,01		0,0	0,00
Falsedades	39	0,6	0,02	1	0,1	0,00	1	0,3	0,00
Otros	18	0,3	0,01	5	0,6	0,02			

En "Otros" están los siguientes delitos: *Contra las relaciones familiares; Trata de seres humanos; Contra la intimidad, el derecho a la propia imagen; Contra la Constitución; Contra la Administración Pública; Contra el honor.*

Hay otros hechos por los que no ha habido detenciones: *Aborto, Lesiones al feto; Manipulación genética; Omisión del deber de socorro; Corrupción en transacciones comerciales internacionales; Contra la Hacienda Pública y la Seguridad Social; Contra los derechos de los trabajadores; Contra los derechos de los ciudadanos extranjeros, de ordenación territorial y protección de patrimonio; de traición, contra la paz, etc.; Contra la comunidad internacional; Otras leyes penales.*



Los resultados de los diversos datos recogidos, además de proporcionarnos una relevante información descriptiva sobre el medio, no permiten señalar que no existen grandes diferencias entre la CAPV y la ciudad de Vitoria-Gasteiz en cuanto a las importantes variables sociográficas, variables independientes o variables explicativas o factores.

Hay que señalar además que los estudios realizados con muestras de residentes vienen a tener como un 95% de nivel de confianza y sus resultados oscilan en torno a un $\pm 3\%$, es decir que dentro de lo razonable es que cualquier valor obtenido oscila entre dicho valor + un 3% y entre dicho valor -un 3%, por lo tanto, eso deja unos márgenes en los que es más fácil hacer encajar los resultados obtenidos con los propios de una parte de ese todo, como es este caso.

Por otra parte una gran ciudad como esta concilia muchos tipos de vidas diferentes que se asemejan a un universo más grande al que pertenece como el caso de Vitoria-Gasteiz con respecto a la CAPV.

En definitiva con ello queremos señalar que se pueden hacer valer los datos de otros estudios realizados sobre toda la CAPV, para tener una idea bastante aproximada de lo que ocurre a esta ciudad sin tener que emprender costosos estudios propios y eso es lo que vamos a hacer ahora.

Una de las variables que puede ser relevante en este tema y en la que hay unas diferencias importante entre la ciudad de Vitoria-Gasteiz y el resto de la CAPV es la proporción de población de origen extranjero en el grupo de jóvenes de 12 a 35 años.

Básicamente nos encontramos con las siguientes fuentes de información:

- Los estudios de *Euskadi y Drogas* que viene realizándose desde 1992 y que se dirigen fundamentalmente al conjunto de la población de 15 a 74 años (aunque los primeros abarcaban desde los 15 y sin techo por arriba), en especial el último. *Euskadi y Drogas 2012*.
- Los estudios de *Drogas y Escuela* que viene realizándose desde 1981, sobre los estudiantes de secundaria, inicialmente en la ciudad de Donostia-San Sebastián pero luego para todo el alumnado de la CAPV. En especial el último *Drogas y Escuela VIII* de 2011.
- Los estudios del *Sistema de Información sobre Toxicomanías* que viene recogiendo datos desde los servicio sanitarios y nos viene informando sobre las personas atendidas, la asistencia en urgencias o la mortalidad relacionada con el uso de drogas. En especial el último elaborado con los datos de 2011.
- Datos aportados por los diversos servicios y recursos de la ciudad relativos a los planes de juventud, a la asistencia sanitaria a personas con adicciones, a la asistencia a personas en exclusión, al sistema educativo, al sistema de protección de familias y menores, a los recursos de igualdad a las intervenciones del Departamento de Seguridad Ciudadana, etc.
- Los datos recogidos por los recursos del municipio, datos estadísticos de población, territorio, escolaridad, empleo...



2.- EL CONSUMO DE ALCOHOL

2.1- EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN GENERAL

2.1.1.-VARIABLES E INDICADORES DE CONSUMO DE ALCOHOL:

Las variables e indicadores de consumo de alcohol que se han utilizado en la Investigación Euskadi y drogas son:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de alcohol: consumo alguna vez en la vida de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo de alcohol en los últimos 12 meses (consumo reciente) consumo alguna vez en los últimos 12 meses, previos a la encuesta, de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo de alcohol en el último meses (consumo actual) consumo alguna vez en el últimos mes, previo a la encuesta, de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo de alcohol la mayoría de los días o de festivos y fines de semana: esta variable agrupa a todas aquellas personas que mantienen habitualmente un consumo frecuente de alcohol.

Consumo diario de alcohol: identifica a todos aquellos individuos que durante los últimos 12 meses han tomado con una frecuencia diaria (todos los días) cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo excesivo o de riesgo de alcohol en días laborables: selecciona a aquellos individuos que durante los últimos 30 días previos a la encuesta han realizado de lunes a jueves un consumo de alcohol que, en base a su cantidad, puede clasificarse de excesivo o de riesgo a partir de la tipología Elaborada por el Dr. Marquinez, F.:

- Entre 801 y 1.500 cc. de vino de 10o, es decir, aproximadamente, entre 65 y 120 gr. de alcohol = un consumo excesivo.
- Si la cantidad consumida supera la cantidad equivalente a 1.500 cc. de vino de 10o aproximadamente mas de 120 gr. de alcohol) = consumo de riesgo.

Consumo excesivo o de riesgo de alcohol en fines de semana: selecciona a aquellos individuos que durante los últimos 30 días previos a la encuesta han realizado de viernes a domingo un consumo de alcohol que, en base a su cantidad, puede clasificarse de excesivo o de riesgo, según las cantidades expuestas en el párrafo relativo a los días laborables.

Sospecha de alcoholismo (test CAGE) esta nueva variable que ha sido incorporada por primera vez a Euskadi y Drogas 2012, pero sin embargo viene siendo utilizada desde el año 1992 por la Encuesta de Salud del País Vasco. Este test consiste en un metodo de *screening* muy breve y sencillo para discriminar sujetos con una dependencia respecto al alcohol, y se considera un método eficaz para detectar posibles casos de abuso de alcohol. De acuerdo con este test, se consideran personas sospechosas de alcoholismo aquellas que registran dos o más respuestas afirmativas a las siguientes cuatro preguntas:

- Ha pensado alguna vez que debería beber menos?
- Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?
- Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?
- Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o evitar resaca?



En general se considera que cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es la dependencia, de forma que se aplica el siguiente baremo:

- Ninguna o una respuesta positiva: bebedor social
- Dos respuestas positivas: consumo de riesgo
- Tres respuestas positivas: consumo perjudicial
- Cuatro respuestas positivas: dependencia alcohólica

2.1.2.- RESULTADOS GENERALES

El estudio se refiere a personas entre 15 y 74 años por eso los totales de población no responden a la cifras de toda la población.

Tabla 2.1.- Categorías de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y diario

Consumo de alcohol	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Consumo experimental /alguna vez en la vida	86,9	162.310	1.433.316
Consumo reciente /Último año	73,5	137.282	1.211.413
Consumo actual /Último mes	64,9	121.219	1.070.018
Consumo diario	12,2	22.787	201.099
TOTALES DE POBLACIÓN		186.778	1.648.942

El consumo de alcohol es el uso de una droga más extendido, prácticamente toda la población mayor de edad lo ha probado, casi dos de cada tres lo han consumido en el último mes y más de uno de cada diez lo consume a diario (Tabla 2.1), si bien es cierto que la gran mayoría no hace un uso continuo, diario sino que se tiende a concentrar en festivos, fines de semana y ocasiones especiales (Tabla 2.2).

Tabla 2.2.- Frecuencia de Consumo de alcohol nunca, ocasional, de fin de semana y diario

Consumo de alcohol	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
No ha probado el alcohol	13,1	24.468	215.626
Soy abstemio/a, no bebo absolutamente nada	11,4	21.293	187.442
Sólo en ocasiones muy especiales	21,6	40.344	355.581
Sólo algunos días festivos o fines de semana	21,0	39.223	346.203
La mayoría de festivos y fines de semana	18,1	33.807	299.195
La mayoría de los días	14,6	27.270	240.234
NS/NC	0,3	560	4.660
TOTALES	100	186.778	1.648.942

Al analizar la ingesta de alcohol cotidiana según lo que aparece en la *Tabla 2.3* observamos que una de cada doscientas personas entre 15 y 74 años bebe una cantidad de alcohol de alto riesgo para desarrollar un alcoholismo, (no se puede decir que desarrollará porque eso dependerá entre otras cosas del tiempo que continúe con esa ingesta) y eso representan poco menos de 1000 personas en Vitoria-Gasteiz. Además hay otro grupo de una de cada cincuenta personas, lo que son más de 3.500 residentes en la ciudad, que beben en exceso que pueden tener problemas.



Tabla 2.3.- Distribución de la población en función de la cantidad de alcohol consumida en días laborables.

Consumo de alcohol en días laborables	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Abstemio	69,1	129.064	1.138.834
Casi abstemio	20,8	38.850	342.849
Poco bebedor	7,7	14.382	127.588
Bebedor excesivo	2,0	3.736	32.160
Bebedor de riesgo	0,5	934	7.512
TOTALES	100	186.778	1.648.942

El consumo de alcohol los fines de semana crece sensiblemente con respecto al diario, (Tabla2.4), las personas bebedores de riesgo pasan de ser uno de cada 200 a ser uno de cada treinta lo que supone casi seis mil en el municipio y quienes consumen en exceso son más del doble de estos, una de cada 12 personas, lo que serían más de quince mil entre vitorianos y vitorianas

Tabla 2.4.- Distribución de la población en función de la cantidad de alcohol consumida en días festivos.

Consumo de alcohol en fines de semana	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Abstemio	35,8	66.867	591.060
Casi abstemio	30,9	57.714	509.099
Poco bebedor	21,9	40.904	361.316
Bebedor excesivo	8,1	15.129	134.062
Bebedor de riesgo	3,2	5.977	53.405
TOTALES	100	186.778	1.648.942

En la contigua *Tabla 2.5* se recogen las borracheras en el último año y si bien hay una extensa mayoría de cuatro quintos de la población que no se ha emborrachado o que no bebe, el otro quinto si lo ha hecho y una proporción importante de personas, una de cada cincuenta, se emborracha, al menos una vez al mes.

Tabla 2.5.- Distribución de la población en función del número de borracheras en el último año

Consumo de alcohol y borracheras	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
No ha probado nunca el alcohol	13,1	24.468	215.626
No ha consumido alcohol	13,5	25.215	221.902
Han bebido alcohol pero sin emborracharse	54,8	102.354	903.229
De 1 a 5 veces al año	11,9	22.227	196.256
De 6 a 12 veces al año	3,1	5.790	50.688
Más de 12 veces al año	2,2	4.109	36.149
NS/NC	1,5	2.802	25.091
Total	100	186.778	1.648.942

La aplicación del test CAGE -cuyos resultados están en la *Tabla 2.6*- muestra una gran mayoría de personas, de más del 96,5%, que no deben de tener problemas con el alcohol, aunque beban, sin embargo ese 3,5% restante está en niveles de consumo de riesgo cuando no perjudiciales y un 0,4 % de dependencia alcohólica, que vienen a ser unas 750 personas en la ciudad o lo que es lo mismo una de cada 250.



Tabla 2.6.- Distribución de la población en función de los resultados del test CAGE.

Categoría de consumo según CAGE	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
No ha probado el alcohol o es abstemio/a	24,4	45.574	403.069
Bebedor/a social	72,1	134.667	1.188.160
Consumo de riesgo	1,6	2.988	27.125
Consumo perjudicial	1,4	2.615	23.560
Dependencia alcohólica	0,4	747	7.029
Total	100	186.778	1.648.942

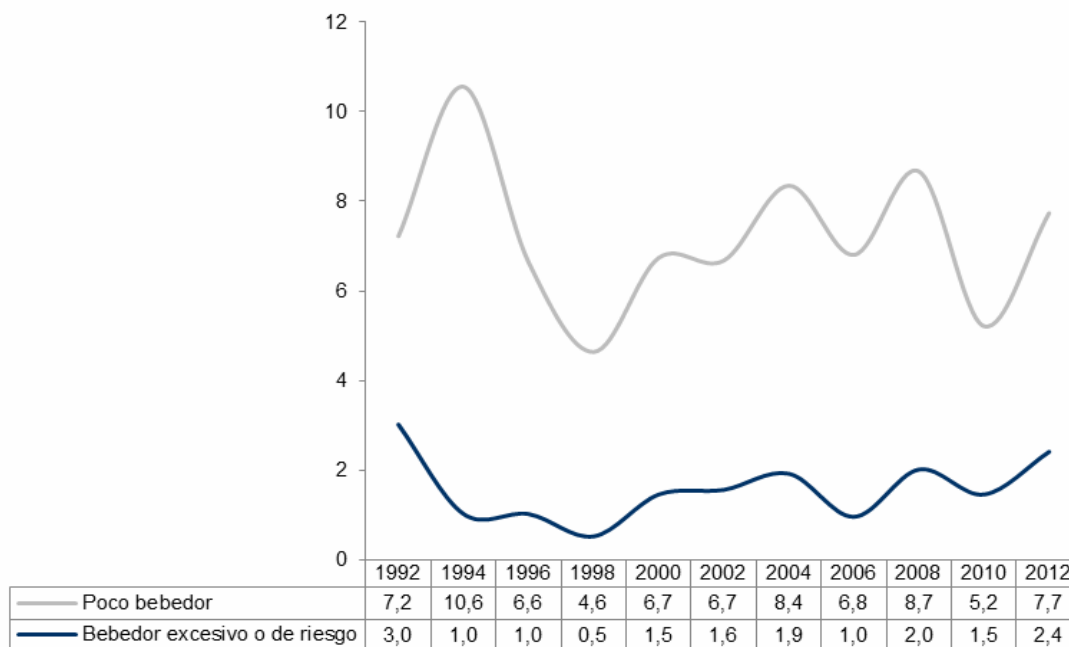
Hemos realizado una comparación entre los resultados del test de CAGE y la ingesta de alcohol diaria y observamos una cierta semejanza con pequeñas diferencias proporcionales entre las personas bebedoras de riesgo y las dependiente alcohólicas, mientras que el consumo perjudicial y de riesgo abarcarían algo más que a las consideradas excesivas (Tabla 2.7).

Tabla 2.7.- Comparación de Distribución de la población en función de los resultados del test CAGE y del consumo de alcohol en días laborables

Categoría de consumo según CAGE	%	%	Consumo de alcohol en días laborables
Consumo de riesgo	1,6	2,0	Bebedor excesivo
Consumo perjudicial	1,4		
Dependencia alcohólica	0,4	0,5	Bebedor de riesgo
TOTAL	3,4	2,5	TOTAL



Gráfico 2.1.- Evolución del porcentaje de la población poco bebedora y con consumos excesivos y de riesgo en días laborables



Los Gráficos 2.1 y 2.2 presentan la evolución del consumo de alcohol en sus categorías extremas durante estos 20 años, y aunque no hay una clara tendencia si se observa que el consumo diario ha ido incrementándose algo desde las cuotas más bajas del 98 mientras que las consumos de fin de semana experimentaron grandes variaciones entre el 2000, las más bajas, hasta el 2004 las más elevadas para luego ir descendiendo.



Gráfico 2.2.- Evolución del porcentaje de la población poco bebedora y con consumos excesivos o de riesgo en fines de semana.

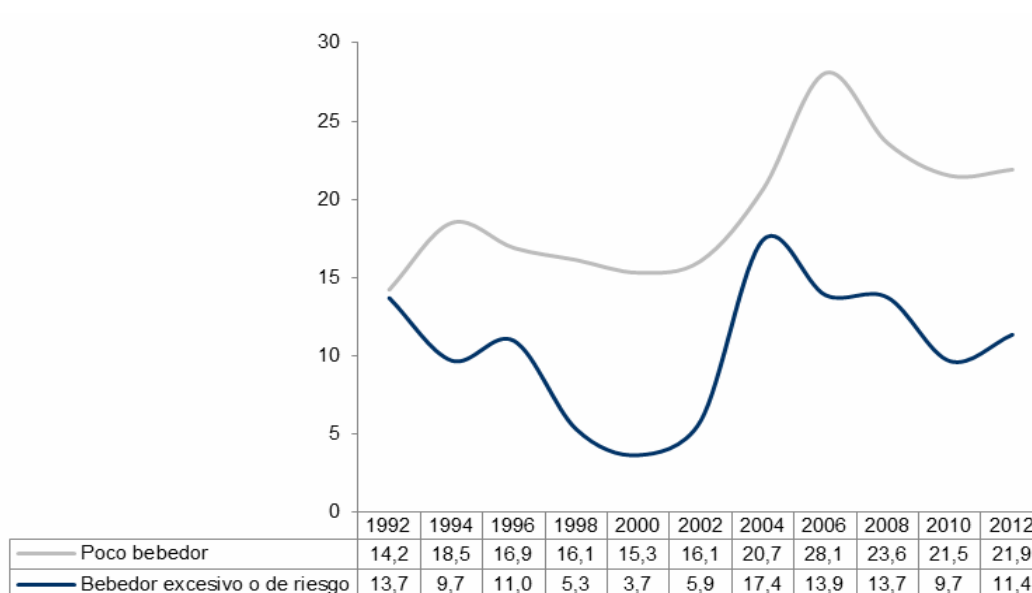
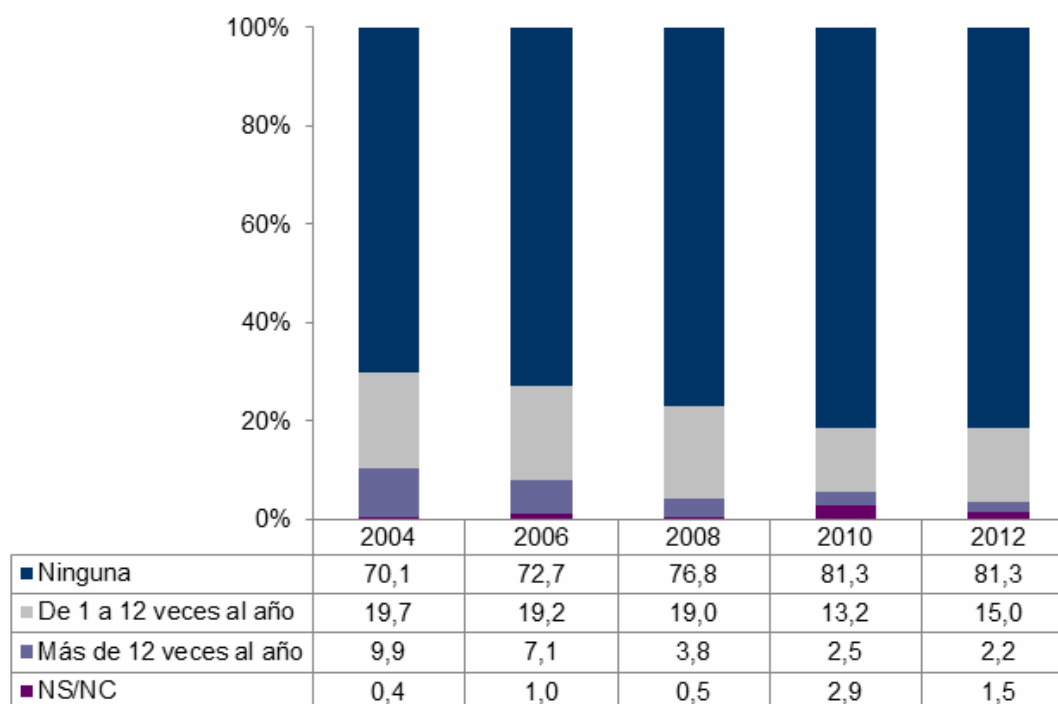


Gráfico 2.3.- Evolución de la distribución de la población en función del número de borracheras en el último año. 2004-2012



El Gráfico 2.3 nos informa de una clara reducción de las borracheras desde el 2004 y en la siguiente *Tabla 2.8* cuando volvemos a hacer un análisis de la evolución sobre la frecuencia del

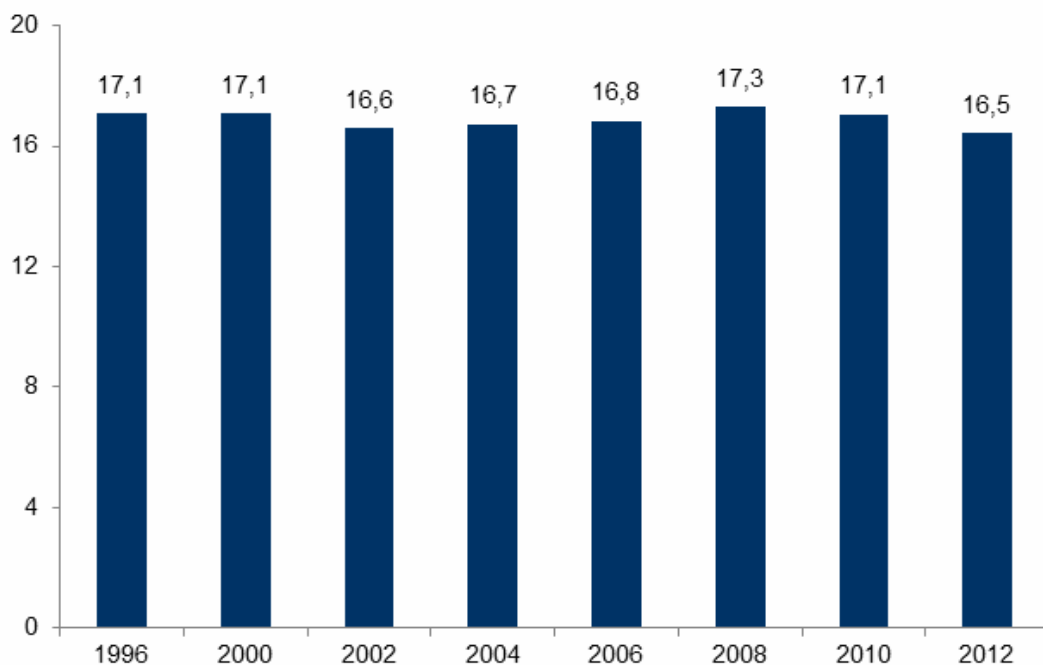


consumo, observamos que ha crecido el número de personas que no consumen alcohol y se ha reducido el número de personas que beben a diario. Estos datos contrastan con los de las cantidades de alcohol consumidas en las que los consumos elevados de diario se han incrementado ligeramente o son estables. **Este contraste entre unos datos y otros nos invitan a pensar que aunque puede estar variando en una dirección u otra, creciendo o disminuyendo, los consumos exploratorios, los ocasionales o incluso los moderados a diario, sin embargo las proporción de personas que realizan unas ingestas excesivas permanecen bastante constantes.**

Tabla 2.8.- Evolución de la distribución de la población total en función de la frecuencia de consumo de alcohol. 2000-2012

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
No ha probado el alcohol	4,4	5,8	11,2	5,2	8,3	9,2	13,1
Soy abstemio/a, no bebo absolutamente nada	12,9	13,6	7,9	9,2	10	10,7	11,4
Sólo en ocasiones muy especiales	30,5	28,7	21,4	20,3	25,2	22,3	21,6
Sólo algunos días festivos o fines de semana	17,9	19,9	19,2	21,7	19,8	22,2	21
La mayoría de festivos y fines de semana	13,5	15,5	18	21	17,7	16,8	18,1
La mayoría de los días	20,9	16,4	20,7	23,9	18,6	18,6	14,6
NS/NC	0	0	0,4	0,1	0,5	0,3	0,3
TOTALES	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Gráfico 2.4.- Evolución de la edad de inicio en el consumo de alcohol. 1996-2012



Según el *Gráfico 2.4* la edad de inicio ha disminuido esta década en medio año, no se aprecia en este proceso una tendencia uniforme porque si hubiéramos tomado como referencia el año 2002 nos encontramos que prácticamente no ha variado.



Al observar la evolución de la edad de inicio, pero por agrupándola en tres categorías no encontramos que tampoco hay una tendencia clara la proporción de los que se inician antes de los 15 es la misma que hace doce años y en ese tiempo dicha proporción ha oscilado, creciendo y disminuyendo. Ha descendido desde el 2000 hasta el 2012 la proporción de los que se han iniciado con 18 o más años, pero no si comparamos el 2002 con el 2012, apenas haya diferencias, (Tabla 2.9).

Esto nos lleva a pensar que realmente las edades de inicio no parecen haber variado sustancialmente desde los 90.

Tabla 2.9.- Evolución de la edad de inicio de la población total por grupos de edad

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
15 o menos años	34,7	41,6	38,6	36,2	31,3	33,3	34,9
Entre 16 y 17 años	23,4	23,6	27,5	28,7	26,6	29,4	32,1
18 o más años	36,5	30,1	31,7	34	40,6	35,2	29,8
NS/NC	5,4	4,7	2,2	1	1,5	2,1	3,3
Total	100	100	100	100	100	100	100
Edad de inicio	17,1	16,6	16,7	16,9	17,3	17,1	16,4

2.1.3.- EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON EDAD Y EL SEXO

Tabla 2.10.- Diversas tasas de consumo y edad de inicio según los grupos de edad

Tasas de consumo y edades de inicio	15-34	35-54	55-74	Media Total
Proporción de consumo experimental	87,2	87,8	85,4	86,9
Proporción de consumo reciente	79,1	75,4	65,4	73,5
Edad media de inicio en el consumo de Alcohol	15,7	16,3	17,5	16,5
Consumo la mayoría de los fines de semana	29,7	16,9	8,9	18,1
Consumo diario de alcohol	2,4	11,6	22,3	12,2
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol días laborables	2,1	2,9	2,1	2,4
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol fines de semana	22,7	9	4	11,4

El grupo más joven, el de 15 a 34 años tiene niveles de consumo de alcohol reciente más elevados, se ha iniciado en el consumo de alcohol antes que los otros grupos, consume alcohol más fines de semana y además los fines de semana consume más alcohol, sin embargo su consumo de diario es mucho menor y su consumo excesivo de diario está muy igualado con los otros grupo y no es mayor que ellos (Tabla 2.9). **Esto nos invita a pensar en los diversos modelos de consumo instaurados entre los distintos grupos, el de mayores y el de mediana edad, beben más a diario, pero no en exceso es muy posible que ese consumo esté incorporado a la dieta alimenticia, en la comida o la cena, una cerveza o un vaso de vino, o a espacios de ocio entre el trabajo y el hogar. Mientras que en el grupo más jóvenes el consumo se concentra los fines de semana y el de diario es de pocas personas, comparado con los otros dos grupos, pero sin embargo los que beben lo hacen en exceso.**



Tabla 2.11. Evolución del porcentaje de personas que realizan un consumo problemático o intenso por grupo de edad. 1992-2012

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Consumo excesivo o de riesgo en días laborables											
15-34	2,7	1,6	0,9	0	1,4	2,2	1,5	0,6	0,8	1,2	2,1
35-54	3	0,5	0,3	0,9	1,3	1	2,7	1,3	2,7	0,9	2,9
55 y más	3,6	0,7	2,1	0,8	1,8	1,5	1,4	0,9	2,6	2,4	2,1
Consumo excesivo o de riesgo en fines de semana											
15-34	21,7	18,4	19,2	11,3	5,3	10,1	34	27,7	24,8	19,4	22,7
35-54	7,9	4,8	4,8	2,5	2,9	5,2	9,6	8,4	10,9	6,7	9
55 y más	6,9	2,3	5,8	0,7	2,4	1,4	5	4,5	4,6	3,7	4

La evolución de los consumos excesivos o de riesgo, tanto entre semana como los fines de semana, no muestra una evolución clara en los 20 últimos años. Si parece que ha habido un periodo de inflexión con un menor consumo en torno a finales de los 90 y comienzos de 2000 pero luego las proporciones vuelven a retomar los datos de comienzos de los 90 (Tabla 2.10). En cuanto a las edad se mantienen también las mismas proporciones, sin grandes diferencias entres los tres grupos en cada año analizado, con los mismos procesos de inflexión entre 1998 y 2002, para luego remontar (Tabla 2.10).

Un dato muy importante para la reflexión es observar el consumo excesivo en fin de semana entre el grupo más jóvenes es mucho más elevado que entre los otros dos grupos, podría pensarse que eso repercutiría en un futuro cuando las personas jóvenes alcanzaran en edad a los otros grupos, pero esto no ocurre en absoluto, quienes en el estudio de 1992 tenían 15-34 años en el estudio de 2012, tienen 35-55 años y han reducido su consumo de fin de semana a niveles muy similares de lo que hacían los de esa edad veinte años antes. **Esta observación nos induce a plantear la hipótesis de que los estilos vida de la población que cambian con la edad también alteran las formas de consumir y que en ese grupo de los más jóvenes es en el que esto se aprecia con más rotundidad, ya que a esas edades las personas se inician en el consumo pero sufre un importante cambio en el estilo de vida hacia final de los 20 años y comienzo de los 30, la sustitución de los estudios por el trabajo, la emancipación, el establecimiento de relaciones estables de pareja e incluso la llegada de hijos hace que la vida cambie, se reduzca el tiempo para salir de copas sustituido por otras obligaciones; sin embargo una parte bastante estable desde el punto de vista numérico mantiene los consumo al estar afectada por otros factores de riesgo.**

Las mujeres se han iniciado en el consumo de alcohol en menor medida que los varones, no son grandes diferencias pero estas diferencias se han mantenido al menos en los doce últimos años, sin grandes alteraciones ya que los ratios se mueven en un estrecho margen (Tabla 2.12). Los datos también apuntan a que actualmente hay menos personas que se inician en el uso del alcohol, pero esa reducción es sensiblemente mayor entre las mujeres que entre los varones.

Tabla 2.12.- Evolución de la tasa de consumo experimental de alcohol por sexo. 2000-2012



AÑO	Hombre	Mujer	Media Total	Ratio h/m
2012	90,8	83,0	86,9	1,09
2010	94,0	87,7	90,8	1,07
2008	95,9	87,5	91,7	1,1
2006	98,2	91,3	94,8	1,08
2004	94,0	83,8	88,8	1,12
2002	96,5	91,9	94,2	1,05
2000	97,4	93,8	95,6	1,04
% Variación 2000/2012	(-) 6,8	(-)11,4	(-) 9,1	

En la *Tabla 2.13* se han comparado las mujeres con los hombre en una serie de variables en la que se aprecian las diferencias relativas a un menor consumo entre ellas que entre los varones: menor consumo experimental, bastante menos consumo reciente, inicio a edades más tardías, menor consumo los fines de semana y mucho menos a diario, menos mujeres consumiendo de manera excesiva los fines de semana y bastantes menos los días laborales, proporcionando el ratio más elevado de casi cinco varones por cada mujer.

Tabla 2.13.- Diversas tasas de consumo y edad de inicio según sexo

Tasas de consumo y edades de inicio	Hombre	Mujer	Media Total	Ratio h/m
Tasa de consumo experimental de Alcohol	90,8	83	86,9	1,1
Tasa de consumo reciente de Alcohol	80,6	66,4	73,5	1,2
Edad media de inicio en el consumo de Alcohol	15,8	17,3	16,5	
Consumo la mayoría de los fines de semana	23,2	13,2	18,1	1,8
Consumo diario de alcohol	17,3	7,1	12,2	2,4
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol días laborales	4	0,8	2,4	4,7
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol fines de semana	15,7	7	11,4	2,2

La tabla 2.14 presenta cruces entre los resultados del test CAGE y otras variables de consumo y destacamos que existe una lógica aplastante, es decir, a más frecuencia de consumo hay más proporción de personas con unos índices CAGE altos y a mayor cantidad de alcohol ingerido, tanto los fines de semana como los días laborales, más elevado es el índice de CAGE. Sin embargo, es de resaltar algunos datos que muestran que no se deben de hacer lecturas excesivamente simples:

- Casi el 90% de quienes beben diariamente son bebedores sociales.
- Tres cada cuatro personas bebedoras excesivas y de riesgo de fines de semana son también bebedoras sociales.
- Y si bien entre quienes empezaron antes de los 16 años a beber hay casi nueve veces más bebedores perjudiciales o dependientes, dado sus bajas cifras, el caso es que casi el 95% de los que comenzaron a beber a los 16 años son bebedores sociales.



- Otra cuestión a resaltar sobre la edad de inicio es que no sabemos si el comienzo prematuro es “la causa” de un consumo más intenso o hay otros factores que empujan a un consumo prematuro y más intenso.

Tabla 2.14.- Distribución de diversas pautas de consumo de alcohol en función de la tipología del test CAGE. 2012

		Social	Riesgo	Perjudc+ depend.	TOTAL
frecuencia de consumo de alcohol	Ocasionalmente	100	0	0	100
	La mayoría de festivos y fines de semana	89,6	4,5	6	100
	La mayoría de los días	89,1	5,5	5,4	100
Edad de inicio	Antes de los 16 años	94,2	2,3	3,5	100
	Después de los 18 años	98,6	1	0,4	100
días laborables	Poco bebedor	88,8	4,6	6,6	100
	Bebedor excesivo y de riesgo	71,4	10,7	17,9	100
fines de semana	Poco bebedor	94,5	3	2,4	100
	Bebedor excesivo y de riesgo	75,3	13,6	11,2	100

2.2 CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

Los datos corresponden a estudiantes de secundaria desde 1º de la ESO hasta Bachiller, Formación Profesional de Grado Medio y de Grado Superior y alumnos de los PCPI.

Año de recogida de datos 2011, mes: noviembre diciembre. Alumnado encuestado 4.239

2.2.1.-VARIABLES E INDICADORES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ALUMNOS DE MEDIAS

Las variables e indicadores de consumo de alcohol que se han utilizado en la Investigación Drogas y Escuela VIII son:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de alcohol: consumo alguna vez en la vida de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo de alcohol en los últimos 12 meses (consumo reciente) consumo alguna vez en los últimos 12 meses, previos a la encuesta, de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Consumo de alcohol en el último meses (consumo actual) consumo alguna vez en el últimos mes, previo a la encuesta, de cualquier tipo de bebida alcohólica.

Borracheras a lo largo de la vida de alcohol: borrachera alguna vez en la vida.

Borracheras en los últimos 12 meses borrachera alguna vez en los últimos 12 meses, previos a la encuesta.

Borracheras l en el último meses (consumo actual) borrachera alguna vez en el últimos mes, previo a la encuesta.

Consumo de alcohol en días laborables: selecciona a aquellos individuos que dicen beber alcohol a diario y se les pregunta por las cantidades y en función de la cantidad, puede clasificarse de excesivo o de riesgo a partir de la tipología Elaborada por el Dr. Marquinez, F, (mismas categorías utilizadas para los adultos en *Euskadi y Drogas 2012*).



- Abstemios, que no han bebido nada.
- Cuasi abstemios que han bebido lo equivalente a menos de 24 gr. de OH.
- Poco Bebedor que ha bebido lo equivalente a entre 24 y 64 gr. de OH.
- Bebedor excesivo que ha bebido lo equivalente a entre 65 y 120 gr. de OH.
- Bebedor de riesgo que ha bebido lo equivalente a más de 120 gr. de OH.

Consumo excesivo o de riesgo de alcohol en fines de semana: selecciona a aquellos individuos que de viernes a domingo han realizado ingestas de alcohol, calificándoles según las cantidades expuestas en el párrafo relativo a los días laborables.

2.2.2.-DATOS GENERALES

Tabla 2.15.- Consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, semanal y diario

	A lo largo de la vida	En el último año	En los últimos 30 días	Semanal (*)	Diario (**)
Nunca	26,2	29,6	48,9		
Si han bebido	72,9	67,6	47,4	6,9	2,1
N.s/n.c	0,8	2,8	3,7		
TOTAL	100 %	100 %	100 %		

(*) Es orientativo, no corresponde a preguntas específicas está estimado a partir de quienes beben más de 10 veces/mes

(**) Es orientativo, no corresponde a pregunta específica está estimado a partir de quienes beben más de 40 veces/mes

Casi tres cuartas partes del alumnado de secundaria han probado el alcohol, la mitad han bebido en el último mes, en torno a un 7% han bebido todas las semana y un o una estudiante de cada cincuenta beben diariamente (Tabla 2.15). Los datos destacan porque estamos hablando mayoritariamente de menores de 18 años que no pueden tener acceso a las bebidas alcohólicas

Tabla 2.16.- Borracheras alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.

	A lo largo de la vida	En el último año	En los últimos 30 días
Nunca	47,3	51,1	69,3
Si se han emborrachado	51,5	43,4	24,8
N.s. /N.c	3,7	5,5	5,9
Total	100%	100%	100%

La mitad, prácticamente, de estos alumnos y alumnas ya conocen la embriaguez, dos de cada cinco se han emborrachado en el último año y una cuarta parte en el último mes (Tabla 2.16)



Tabla 2.17.- Distribución del alumnado en función de las categorías de consumos, distinguiendo los días laborales de los fines de semana

Categorías de cantidad	G. de Oh	Días laborales	Fines de semana
Abstemios	0 g.	84,7	44,7
Bebe pero no contesta		-	7,7
Casi abstemios	Menos de 24g	6,9	5,1
Poco bebedores	25-64 gr.	3,8	10,9
Bebedores excesivos	65-120 gr.	1,5	11,8
Bebedores de riesgo	Más de 120 gr	3,1	19,8
Total	100%	100%	100%

La diferencia de consumo entre diario y fin de semana es muy elevada, los y las jóvenes estudiantes tienden a consumir mucho más los fines de semana y así mientras casi el 85% permanecen abstemios durante la semana, no llegan al 50% quienes “aguantan” sin beber el fin de semana. Por otra parte destaca ese casi 5% que beben en exceso a diario, que el fin de semana sube a casi un tercio de ese colectivo.

Tabla 2.18.- Evolución del alumnado en función de las categorías de consumos los días laborales (1996-2011)

Categorías de cantidad	Días laborales		
	1996	2006	2011
Abstemios	88,9	79,9	84,7
Bebe pero no contesta	-	7,2	-
Casi abstemios	6,8	8	6,9
Poco bebedores	2,6	2,9	3,8
Bebedores excesivos	1	1,2	1,5
Bebedores de riesgo	0,7	0,8	3,1

Se aprecia un crecimiento en la proporción de jóvenes que beben en exceso los días laborales, mientras que las otras categorías de personas abstemias o con consumos moderados se mantienen similares (Tabla 2.18) .

Tabla 2.19.- Evolución del alumnado en función de las categorías de consumos los fines de semana (1996-2011)

Categorías de cantidad	Fines de semana		
	1996	2006	2011
Abstemios	38,5	33,4	44,7
Bebe pero no contesta	-	3,7	7,7
Casi abstemios	10,1	9,5	5,1
Poco bebedores	15,9	17	10,9
Bebedores excesivos	14,5	15,9	11,8
Bebedores de riesgo	21,1	20,4	19,8



En lo que respecta a la evolución del consumo de fin de semana la tendencia que se viene mostrando es de una cierta moderación, se incrementa la proporción de adolescentes que se mantienen abstemios y se reducen algo las categorías de ingestas más elevadas (Tabla 2.18).

2.2.3.- EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON EDAD Y EL SEXO

Tabla 2.20.- Consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, semanal y diario atendiendo al género

BEBIDAS ALCOHOLICAS A LO LARGO DE LA VIDA			
	TOTAL	Hombre	Mujer
	4.239	2.208	1.970
Nunca	26,2	26,8	25,5
Si ha bebido	72,9	72,3	73,9
N.s/n.c	0,8	0,9	0,7
BEBIDAS ALCOHOLICAS 'DURANTE EL ULTIMO AÑO'			
No ha bebido	29,6	30,9	28,1
Si ha bebido	67,6	65,9	69,7
N.s/n.c	2,8	3,3	2,3
BEBIDAS ALCOHOLICAS 'DURANTE EL ULTIMO MES'			
No ha bebido	48,9	48,8	48,8
Si ha bebido	47,4	47	48,1
Semanal	6,9	8,1	5,4
Diario	2,1	3,3	0,8
N.s/n.c	3,7	4,1	3,1

Hay muy pocas diferencias entre los estudiantes varones y las mujeres en cuanto a esta visión panorámica del consumo, incluso parece que entre las chicas hay una mayor proporción que han probado las bebidas alcohólicas, que han bebido en el último año y en el último mes, sin embargo si hay diferencia en los consumos más frecuentes los que hemos estimados como consumos semanal y diario (Tabla 2.20).

La apreciación del párrafo anterior se puede percibir también a través de la *Tabla 2.21*, aunque aclarando algunos matices, ya que en los consumos de fin de semana las chicas mantienen los mismos niveles de consumo que los chicos, tanto en lo que se refiere a la proporción de



abstemios como a la proporción de bebedores excesivos y de riesgo que en ambos casos en su conjunto mantienen una tasa cercana a un tercio de su población.

Sin embargo si analizamos lo que ocurre los días laborales, nos encontramos con diferencias importantes, ya que hay más abstemias, y hay muchas menos consumidoras de los niveles más altos, excesivos y de riesgo, con una relación de unos 3,5 chicos por cada chica.

En definitiva podríamos decir que el nivel de experimentación con el alcohol y los consumos moderados la frecuencia de consumo entre chicas y chicos es muy similar, sin embargo, cuando nos referimos a niveles de consumo diario e intensos los varones van por delante, aunque habría que hacer una matización importante el organismo de las mujeres no tiene la misma capacidad para metabolizar el alcohol, luego su riesgo de tener problemas es mayor.

Tabla 2.21.- Distribución del alumnado en función de las categorías de consumos y el género, distinguiendo los días laborales de los fines de semana

Categorías de cantidad	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
TOTALES	4.519	2.382	2.104
CONSUMO DE ALCOHOL EN DIAS LABORABLES			
Abstemios	84,7	79,8	90
Casi abstemios	6,9	8	5,7
Poco bebedores	3,8	5,2	2,2
Bebedores excesivos	1,5	2,2	0,8
Bebedores de riesgo	3,1	4,7	1,3
CONSUMO DE ALCOHOL EN FINES DE SEMANA			
Abstemios	44,7	45,6	43,6
Bebe pero no contesta	7,7	8,3	7
Casi abstemios	5,1	5,3	4,9
Poco bebedores	10,9	9,2	12,7
Bebedores excesivos	11,8	10,4	13,5
Bebedores de riesgo	19,8	21,2	18,2

La edad es una variable que marca notables diferencias, lo es entre los adultos y mucho más entre adolescentes y jóvenes. La frecuencia de consumo es progresivamente mayor según se va incrementando la edad de las personas encuestadas, y de la misma forma van desapareciendo quienes no consumen. Ahora bien nosotros diríamos que el salto más importante se produce entre el primer y el segundo ciclo de la ESO, entre quienes tiene 12 y 13 años con los que tienen 14 y 15 (Tabla 2.22). Hay que tener en cuenta que el estudio se realiza al finalizar el primer trimestre del curso, es decir cuando el año está a punto de terminar, por lo que hay una coincidencia bastante precisa entre edad y curso.



Tabla 2.22.- Consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, semanal y diario atendiendo a los grupos de edad.

BEBIDAS ALCOHOLICAS A LO LARGO DE LA VIDA				
	De 12 a 13 años	De 14 a 15 años	De 16 a 18 años	19 y más años
TOTALES	1.143	1.125	1.479	740
Nunca	56,6	20,3	7	4
Si ha bebido	41,6	79,3	92,4	95,8
N.s/n.c	1,7	0,3	0,5	0,2
BEBIDAS ALCOHOLICAS 'DURANTE EL ULTIMO AÑO'				
No ha bebido	62,1	23,9	8	6,7
Si ha bebido	34,1	73,7	89,8	86,5
N.s/n.c	3,9	2,3	2,3	2,4
BEBIDAS ALCOHOLICAS 'DURANTE EL ULTIMO MES'				
No ha bebido	81,3	50,7	22	20,6
Si ha bebido	14,2	45,8	74,7	76,8
Semanal	1,2	4,2	10,3	20,4
diario	0,6	0,7	3,5	6,1
N.s/n.c	4,4	3,6	3,2	2,6

Es preciso destacar cómo los niveles de experimentación son muy altos incluso en edades muy tempranas, que casi la mitad de los chicos y chicas de 12 y 13 años ya hayan probado el alcohol en alguna ocasión y que otro 15% lo haya hechos el último mes, cuando estamos hablando de un periodo de “tranquilidad estudiantil” (han pasado más de dos meses del veraneo, y todavía no se ha llegado a la Navidad, por poner dos momentos en los que se producen incrementos de consumo), nos pone en la perspectiva de un cierto consumo continuado en personas muy jóvenes (Tabla 2.22).

Consideramos también especialmente relevante como cuatro de cada cinco adolescentes de 14 y 15 años han experimentado con alcohol y casi la mitad de ellos y ellas han bebido en el último mes, mes que consideramos de “tranquilidad estudiantil”, como hemos explicado. Entendemos que el salto más importante se produce precisamente al llegar estas edad, con el cambio de ciclo en la ESO, y partir de esas edades cuando se pasa a la Post-Obligatoria, la iniciación en el consumo sigue creciendo, pero ya poco más puede crecer y, a partir de esas edades, lo más destacado, ese consumo mensual del que participan tres cuartos del alumnado de 16 años y más, estudiantes de Bachiller y de Formación Profesional (Tabla 2.22).

Como continuación de lo que hemos observado en la Tabla 2.23, el análisis de los datos sobre la intensidad de la ingesta en fines de semana y entre semana (Tabla 2.23), nos proporciona una perspectiva más detallada, contribuye a sostener el gran salto que se produce entre los 12-13 años y los 14-15 a la hora de iniciarse en el consumo de alcohol aspecto este que viene reflejado en que se mantiene abstinencia el fin de semana menos del 45% del alumnado de 14-15, mientras que las personas abstemias en el grupo de 12-13 años se eleva al 85%. Sin embargo, en ambos grupos el consumo en días laborales está por debajo del 10%.

El nivel de ingesta en el grupo de más joven es muy inferior al del grupo de mayores y en el caso de consumos excesivos y de riesgo el salto más importante se produce en los días laborales entre los 14-15 años y los 16-17.



Tabla 2.23.- Distribución del alumnado en función de las categorías de consumos y los grupos de edad, distinguiendo los días laborales de los fines de semana

	TOTAL	De 12 a 13 años	De 14 a 15 años	De 16 a 18 años	19 y más años
TOTAL	4.519	1.143	1.125	1.479	740
CONSUMO DE ALCOHOL EN DIAS LABORABLES					
Abstemios	84,7	96,5	90,9	76,6	57,4
Casi abstemios	6,9	1,3	2,5	10,7	23
Poco bebedores	3,8	0,8	2,4	4,6	12,9
Bebedores excesivos	1,5	0,6	1,3	2,1	3,2
Bebedores de riesgo	3,1	0,8	2,8	6	3,5
CONSUMO DE ALCOHOL EN FINES DE SEMANA					
Abstemios	44,7	85,2	43,5	15,2	7,8
Bebe pero no contesta	7,7	5,5	10,8	6,7	7,9
Casi abstemios	5,1	1,7	5	6,4	10,6
Poco bebedores	10,9	2,9	12,1	17,4	14,6
Bebedores excesivos	11,8	1,6	9,3	21,4	23,4
Bebedores de riesgo	19,8	3,1	19,2	32,9	35,7

Es de destacar que las ingestas más elevadas no se incrementan al crecer la edad, a partir de los 17 años, los y las jóvenes de 18 y más años que continúan estudiando mantienen niveles de consumo similares a los del grupo anterior. **Es muy posible que este hecho esté influenciado por una serie de factores relacionados con la selección que se realiza con los estudios, entre los 16 y 17 años puede haber una parte importante de alumnos alumnas con dificultades escolares con repeticiones de curso, pero que no han abandonado los estudios, sin embargo los que tienen 18 y más continúan los estudios por propia voluntad y los vamos a encontrar fundamentalmente en la Secundaria-Post-Obligatoria, con un mayor enganche escolar lo que se asocia a niveles de consumo más contenidos.**

2.3 DATOS DESDE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

2.3.1.-VARIABLES E INDICADORES DE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Los datos que se presentan a continuación provienen del dispositivo asistencial, de los diversos recursos con los que cuenta la red pública (centros públicos y privados concertados) para atender a las personas con problemas de drogodependencia.

Debe tenerse en cuenta las limitaciones que presentan estos indicadores, ya que no todas las personas con drogodependencia acuden a un tratamiento y las personas que asisten a tratamiento no siempre se dirigen a estos dispositivos, pudiendo recurrir a consultas y centros privados que no remiten sus datos a Osakidetza, habitualmente buscando una supuesta “mayor privacidad”. En el caso de la dependencia al alcohol, es además frecuente que se recurra a grupos de autoayuda, los cuales tampoco envían información a Osakidetza.

Hay diversas fuentes que pueden proporcionar datos, pero nosotros consideramos para este análisis fundamentalmente dos grupos de datos:

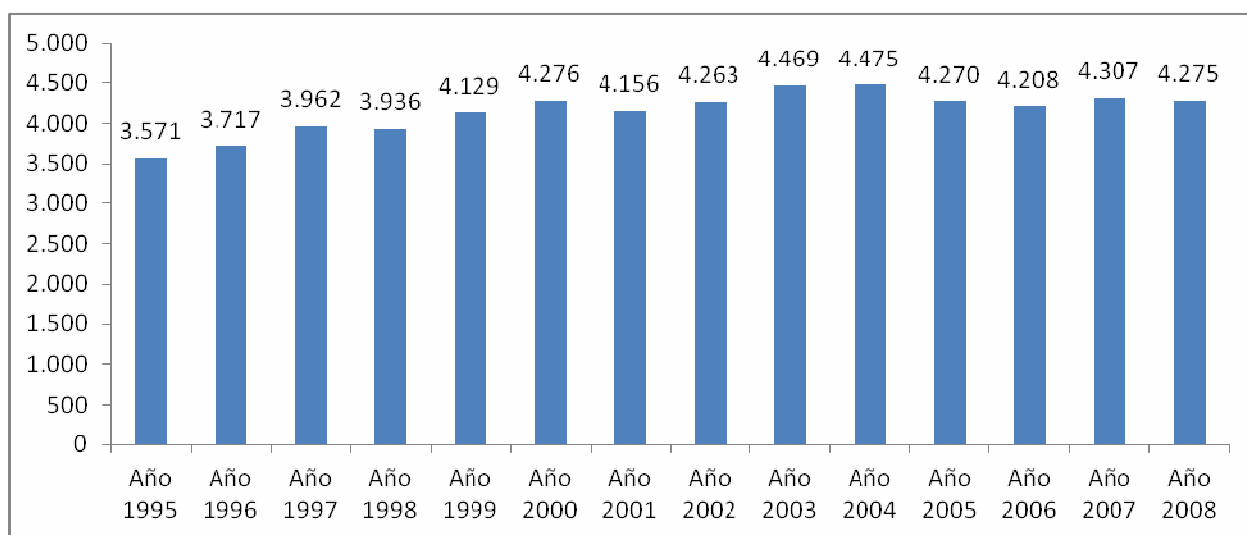


- Los de las personas en tratamiento en diversos recursos. Se puso en marcha en 1994 para recoger los datos de 1995 y fue realizando su tarea hasta 2009, año en que se reorganiza el servicio y deja de producir estos datos de manera que solo tenemos a disposición hasta 2008
- Los datos de las nuevas demandas de tratamiento, puesto en marcha en 1987, se inició en todo el Estado. Hasta 1995 se recogen sólo los casos de personas admitidas por consumo de heroína y/o cocaína; partir de ese año se amplía a las otra sustancias y en 1999 se incorporaron los datos relativos a la demanda asistencial por consumo de alcohol

2.3.1.- INDICADORES DE TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO EN CENTROS AMBULATORIO

El número total de personas atendidas por alcoholismo en los centros de salud mental ha ido creciendo hasta los años 2003-2004, años en los que se alcanzan las cifras más altas, para luego descender ligeramente e iniciar una estabilización.

Gráfico 2.5.- Evolución de las personas en tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 1995-2008



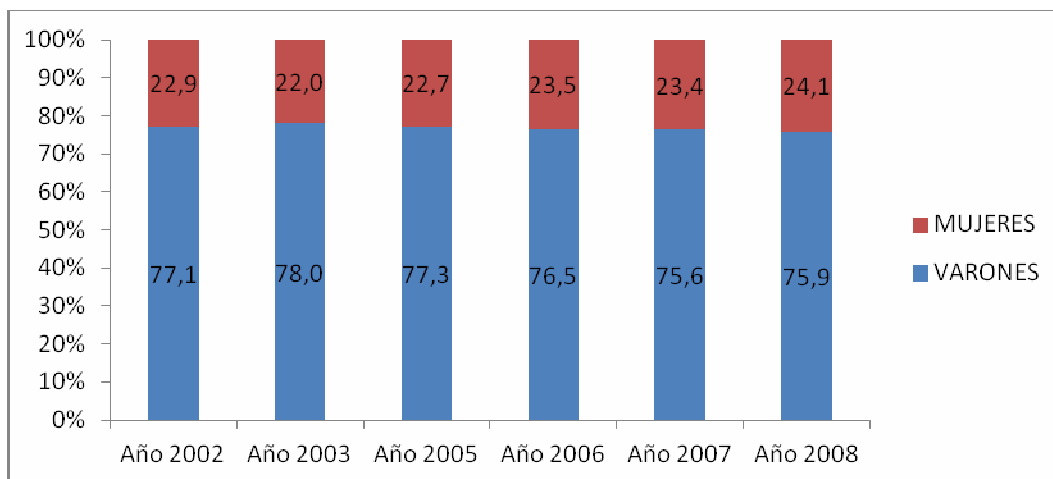
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV de 2008 y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

Podríamos decir, por lo tanto, que ha crecido la cantidad de personas atendidas en una década, pero que luego se ha entrado en una fase de estabilidad, aunque ese crecimiento se aprecia en los primeros años en que se pone en marcha la recogida de datos y, por lo tanto, puede haber dificultades en el procedimiento de recogida y cumplimentación de los mismos, porque a partir de 1997 se alcanza una cifra cercana a los 4000 caso y a partir de ahí las oscilaciones son mucho menores se incrementan hasta casi alcanzar los 4500 en 2003 y 2004 pero luego se estabilizan alrededor de los 4270 (Gráfico 2.5).

Desde 1997, prácticamente dos personas por cada mil residentes en la CAPV vienen participando en algún tratamiento ambulatorio por dependencia del alcohol.



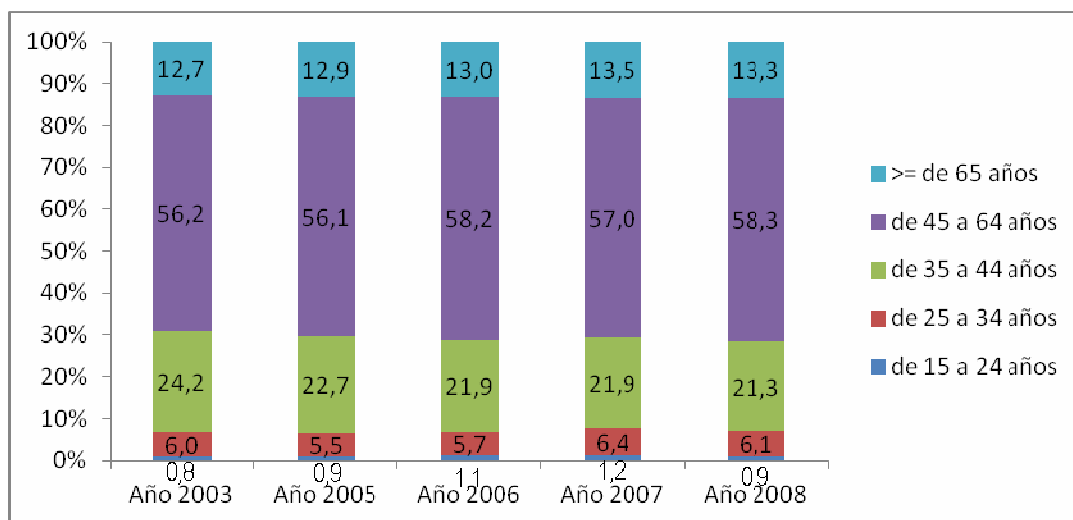
Gráfico 2.6.- Evolución del peso del género en tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 2002-2008



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La proporción de mujeres y hombres en tratamiento se mantiene muy estable, entre el 22,0% y el 24,1%, aunque con una ligera tendencia a crecer el peso de las mujeres, aunque habrá que observar esta idea con precaución ya que los pocos años en los que se ha recogido este dato proporcionan una perspectiva muy limitada (Gráfico 2.6)

Gráfico 2.7.- Evolución del peso de la edad en el tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 2002-2008



La tendencia en cuanto a la edad de las personas en tratamiento, como en el caso del sexo, muestra una gran estabilidad, a pesar de la precaución con la que hay que contemplar series de datos tan cortas (Gráfico 2.7).

En la *Tabla 2.24* hemos calculado la tasa de personas tratadas por alcoholismo por mil habitantes, que se aproxima en los últimos años a 2 personas o lo que es lo mismo una de cada quinientas personas está tratándose por dicha afección. Posteriormente hemos aplicado la tasa a los habitantes de Vitoria-Gasteiz y vienen siendo entre 400 y 500 dependiendo de los años.



Tabla 2.24 Personas tratadas por alcohol, evolución 1995-2008, tasas por mil habitantes y estimación para las personas residentes en Vitoria-Gasteiz tratados por dicha adicción.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TraTdas x Oh	3.751	3.717	3.962	3.963	4.129	4.276	4.156	4.263	4.469	4.475	4.270	4.208	4.307	4.275
Tasa /1.000 h.	1,72	1,71	1,82	1,82	1,89	1,96	1,91	1,96	2,05	2,05	1,96	1,93	1,98	1,96
Vitorianos/as	413	409	436	436	455	471	457	469	492	493	470	463	474	471

2.3.2.- CASOS NUEVOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO

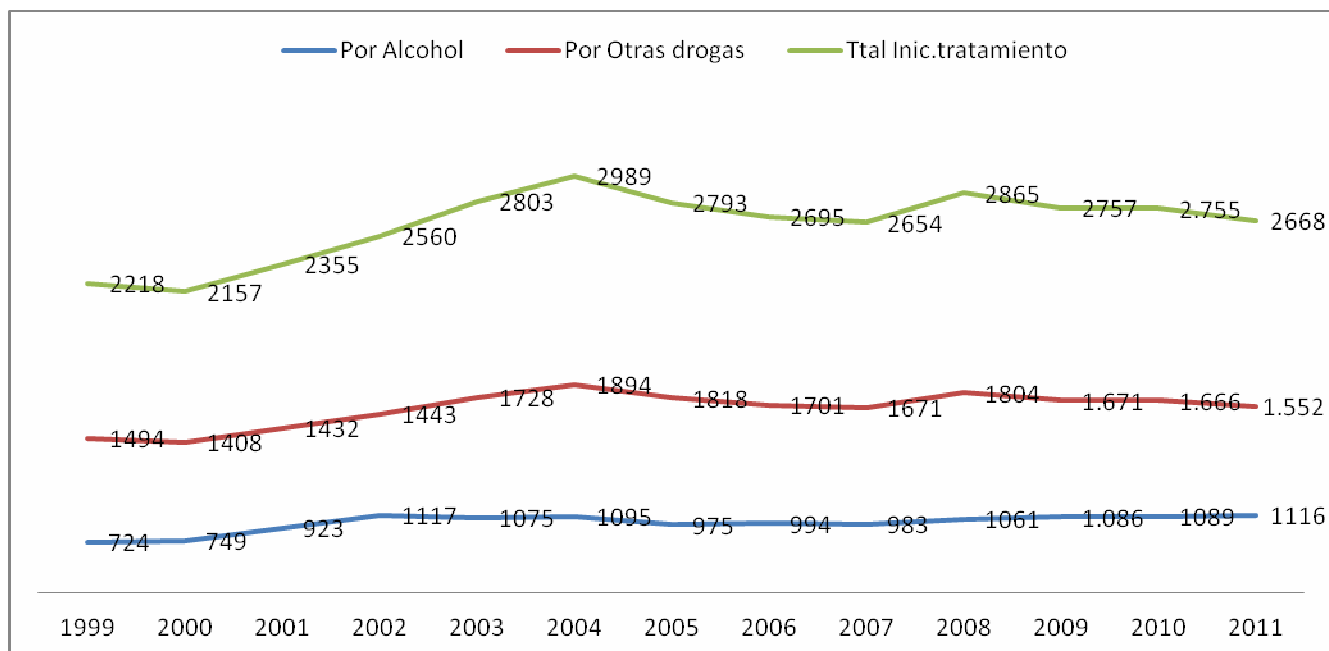
Existe toda una línea de trabajo puesta en marcha a finales de la década de los 80 que recoge las admisiones para el inicio de tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas. Este programa se inició en todo el Estado bajo el nombre de Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). En este programa vuelcan los datos los centros públicos dependientes de Osakidetza y los privados pertenecientes a la red concertada. Hasta 1996 sólo se recogen los casos de personas admitidas por consumo de heroína y/o cocaína y a partir de ahí se recogen las demandas de tratamiento por las otras drogas; En 1999 se incorporaron los datos relativos a la demanda asistencial por consumo de alcohol.

Este indicador es el más preciso, ya que recoge el número de personas que inician o reinician un tratamiento en un año determinado, contabilizándose únicamente la primera admisión a tratamiento en ese año, pese a que se hubiera producido más de un episodio asistencial por parte de una misma persona, de forma que se eliminan las duplicidades si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año. Esto permite un tipo de análisis diferente al del epígrafe precedente, que hablan del número de personas en tratamiento a lo largo del año. Además se recogen una serie de datos sobre estas personas, de forma que nos permiten conocer mejor al colectivo

En el *Gráfico 2.8* hemos resumidos los dato más importantes con respecto a las demandas anuales de tratamiento de drogas y el peso de alcoholismos en ellas, como se puede observar ha ido creciendo la demanda asistencial hasta los años 2003-2004, para luego descender levemente y mantenerse con pequeñas oscilaciones en torno a los 2650-2860. Dentro del gráfico la línea correspondiente al alcohol tiene una subida los primeros años, que podría deberse a los primeros problemas en la recogida de datos cuando comenzó a aplicarse también al alcoholismo y a partir de 2001 supera las 900 personas y luego continúa de forma muy estable, con variaciones muy poco importantes, pero con una ligera tendencia ascendente.



Gráfico 2.8.- Personas que inician tratamiento por adicción, por alcohol y por otras drogas, evolución 1999-2011



En la *Tabla 2.25* hemos tenido en cuenta esos mismos dato, pero hemos realizado otros tres cálculos más, hemos calculado el porcentaje del peso del alcoholismo sobre la demanda total de tratamiento desde el año 2001 en que alcanza el 39% luego tiende a mantenerse bastante estable con algunas pequeñas oscilaciones. La tasa por mil habitantes que muestra un ligero incremento de manera que en los últimos años alcanza el 0,5 por mil, esto es que una de cada 2000 personas ha demandado tratamiento por alcoholismo. Finalmente en función de esa tasa hemos estimado las personas residentes en Vitoria-Gasteiz que hubieran demandado tratamiento estos años y en los últimos años pueden estar rondando las 120 personas.

Tabla 2.25 Personas que inician tratamiento por adicción por alcohol y otras, evolución 1999-2011, tasas por mil habitantes y estimación para las personas residentes en Vitoria-Gasteiz tratadas por dicha adicción

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ttal Inic.Tratto.	2355	2560	2803	2989	2793	2695	2654	2865	2757	2.755	2668
Inic.Tratto x Alcohol	923	1117	1075	1095	975	994	983	1061	1.086	1089	1116
Inic.Tratto x Otras d.	1432	1443	1728	1894	1818	1701	1671	1804	1.671	1.666	1.552
Tratto. x OH, en %	39,19	43,63	38,35	36,63	34,91	36,88	37,04	37,03	39,39	39,53	41,83
Tasa x 1000	0,42	0,51	0,49	0,50	0,45	0,46	0,45	0,49	0,50	0,50	0,51
Vitorianos/as	102	123	118	121	107	109	108	117	120	120	123

El Sistema de Información en Toxicomanías (SIT), recoge, como ya hemos apuntado una serie de variables relativas a las personas que demandan atención por su dependencia, esto permite



hacer una idea con cierta precisión del perfil básico de dichas personas, en la *Tabla 2.26* Hemos presentados un grupo de estas variables que consideramos más relevantes y hemos establecido una comparación entre las demandas por alcohol con las demandas por otras drogas ilegales, de este análisis destacamos:

- Que las atenciones por alcoholismo corresponden a casi el 42% de las demandas de tratamiento por consumo de drogas de la CAPV en 2011.
- Las mujeres representan un porcentaje menor de las demandas asistenciales por adicción sin embargo la proporción de mujeres por alcoholismos, aún siendo bastante menor que el de los varones es sensiblemente mayor que la del resto de las adicciones.
- La media de edad de las personas demandantes por alcoholismo es sensiblemente mayor que la media del total de drogas, siendo superior en todos los grupos de edad a partir de los 40 años, hasta esa edad son mayorías las personas usuarias de otras drogas.
- En cuanto al tratamiento previo es más frecuente en la media de tratamientos que en el caso de las personas alcohólicas.
- En cuanto al tiempo de consumo también se nos antoja mayor en el caso de las personas alcohólicas que en el resto, ya que superan al resto a partir de los 21 años de consumo y casi un 40% lleva 25 o más años consumiendo antes de ponerse en tratamiento.

Tabla 2.26.- Características de las personas que demandaron tratamiento por alcohol en 2011

	Por Alcohol	Por el Total de drogas		Por Alcohol	Por el Total de drogas
Número total	1116	2668	Número total	1116	2668
%	41,83	100,00	%	41,83	100,00
GENERO			EDAD		
Hombres	78,1	82,6	Desconocido	0	0
Mujeres	21,9	17,4	de 0 a 14	0	0,1
			15-19	0,3	4,5
Tratamiento previo			20-24	1,8	7,7
SI	44,6	48,5	25-29	4,9	11
NO	53,6	50,4	30-34	8,2	14
Desconocido	1,8	1,2	35-39	13,7	17,2
			40-44	16,7	15,5
Tiempo de consumo			45-49	16,6	11,7
desconocido	21,1	11,8	50-54	15,9	8,7
0 a 2 años	3,7	5,8	55-59	9,6	4,3
3 a 5 años	4,1	10,1	60 o más	12,2	5,2
6 a 10 años	4,8	13,6	Edad media	46,3	38,8
11 a 15 años	8,2	15,2			
16 a 20 años	7,9	10,5			
21 a 25 años	11,9	11,4			
25 o más años	38,4	21,6			



3.- EL CONSUMO DE TABACO

3.1- EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL

3.1.1.-VARIABLES E INDICADORES DE CONSUMO DE TABACO:

Las variables e indicadores de consumo de tabaco que se han utilizado en la Investigación Euskadi y drogas son:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de de tabaco: ha fumado alguna vez en la vida, entendiéndose por fumar alguna vez haber fumado más de 100 cigarrillos (cantidad equivalente a 5 paquetes de tabaco).

Consumo actual de tabaco: discrimina a todas aquellas personas que han fumado durante los últimos 30 días.

Consumo habitual de tabaco: agrupa a todas aquellas personas que en la pregunta 8 del cuestionario (¿Podría decirme si usted fuma o ha fumado alguna vez?) responden que fuman habitualmente. El cuestionario permite a las personas que se declararan fumadoras optar por dos alternativas: fumar esporádicamente (en fiestas, navidades, etc.) o fumar habitualmente. En este caso, se trata de la segunda opción.

Consumo diario de tabaco: agrupa a las personas que han fumado en los últimos 30 días, se declaran fumadoras habituales y fuman a diario al menos un cigarrillo.

Consumo intenso, consumo diario de más de 20 cigarrillos: se trata de todas aquellas personas que fuman actualmente más de 20 cigarrillos diarios por término medio.

3.1.2.- RESULTADOS GENERALES

Más de la mitad de la población ha fumado en algún periodo de su vida lo que son algo más de cien mil residentes en la ciudad. Una cuarta parte fuman diariamente, que son casi cincuenta mil personas de Vitoria-Gasteiz (Tabla 3.1).

Tabla 3.1.- Categorías de consumo de tabaco, experimental, reciente, actual y diario

Consumo de Tabaco	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Consumo experimental /alguna vez en la vida	54,4	101.607	896.642
Consumo reciente /Último año	31,2	58.275	513.910
Consumo actual /Último mes	29,3	54.726	483.628
Consumo diario	25,7	48.002	423.676
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

Según se recoge en la *Tabla 3.2* de esa mitad larga de la población que ha fumado alguna vez en su vida la mitad son fumadores habituales, sólo una pequeña parte son fumadores ocasionales y casi otra mitad son personas que han dejado de fumar.



Tabla 3.2.- Distribución de la población en función de la relación con el tabaco

Relación con el tabaco	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Fumador/a habitual	25,7	48.002	423.676
Fumador/a ocasional	5,5	10.273	90.112
Ex fumador/a	23,2	43.332	382.854
No fumador/a	45,6	85.171	752.300
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

De ese tercio de la población que ha dicho que tiene un consumo reciente, este último año en la *Tabla 3.3* se expone cuantos cigarrillos fuma al día y se observa que el núcleo más numeroso se concentra entre los 10 y los 20 cigarrillos, es decir entre el medio paquete y el paquete entero, ya que sumarían tres cuartas partes de los fumadores, esta proporción se acerca a los 45.000 personas en la capital vasca.

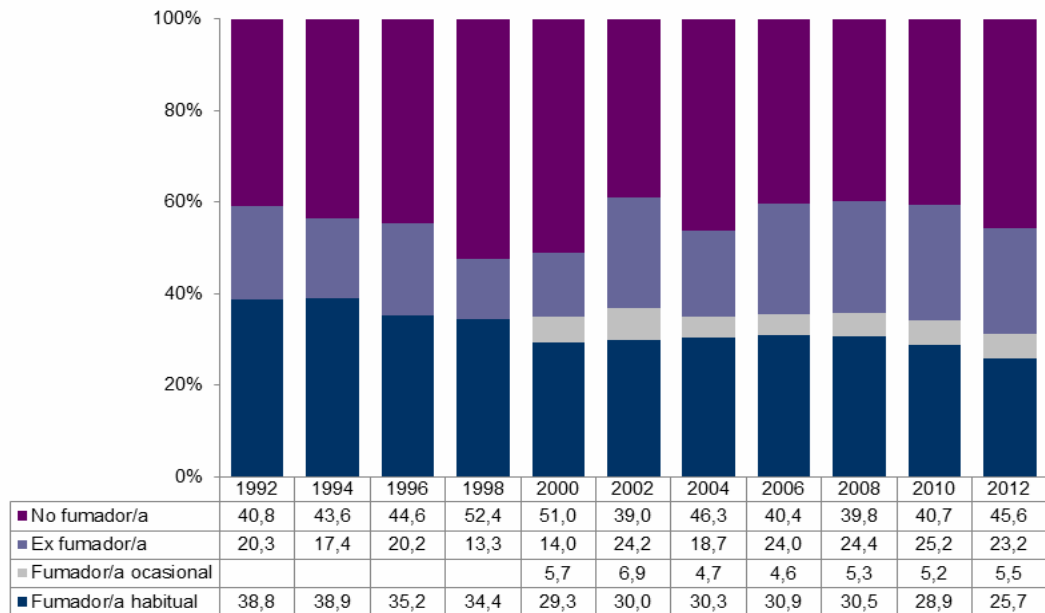
Tabla 3.3.- Distribución de la población fumadora habitual y ocasional en función del número de cigarrillos

Cantidad de cigarrillos	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Ninguno	2,2	1.282	11.517
1-4 cigarrillos	17,2	10.023	88.293
5-10 cigarrillos	38,0	22.145	195.140
11-20 cigarrillos	37,5	21.853	192.732
21-30 cigarrillos	3,3	1.923	16.769
31-40 cigarrillos	1,5	874	7.492
41 y más cigarrillos	0,4	233	1.845
Total	100	58.275	513.788

El gráfico 3.1 muestra la evolución de la distribución de la población en función de su relación con el consumo de tabaco y no se observa una clara trayectoria: el grupo de los no fumadores ha oscilado desde un mínimo por debajo del 40%, hasta un máximo superior al 52%, pero eso ha ocurrido a mitad de la serie y con dos mediciones de diferencia. Por otra parte el grupo de exfumadores es un grupo que parece “atascado” no crece con claridad. Hay que tener en cuenta que la encuesta se realizó un año después de haberse aprobado la “ley anti-tabaco” y no parece que haya habido influencia en este tiempo.

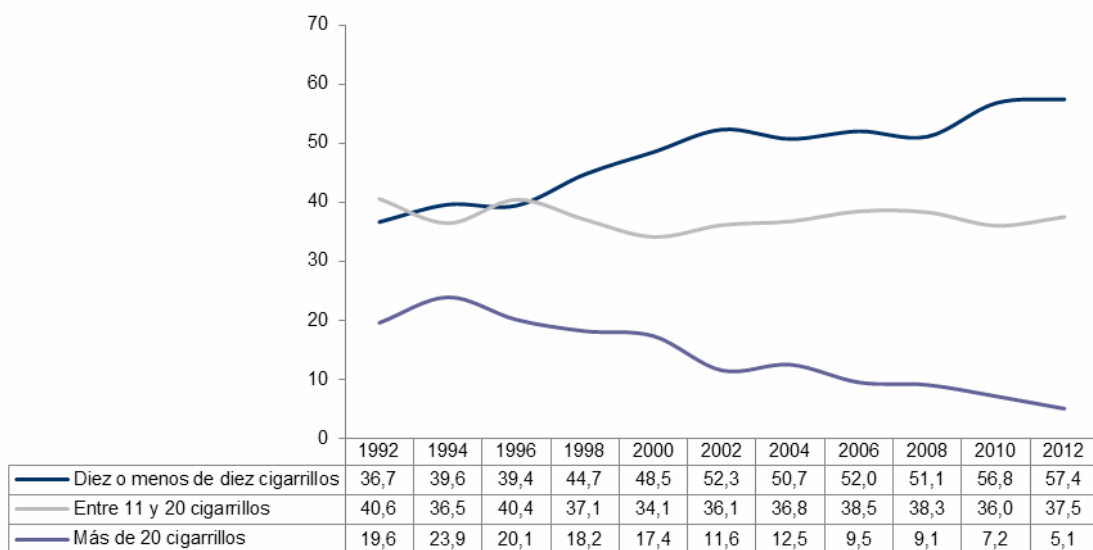


Gráfico 3.1.-. Evolución de la distribución de la población en función de su relación con el consumo de tabaco. 1992-2012



En la variable en la que parece haber una tendencia es en la reducción del uso del tabaco entre los fumadores, en estos veinte años se ha ido reducido notablemente la proporción de personas que fuman más de una paquete (20 cigarrillos/día) a favor de los que consumen medio paquete o menos; esta tendencia viene siendo visible antes de los cambios de legislación que prohíban fumar en centros de trabajo, pero es posible que estas nuevas normas hayan contribuido porque desde ese periodo 2006-2008 han bajado bastante la intensidad de consumo (Gráfico 3.2)

Gráfico 3.2.-. Evolución de la distribución de la población fumadora de acuerdo a la intensidad del consumo. 1992-2012





3.1.3.- EL CONSUMO TABACO Y SU RELACIÓN CON EDAD Y EL SEXO

Aunque la media de la edad de inicio del tabaco desde hace 15 años ha sufrido oscilaciones no ha variado sustancialmente permaneciendo en una franja que va desde los 16,8 años mínimo frente a los 17,5 de máxima y estas oscilaciones tienen forma de vaivén no mostrando una tendencia clara (Tabla 3.4).

Un dato que puede ser relevante es que entre el grupo de más edad la fecha de iniciación es bastante más elevada que en los otros dos grupos en los que se marca una tendencia a ser más prematuros en cuanto son más jóvenes (Tabla 3.4).

También las mujeres muestran un inicio algo más tardío que la media de los varones, sin ser estas unas diferencias importantes (Tabla 3.4).

Tabla 3.4.- Edades de inicio; evolución 1996-2012, por grupos de edad y por género	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
AÑO									
Edad	16,8	16,7	16,9	17,5	16,9	16,9	17,0	16,8	17,0
GRUPOS DE EDAD	15-34	35-54	55-74						
Edad	16,3	16,8	18,0						
GÉNERO	Hombres	Mujeres							
Edad	16,8	17,2							

La experimentación con el tabaco es algo menor entre el grupo más joven, en parte puede estar influenciado porque hay una parte importante entre los menores de 18 años que no se han iniciado, (recordemos que la edad media de iniciación se encuentra en torno a los 17 años), sin embargo, en los niveles intermedios se sitúan parejos con los del grupo de mediana edad, que es el dominante en todas las categorías de consumo (Tabla 3.5).

Tabla 3.5.- Diversos niveles de consumo, por grupos de edad

Consumos	15-34	35-54	55-74	Total
Consumo experimental de tabaco	45,3	63,4	50	54,4
Consumo reciente tabaco	34,8	36,8	19,7	31,2
Consumo actual de tabaco	32,9	33,9	19,3	29,3
Consumo diario de más de 20 cigarrillos	0,6	2,4	1,3	1,6

Las mujeres muestran en todas las categorías de consumo consideradas una menor prevalencia que los varones en el uso del tabaco siendo esta diferencia especialmente elevada en el caso de los niveles de *consumo diario de más de 20 cigarrillos*, en el que hay cuatro hombres por cada mujer.



Tabla 3.5.- Diversos niveles de consumo, por género

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio h/m
Consumo experimental de Tabaco	59,6	49,2	54,4	1,2
Tasa de consumo reciente de Tabaco	33,3	29,1	31,2	1,1
Consumo actual de tabaco	31,9	26,7	29,3	1,2
Consumo diario de más de 20 cigarrillos	2,6	0,6	1,6	4,3

3.2.- CONSUMO DE TABACO EN LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

Los datos corresponden a estudiantes de secundaria desde 1º de la ESO hasta Bachiller, Formación Profesional de Grado Medio y de Grado Superior y alumnos de los PCPI.

Año de recogida de datos 2011, mes: noviembre diciembre. Alumnado encuestado 4.239.

3.2.1.-VARIABLES E INDICADORES DEL CONSUMO DE TABACO Y LOS ALUMNOS DE MEDIAS

Las variables e indicadores de consumo de tabaco que se han utilizado en la Investigación Drogas y Escuela VIII son:

Si fuma en la actualidad con la posibilidad de responder Si o NO.

Y si en los últimos 30 días ha fumando con qué frecuencia lo ha hecho dejando 7 posibilidades desde nunca a más de 20 cigarrillos/día.

3.2.2.-DATOS GENERALES

Entre los estudiantes de enseñanzas medias sólo una cuarta parte confiesa fumar y esa proporción es ligeramente más elevada entre las chicas que entre los chicos (Tabla 3.6).

Tabla 3.6.- Consumo de tabaco total y según género

	Total	SEXO		
		Hombre	Mujer	Ns/Nc
Si	24,8%	23,6%	25,8%	31,1%
No	73,9%	74,5%	73,4%	65,6%
N.s/n.c	1,3%	1,8%	,8%	3,3%
Totales	4.239 100,0%	2.208 100,0%	1.970 100,0%	61 100,0%

La edad marca unas grandes diferencias, según se van haciendo mayores se van incorporando al consumo de tabaco de forma progresiva y sin detenerse, no se producen grandes saltos, la proporción de fumadores y fumadoras avanza casi de forma constante creciendo anualmente como un 10%, desde la edad de ingreso en la Secundaria, los 12 años, hasta su salida a los 16 años. A los 17 se produce un retroceso nos podríamos preguntar ¿dejan de fumar? ... podría ser pero nos inclinamos a dar otra explicación y es que a esas edades finaliza la Secundaria Obligatoria y, por lo tanto, quienes lleven un mal proceso escolar abandonan las aulas y entre estas personas puede haber más fumadores; luego un año después vuelve haber un incremento en torno a los 18 años y un estancamiento, no parece que se inicien por detrás de los 19 años. Esta idea surgirá al analizar las otras drogas. Queremos destacar también esa cifra de casi el 5%



de alumnos (uno de cada veinte), que ya han probado el tabaco al comenzar su primer curso en la ESO, con 12 años (Tabla 3.7).

Tabla 3.7.- Consumo de tabaco y según grupos de edad

	Hasta 12	13	14	15	16	17	18	19 o mas	Total
Si	4,8%	10,7%	21,4%	28,3%	38,8%	32,9%	44,0%	44,5%	24,8%
No	93,4%	87,2%	77,3%	71,1%	60,5%	66,0%	54,6%	54,5%	73,9%
N.s/n.c	1,9%	2,1%	1,3%	,6%	,7%	1,1%	1,4%	1,0%	1,3%
Total	647	701	700	637	410	377	218	492	4239
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La intensidad del consumo de tabaco entre estudiantes de medias está muy repartida por todas las categorías y en bajos porcentajes porque sólo fuman una cuarta parte. Donde existe una mayor acumulación de alumnado es en lo que podríamos denominar intensidad media-baja, es decir entre uno y diez cigarrillos al día (Tabla 3.8).

Apuntamos anteriormente que entre las chicas hay algo más de fumadoras que entre los chicos, sin embargo no parece que ellas fumen más sino que se reparten entre las distintas intensidades tenidas en cuenta de manera que también tienden a agruparse en consumos medios-bajos (Tabla 3.8).

Tabla 3.8.- Intensidad de Consumo de tabaco total y según género

	Total	SEXO		
		Hombre	Mujer	N.c
Nunca	75,0%	76,5%	73,5%	68,9%
Menos de 1 a la semana	5,5%	4,6%	6,6%	4,9%
Menos de 1 al día	2,9%	2,5%	3,4%	0,0%
Entre 1 y 5 al día	6,7%	6,0%	7,5%	4,9%
Entre 6 y 10 al día	4,3%	4,2%	4,2%	9,8%
Entre 11 y 20 al día	2,6%	2,9%	2,2%	3,3%
Más de 20 al día	1,7%	2,0%	1,2%	4,9%
N.s/n.c	1,3%	1,2%	1,5%	3,3%
Total	4239	2208	1970	61
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la *Tabla 3.9* se nos presentan los niveles de consumo según las edades y por lo que se aprecia, a pesar del crecimiento de personas fumadoras asociado al avance en edad, los consumos tienden a agruparse hacia intensidades medias y bajas, sin embargo a partir de los 18 años y especialmente en el grupo de los de 19 años y más comienzan a ser muy relevantes quienes superan los 5 y los 10 cigarrillos al día.

Hay que tener en cuenta que el tabaco es una droga que no permite fácilmente llevar a cabo un consumo moderado, pocas personas fumadoras son capaces de “aguantar” con un cigarrillo al día, la mayoría tienden a incrementar la dosis por encima de los 10 diarios; sin embargo estas personas jóvenes han comenzado a fumar hace poco tiempo y, por lo tanto, aún no sienten la



necesidad de incrementar los consumos, sin embargo para la mayoría va a ser cuestión de tiempo si no abandonan el consumo, tal y como se aprecia en el grupo de mayores (Tabla 3.9).

Tabla 3.9.- Intensidad de Consumo de tabaco según grupos de edad

	Hasta 12	13	14	15	16	17	18	19 o mas	Total
Nunca	94,3%	87,7%	78,4%	72,1%	61,2%	66,8%	56,9%	56,5%	75,0%
Menos de 1/ semana	2,3%	4,4%	6,7%	8,3%	8,8%	5,6%	4,1%	3,7%	5,5%
Menos de 1 al día	,8%	1,9%	4,3%	3,1%	3,2%	4,0%	5,0%	2,2%	2,9%
Entre 1 y 5 al día	,3%	2,1%	4,4%	7,8%	13,9%	10,3%	10,1%	13,0%	6,7%
Entre 6 y 10 al día	,2%	,3%	2,4%	3,6%	5,9%	6,1%	14,7%	11,6%	4,3%
Entre 11 y 20 al día	,0%	,4%	1,1%	1,6%	4,9%	3,7%	2,8%	10,0%	2,6%
Más de 20 al día	,2%	,9%	1,4%	2,4%	1,2%	2,4%	5,0%	2,8%	1,7%
N.s/ N.c	2,0%	2,3%	1,1%	1,1%	1,0%	1,1%	1,4%	,2%	1,3%
TOTAL	647	701	700	637	410	377	218	492	4239
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Otro dos aspectos a destacar son la confirmación de lo observado en la tabla anterior (Tabla 3.8), que el incremento de fumadores y fumadoras que ocurre año a año se ve frenado por el descenso a los 17 años, observándose también como se frenan las frecuencias de consumo más elevadas, coincidiendo todo ello con la edad del final de la ESO. La otra observación es que de ese casi 5% que llegan a la ESO habiendo probado el tabaco dos tercios fuman menos de un cigarro al día y no llegaría a un 1% quienes fuman más de esa cantidad.

4.- EL CONSUMO DE CANNABIS

4.1.- ELCONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN GENERAL

4.1.1.-VARIABLES E INDICADORES DE CONSUMO DE CANNABIS:

Las variables e indicadores de consumo de cannabis que se han utilizado en la Investigación Euskadi y drogas son:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de cannabis: ha consumido alguna vez en la vida cannabis.

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 12 últimos meses.

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 30 últimos días.

Consumo al menos semanal de cannabis en el último año: identifica a todas aquellas personas que durante los últimos 12 meses previos a la encuesta declaran haber consumido cannabis con una frecuencia al menos semanal. Concretamente se trata de quienes en la pregunta 72a del cuestionario, sobre frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, responden 'a diario', '4-6 días a la semana' o '1-3 días a la semana'.

Consumo diario de cannabis (al menos 4 días/semana) en el último mes: agrupa esta variable a todas aquellas personas que durante los últimos 30 días previos a la encuesta refieren un consumo de cannabis diario (todos los días) o casi diario (4-6 días a la semana).



4.1.2.- RESULTADOS GENERALES

Más de una cuarta parte de la población ha consumido cannabis alguna vez en la vida, eso corresponde a algo más de 50 mil personas residentes en la capital y casi una de cada cincuenta personas han consumido en el último mes, lo que para la ciudad son más de tres mil residentes (Tabla 4.1).

Tabla 4.1.- Categorías de consumo de cannabis alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, semanal y diario

Consumo de cannabis	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Consumo experimental /alguna vez en la vida	28,3	52.858	466.725
Consumo reciente /Último año	6,3	11.767	103.266
Consumo actual /Último mes	4,3	8.031	71.659
Consumo al menos semanal en el último año	2,8	5.230	45.595
Consumo diario en el último mes	1,7	3.175	27.925
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

En la *Tabla 4.2* se nos presentan las ocasiones en las que se ha fumado cannabis y como puede verse el 20% no ha superado las 50 veces en su vida lo que significa que dos tercios de los que han probado el cannabis lo consumen o han consumido de forma espaciada o sólo por un periodo de tiempo. En el extremo estaría esa cuarta parte de los que han probado que la ha consumido o lo consume con mayor intensidad.

Tabla 4.2.- Distribución de la población en función de las ocasiones de consumo de cannabis.

Ocasiones de consumo de cannabis	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Entre 1 y 10 ocasiones	13,6	25.402	224.341
Entre 11 y 50 ocasiones	5,3	9.899	87.938
Entre 51 y 100 ocasiones	2,1	3.922	35.347
Más de 100 ocasiones	6,6	12.327	109.205
NS/NC	0,6	1.121	9.895
No ha consumido nunca	71,7	133.920	1.182.217
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

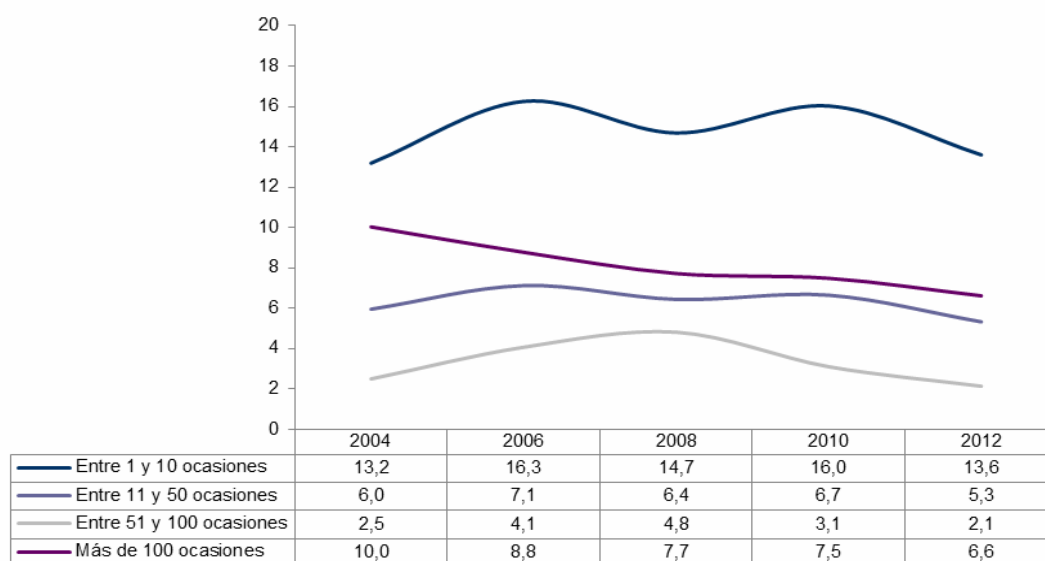
Poco más de un 6% de la población dice mantener el consumo una vez probado, porcentaje que coincide bastante con quienes afirman haber consumido más de 100 veces y de ellos no llega al 3% los que tiene un consumo semanal (tabla 4.3).



Tabla 4.3.- Distribución de la población en función de la frecuencia de consumo de cannabis.

Consumo de cannabis	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
A diario	1,3	2.428	21.621
4-6 días a la semana	0,4	747	6.567
1-3 días a la semana	1,1	2.055	17.407
1-3 días al mes	1,1	2.055	17.751
6-11 días al año	0,7	1.307	11.464
1-5 días al año	1,7	3.175	28.457
Sin consumo últimos 12 meses -	22,0	41.091	363.459
No ha consumido nunca - -	71,7	133.920	1.182.217
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

Gráfico 4.1. Evolución del porcentaje de la población que ha consumido cannabis en el último año por número de ocasiones de consumo a lo largo de la vida. 2004-2012.



Los gráficos adjuntos al párrafo que marcan las tendencias en el consumo de cannabis desde el 2004 muestran que los consumos más intensos muestran una tendencia de reducción en favor de los consumos exploratorios o más leves (Gráficos 4.1 y 4.2)



Gráfico 4.2. Evolución de la distribución de las personas consumidoras de cannabis en el último año en función del número de ocasiones de consumo durante toda la vida. 2004-2012

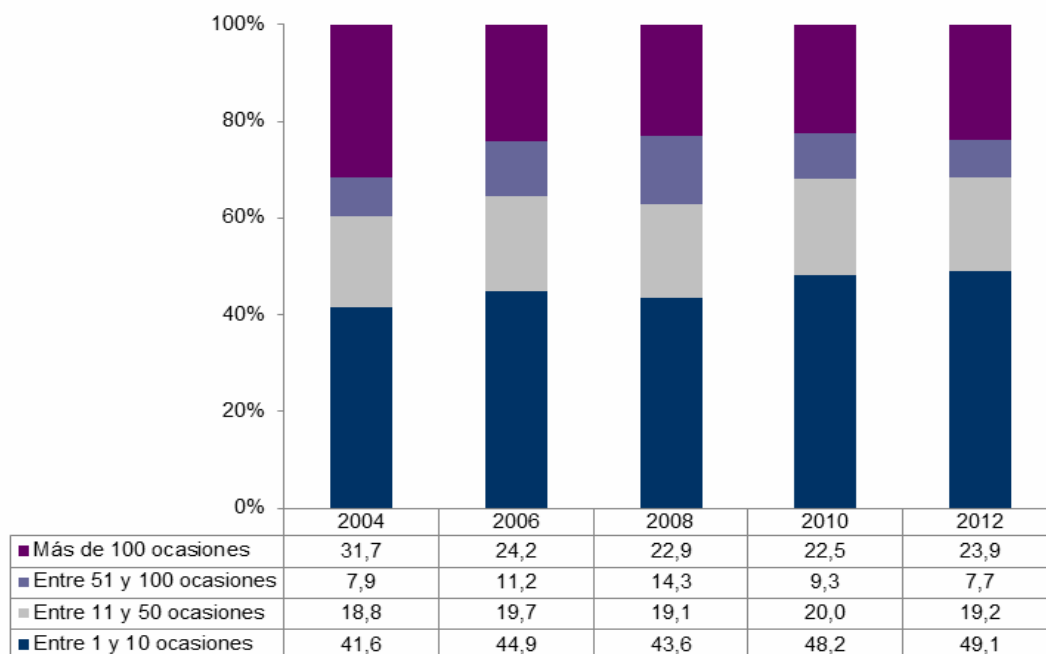
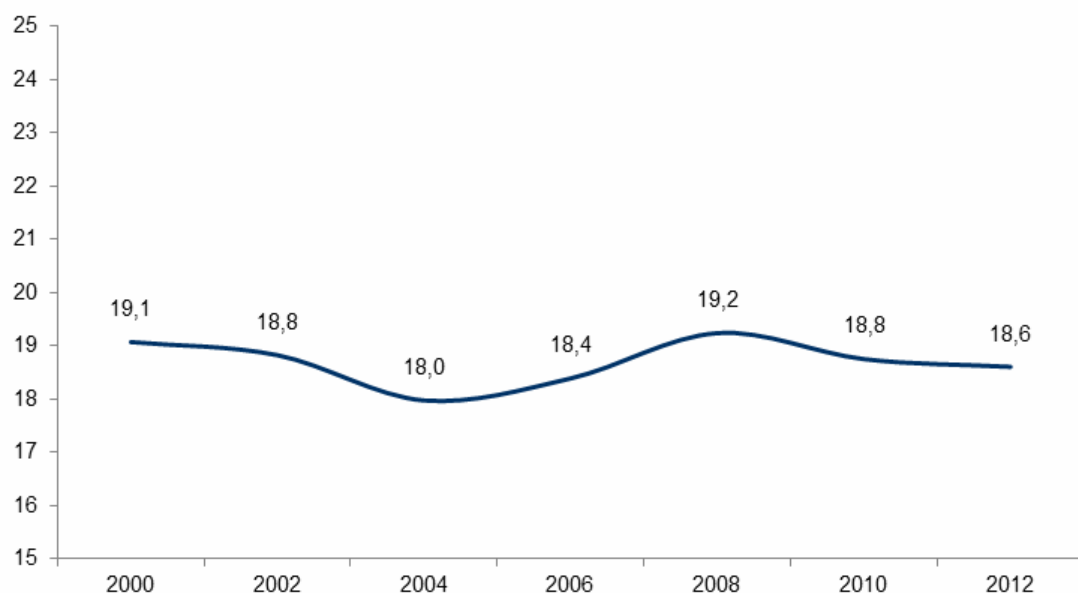


Gráfico 4.3. Evolución de la edad media de inicio en el consumo de cannabis. 2000-2012



Las edades de inicio en el consumo de cannabis no muestran una clara tendencia en estos años, sino más bien un vaivén con dos picos ligeramente por encima de los 19 años y un valle a los 18 (Gráfico 4.3).

La edad de inicio en relación con el género nos muestra como las mujeres se inician, de media, un año más tarde que los chicos (Tabla 4.4).



Tabla 4.4.- Edad media de inicio en el consumo de cannabis por sexo.

	Hombre	Mujer	Media Total
Edad de inicio en el consumo de Cannabis	18,2	19,3	18,6

4.1.3.- EL CONSUMO CANANBIS Y SU RELACIÓN CON EDAD Y EL SEXO

Según se muestra en la *Tabla 4.5*, el consumo entre las mujeres es sensiblemente menor que entre los varones, en todas las categorías de consumo, si bien en cuanto a la proporción de personas que han experimentado la diferencia es más numérica que proporcional pero al adentrarnos en consumos recientes y semanales los varones superan al doble de las mujeres.

El consumo de cannabis tiende a concentrarse en el grupo de edad más joven, el segmento de más edad es el que menos ha experimentado con el cannabis y también en el que hay un consumo semanal o diario mucho más bajo (Tabla 4.6).

Tabla 4.5.- Tasas de consumo experimental reciente y semanal de cannabis por sexo.

	Hombre	Mujer	Media Total	Ratio h/m
Consumo experimental de Cannabis	34,8	21,8	28,3	1,6
Consumo reciente de Cannabis	8,8	3,7	6,3	2,4
Consumo al menos semanal de cannabis en el último año	4	1,5	2,8	2,6

El inicio de “la epidemia de consumo de drogas ilegales”, sobreviene a finales de los 70, es decir hace 40 años y este grupo en esa época estaba saliendo de la etapa juvenil, por lo que no se vio tan involucrado en el fenómeno, sin embargo el grupo de edades intermedias si convivió con el fenómeno y prueba de ello que no hay gran diferencia en los niveles de experimentación de ellos con el grupo de los más jóvenes.

Es de destacar un dato y es que con niveles de experimentación similares entre el grupo de los más jóvenes y el de edad intermedia, sin embargo, tienen en sus filas muchos menos consumidores semanales y diarios, aunque los hay, a pesar por ejemplo de que tienen o podrán tener un mayor poder adquisitivo. Dos ideas se nos ocurren para explicar esto, por un lado la entrada en el mundo de las obligaciones y las responsabilidades de adulto empuja a la mayoría a cambiar el estilo de vida y a que se propicien menos las ocasiones de consumo; pero por otro lado no es descabellado pensar que en esos años no era tan patente la banalización y extensión del uso de cannabis como parece serlo ahora.

Tabla 4.6.- Tasas de consumo experimental, reciente, semanal y diario de cannabis por grupos de edad

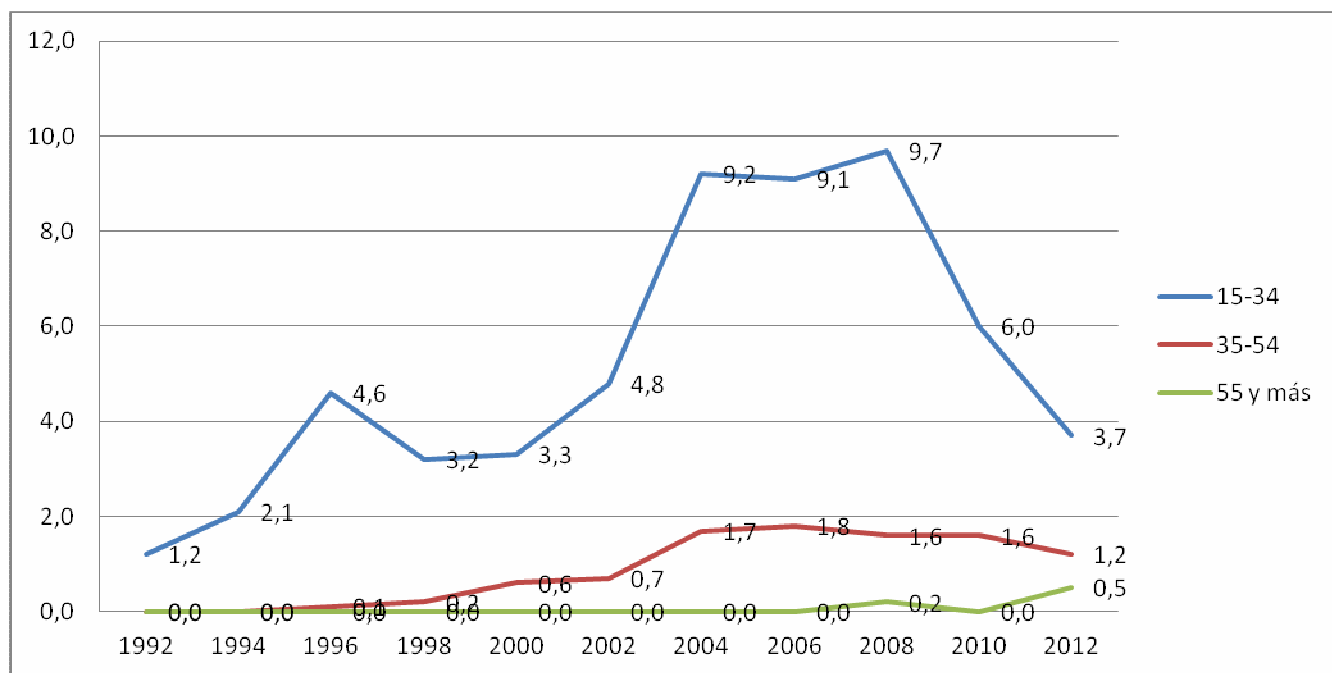
Tasas de consumo y edades de inicio	15-34	35-54	55-74	Media Total
Consumo experimental de Cannabis	39,2	35,3	8,1	28,3
Consumo reciente de Cannabis	15	4,5	0,6	6,3
Consumo al menos semanal de cannabis en el último año	6,4	2	0,5	2,8
Consumo diario de cannabis en el último mes	3,7	1,2	0,5	2,8



En el *Gráfico 4.4* hemos representado la evolución de los consumo diarios de cannabis por grupos de edad desde hace 2º años y como puede verse hasta el año 2000 estos consumos eran muy reducidos, de ahí que anteriormente hayamos señalado como en el grupo intermedio se hubieran “librado” de esa expansión, pero no de la “moda” de probar instaurada en su época. A partir del año 2000 esos consumos diarios se disparan, se multiplican por tres de manera que antes era uno cada treinta y ahora es casi uno de cada diez la proporción de jóvenes menores de 35 años que consume cannabis todos los días; es muy posible que el factor económico haya favorecido este proceso... porque una vez iniciada la crisis se reduce considerablemente esta proporción y se vuelve a niveles de hace 15 años.

También podemos observar como una parte del grupo intermedio se ha sumado a la ola de forma perceptible desde el comienzo del nuevo siglo, porque provienen ya de generaciones de jóvenes que han conocido el consumo y que se han visto involucrados en él.

Gráfico 4.4.- Evolución del porcentaje de personas que realizan un consumos diarios de cannabis por grupo de edad. 1992-2012



4.2.- EL CONSUMO DE CANANBIS EN LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

Los datos corresponden a estudiantes de secundaria desde 1º de la ESO hasta Bachiller, Formación Profesional de Grado Medio y de Grado Superior y alumnos de los PCPI.

Año de recogida de datos 2011, mes: noviembre diciembre. Alumnado encuestado: 4.239

4.2.1.-VARIABLES E INDICADORES DEL CONSUMO DE CANANBIS Y LOS ALUMNOS DE MEDIAS

El método de medición de las frecuencias de consumo de drogas ilegales es desde 1996 adoptado por el Plan Nacional Sobre Drogas y el cuestionario ESPAD utilizado por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa y del NAIDA de EE.UU; el mencionado procedimiento consta de tres preguntas que se muestran a continuación:



En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de la vida

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 12 últimos meses

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 30 últimos días

Las categorías de respuesta para los tres cuestiones son:

nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 y + veces
-------	-----------	-----------	-----------	-------------	-------------	--------------

No hay pregunta sobre consumo semanal pero nosotros utilizamos la equivalencia de los que consumen 10 o más veces a la semana.

No hay pregunta sobre consumo diario pero nosotros utilizamos la equivalencia de los que consumen 40 o más veces a la semana.

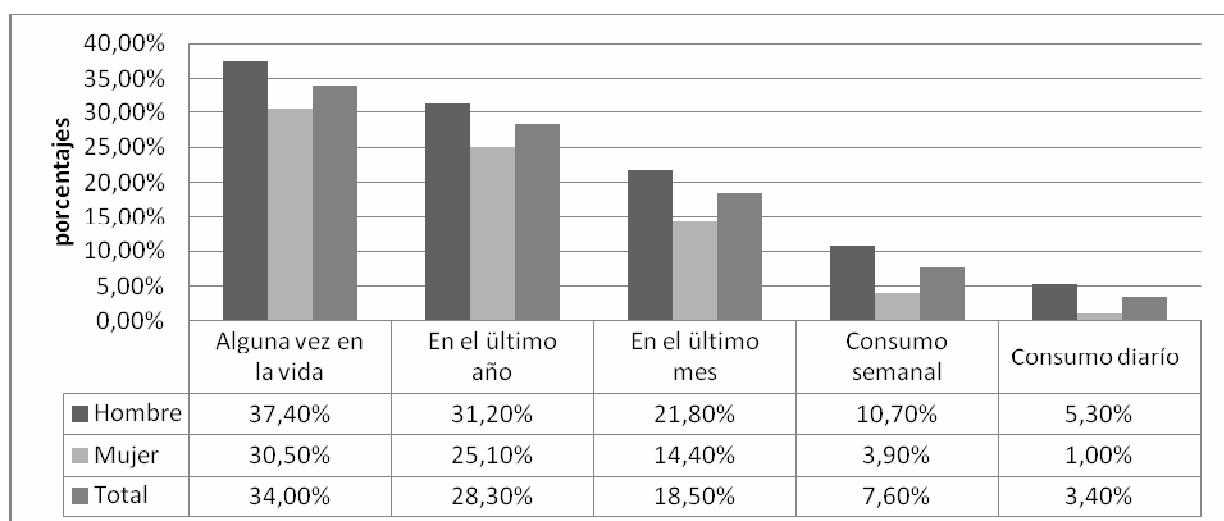
4.2.2.-DATOS GENERALES

Las diferencias entre los inicios en el consumo y el consumo semanal son bastante notables, pero ahí están esas cifras entre ese 7,6% y ese 3,4% del alumnado que hacen un uso más frecuente. La gran distancia entre ambos extremos es un indicador de lo que puede estar pasando con el consumo de drogas, especialmente con el tabaco, el alcohol o el cannabis, ya que muchos se inician sin que haya ningún factor de riesgo detrás sino por un comportamiento puramente adolescente, como rito de iniciación, es decir de alejamiento simbólico de la niñez y de entrada en la juventud, con un carácter exploratorio, y también pueden mantener cierto nivel de consumo como medio de diversión durante una época de la vida, pero sin que pase a constituir un problema para la gran mayoría de los iniciados (Grafico 4.5).

Sin embargo, también creemos que su cercanía, su amplia implantación unida a una idea de su baja peligrosidad favorecen un consumo muy intenso con la consiguiente aparición de problemas ligados a su uso, de hecho es creciente el número de personas que demandan tratamiento por dependencia al cannabis.

Entre las chicas hay menos consumidoras que entre los varones y entre quienes consumen más habitualmente la proporción de mujeres es mucho menor (Grafico 4.5).

Gráfico 4 5.- Categorías de consumo de cannabis en total y según sexo

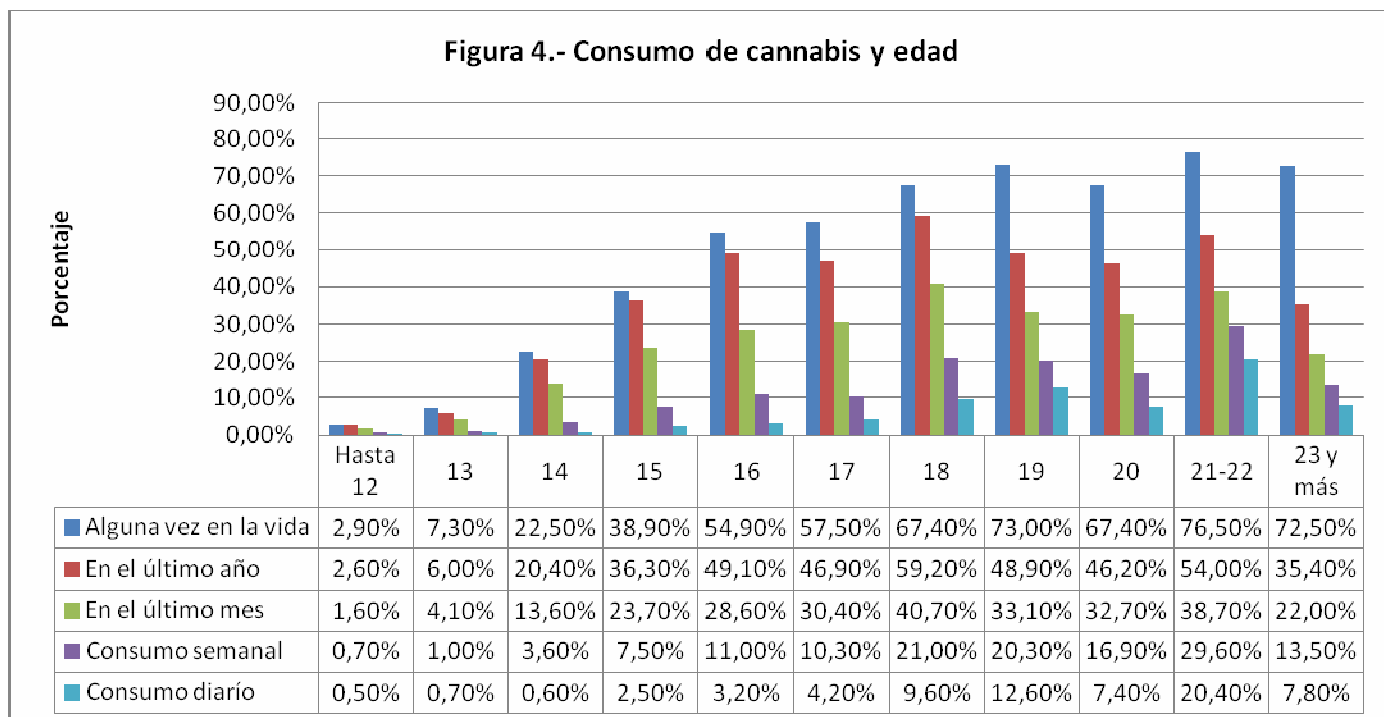




La extensión del consumo crece de forma notable de año a año y también crecen las categorías de consumo más habitual (semanal y diario), las proporciones del incremento entre los 13 y los 16 años son considerables y entre los 14 y los 15 años se superan tres de las medias (probar, anual y mensual), lo que coincide con los grandes cambios en el proceso de emancipación cuando se abandona la infancia y se adentran en la adolescencia (Grafico 4.6).

Sin embargo hay en algunos momentos en los que esas incrementos se detienen, que son entre los 16 y los 17 años y a partir de los 20 años. De los 16 a los 17 años crece muy poco la proporción de personas que se inician en el consumo no llega a tres puntos cuando venía siendo de quince e incluso desciende el porcentaje de quienes han consumido en el último año y los que tienen un consumo semanal (Grafico 4.6). **Cabe preguntarse si en este cambio puede influir el hecho de que la enseñanza deje de ser obligatoria a los 16 y, por lo tanto, una parte notable del alumnado con peores resultados abandone la enseñanza obligatoria, dejando así de estar tan presente en las encuestas. Lo que sería un indicador más a favor de la relación entre las dificultades escolares y el uso de drogas. Sin embargo, no creemos que haya una relación directa, de manera que el consumo frecuente tenga como consecuencia un bajo rendimiento; nos parece más adecuado pensar que el consumo frecuente y las dificultades escolares tienen un origen similar, en cuanto a los factores que influyen sobre ellos (determinadas características personales, dificultades familiares...), pero es que además problemas escolares dificultan la integración de estos chicos y chicas en el centro y en la clase, favoreciendo la asociación con otros grupos diferenciales, a menudo con valores propicios al consumo, lo cual a su vez promueve un mayor consumo que puede facilitar el fracaso escolar y que incrementa el alejamiento del centro.**

Gráfico 4. 6.- Categorías de consumo de cannabis edad



En la Tabla 1 hemos superpuesto cual es la evolución de la proporción del inicio en el consumo según la edad y el curso, hay que recordar que el cuestionario se aplicó entre noviembre y



diciembre, es decir cuando los alumnos acababan de iniciar el nuevo curso (luego los consumos obedecen sobre todo a lo realizado en el curso pasado y en las vacaciones) y cuando la gran mayoría ya ha cumplido la edad correspondiente a ese año.

Tabla 1.- Comparación de la proporción del alumnado con consumos iniciáticos de cannabis, según curso y según edad

1º. ESO	2º. ESO	3º. ESO	4º. ESO	1º. Bachiller	2º. Bachiller	FP.Grado Medio (FPGM) (*)	FPGrado Superior (FPGS) (**)
4,30%	13,10%	24,80%	39,60%	58,10%	58,60%	67,50%	73,80%
CURSO							
EDAD							
2,90%	7,30%	22,50%	38,90%	54,90%	57,50%	67,40%	73,00%
Hasta 12	13	14	15	16	17	18	19

(*) No se han distinguido los dos cursos de la Formación Profesional de Grado Medio, por lo que en realidad les corresponden los 16 y 17 años, lo mismo que ha bachiller

(**) No se han distinguido los dos cursos de la Formación Profesional de Grado Superior por lo que en realidad les corresponden los 18 y 19 y más años,

De lo que representa el cuadro podemos apuntar que los niveles de iniciación corren muy parejos con las edades, sin embargo se pueden hacer algunas observaciones:

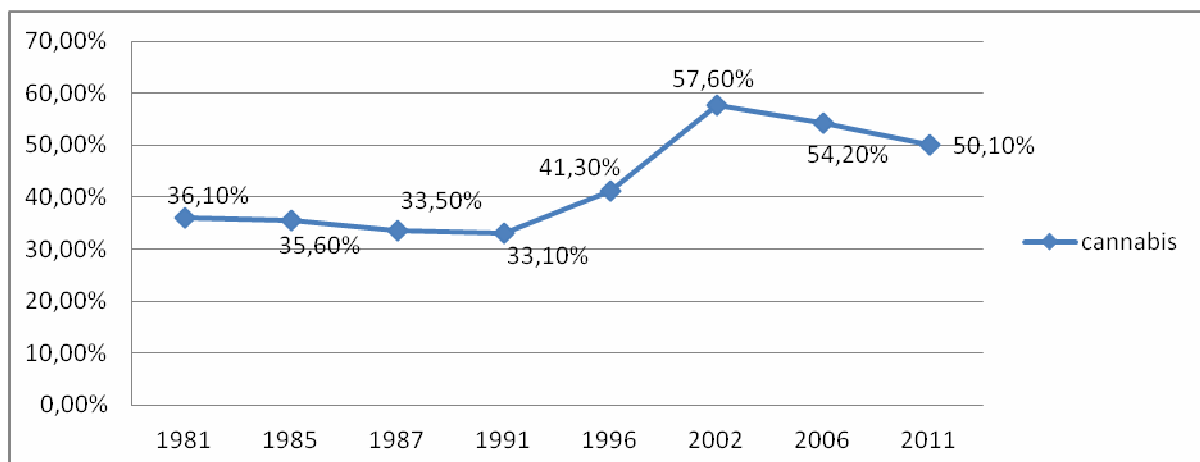
- Hay una ligera desviación a favor del curso en los dos primeros cursos de la ESO, lo que viene a decir que hay un conglomerado de alumnos y alumnas que o bien han comenzado a consumir antes de la entrada en la ESO o que ya para los primeros cursos de la ESO acumulan un cierto retraso.
- Como ya hemos visto los grandes saltos se producen entre los edades de 13/14, 14/15 y 15/16, que coinciden con todo el ciclo de la ESO, es decir, los que están ahora en 3º de ESO, que se habrán iniciado antes de llegar a ese curso, los que están en 4º de ESO, que se habrán iniciado antes de llegar a ese curso y los de 1º de Bachiller, que para cuando han llegado ya se habían iniciado en la ESO.
- La entrada en Bachiller parece que frena la iniciación en el consumo, es decir no crece la cantidad de personas que se inician en Bachiller.
- En la Formación Profesional, sin embargo, si crece el número de iniciados pero sobre todo para la primera etapa, es decir el Grado Medio, porque los que pasan o estudian el Grado Superior ya esa iniciación en el consumo se estabiliza, coincidiendo con lo observado en las edades.

4.2.4.-TENDENCIAS EN EL CONSUMO

El consumo de cannabis al menos el consumo iniciático o exploratorio ha sufrido un gran incremento desde las primeras mediciones, a comienzos de los 80 hasta comienzos del nuevo siglo, aunque luego parece que tienden a reducirse (Gráfico 4.7).



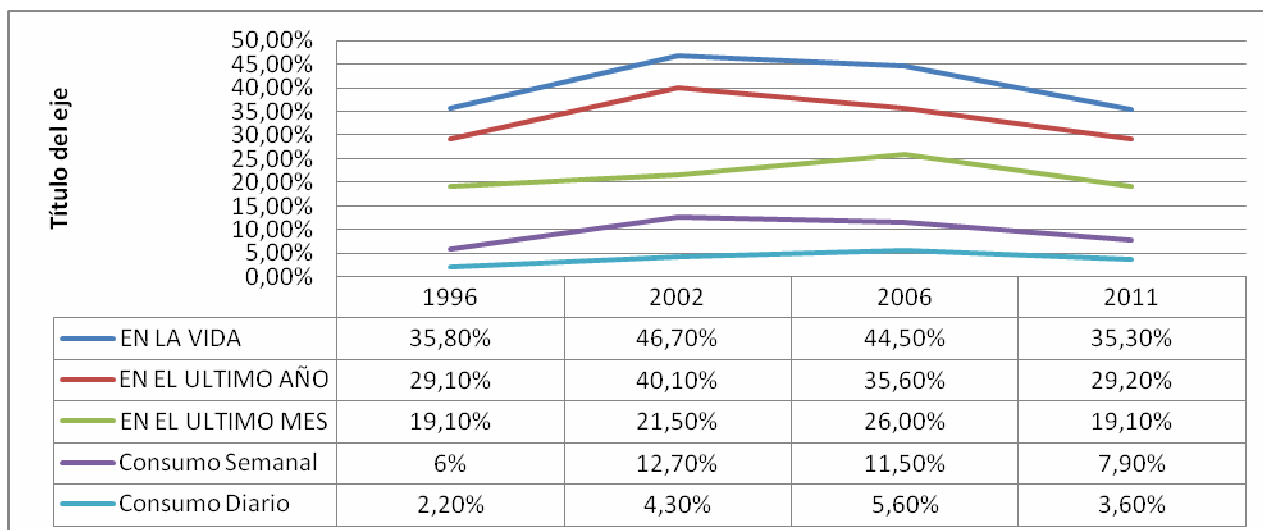
Gráfico 4 7.- Evolución del consumo iniciático o exploratorio de cannabis 1981-2011



El *Gráfico 4.8* que recoge los datos muestra un proceso similar en las cinco categorías: hay un incremento que llega a sus máximos entre el 2002 y el 2006 para luego descender y alcanzar similares cuotas que 15 años atrás. Sin embargo hay que destacar que las frecuencias de consumo más altas, consumo semanal y diario no se reducen tanto.

Una hipótesis para explicar esto es que el consumo iniciático, exploratorio, ocasional, esporádico, puede variar, puede crecer o puede disminuir, pero detrás hay un trasfondo de consumidores habituales estable, es quizás esto lo que proporcione datos de demanda asistencial bastante constantes, que poco tienen que ver con incrementos o decrementos en esas otras categorías de consumo.

Gráfico 4 8.- Evolución de los distintos niveles de consumo de cannabis 1996-2011



4.3 DATOS DESDE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

4.3.2.- CASOS NUEVOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO

En 1996 se comenzaron a recoger los datos separados por sustancias, porque hasta la fecha se recogían los datos solo de los atendidos por la heroína y la cocaína. Además en 1999 se incluyó

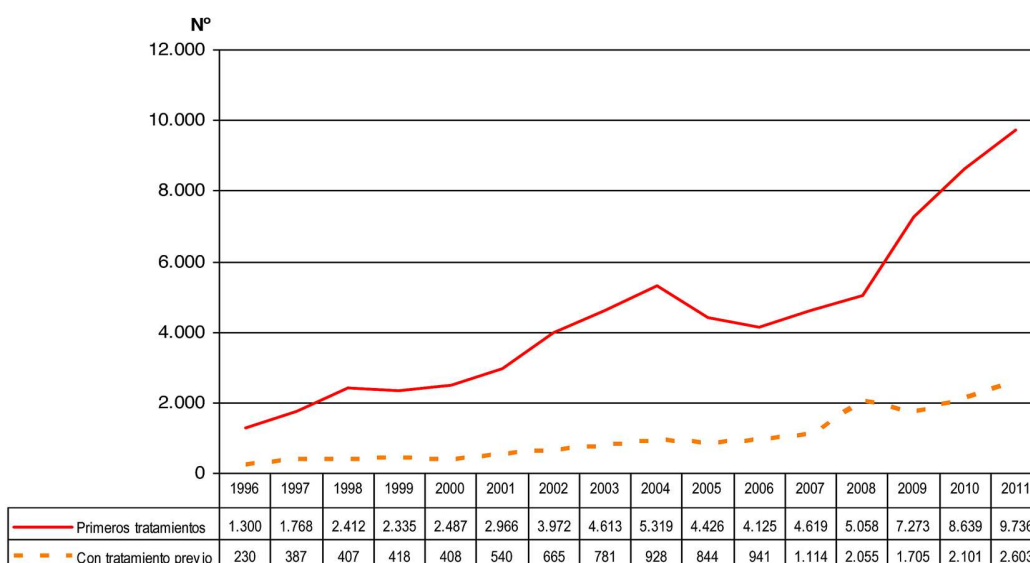


el caso del alcohol de ahí que el *Gráfico 4.8* los tres primeros años es común la línea de las drogas ilegales y l del total de la demanda por consumo de drogas.

El caso del cannabis es un caso un poco especial, dentro del conjunto de la demanda de tratamiento, ya que si bien siempre se han producido demandas para atender a personas dependientes del cannabis, lo cierto es que se ha mantenido en unos niveles muy modesto dentro de la demanda general, aunque manteniendo una tendencia creciente; sin embargo a mediados de los 2000 empieza ganar peso y actualmente supone más del 22% de la demanda, superando a la de la heroína. Son 350 personas en toda la CAPV, de las que unas 40 son ciudadanas de Vitoria-Gasteiz (Tabla 4.7).

El *Gráfico 4.9*, presenta los datos comentados en la *Tabla 4.7*, en el que se puede ver el avance del cannabis dentro de la demanda, no obstante este avance debería ser analizado con cierta precaución porque puede estar ocultando otras dificultades que se enmascaran como consumo abusivo de cannabis, sin embargo hay dos hechos que apoyan la idea de que el crecimiento de esta demanda obedece en gran parte a los problemas ocasionados en relación al consumo de dicha sustancia, la primera sería el incremento que ha habido en el consumo de cannabis y, por otro lado, que el incremento de la demanda asistencial por cannabis está siendo percibido por las otras CCAA, tal y como hemos recogido en el *Gráfico 4.10*.

Gráfico 4 10.- Evolución de los demandas de tratamiento del cannabis en el Estado 1996-2011



De las variables recogidas de las personas demandantes de asistencia hemos considerado una serie y hemos comparado las del conjunto de demandas por total de sustancias con las demandas por el consumo de cannabis (Tabla 4.7), y las ideas más relevantes son:

- Las atenciones por cannabis corresponden al 13% del total de la demanda asistencial.
- Las mujeres representan un porcentaje menor cannabis que en el conjunto.
- La media de edad en cannabis es sensiblemente más joven la del total de drogas.
- El tratamiento previo es mucho menos frecuente, es minoritario.
- En cuanto al tiempo de consumo es bastante menor que en el del resto de las demandas.



Tabla 4.7.- Características de las personas que demandaron tratamiento por cannabis en 2011

	Cannabis	Total drogas		Cannabis	Total drogas
Número total	352	2.668	GENERO		
%	13,19	100,00	Hombres	89,9	82,6
Tratamiento previo			Mujeres	10,1	17,4
SI	28,4	48,5	EDAD		
NO	71,6	50,4	Desconocido	0	0
Desconocido	0	1,2	de 0 a 14	0,6	0,1
Tiempo de consumo			15-19	24,7	4,5
desconocido	6,8	11,8	20-24	22,7	7,7
0 a 2 años	8,2	5,8	25-29	15,9	11
3 a 5 años	21,6	10,1	30-34	13,9	14
6 a 10 años	23,3	13,6	35-39	11,4	17,2
11 a 15 años	16,5	15,2	40-44	5,4	15,5
16 a 20 años	9,7	10,5	45-49	3,1	11,7
21 a 25 años	7,7	11,4	50-54	1,7	8,7
25 o más años	6,3	21,6	55-59	0,6	4,3
			60 o más	0,0	5,2
			Edad media	27,1	38,8



Gráfico 4. 9.- Evolución del número de personas que demandan tratamiento, en total, por drogas ilegales y cannabis 1996-2011

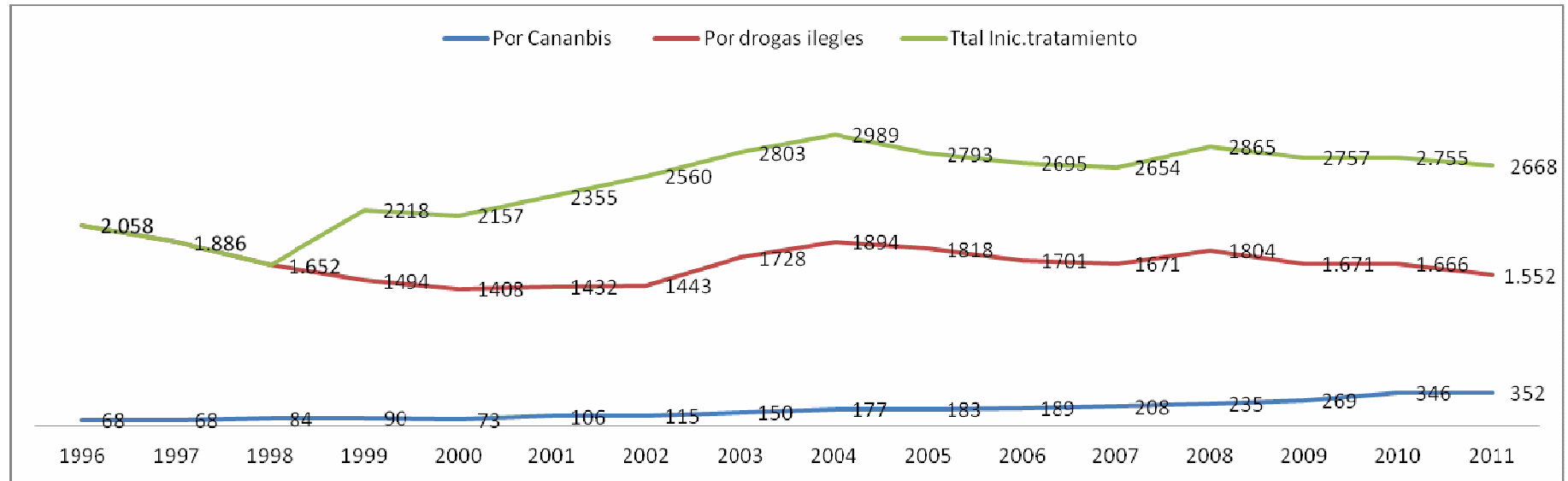


Tabla 4.8.- Evolución del número de casos admitidos a tratamiento distinguiendo cannabis, otras drogas ilegales, total de drogas (ilegales +alcohol) y tasas y estimación de vitorianos y gasteitarras en tratamiento por cannabis.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Demanda de Trato. Cannabis	68	68	84	90	73	106	115	150	177	183	189	208	235	269	346	352
Demanda de Trato. Total drogas ilegales	2058	1886	1652	1494	1408	1432	1443	1728	1894	1818	1701	1671	1804	1.671	1.666	1.552
%Trato. X cannabis,	3,30	3,61	5,08	6,02	5,18	7,40	7,97	8,68	9,35	10,07	11,11	12,45	13,03	16,10	20,77	22,68
Tasa x 1000/h.	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,05	0,05	0,07	0,08	0,08	0,09	0,10	0,11	0,12	0,16	0,16
Vitorianos	7	7	9	10	8	12	13	17	19	20	21	23	26	30	38	39



5.- EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES

5.1.- EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN GENERAL

5.1.1.- VARIABLES E INDICADORES DE CONSUMO DE OTRAS DROGAS:

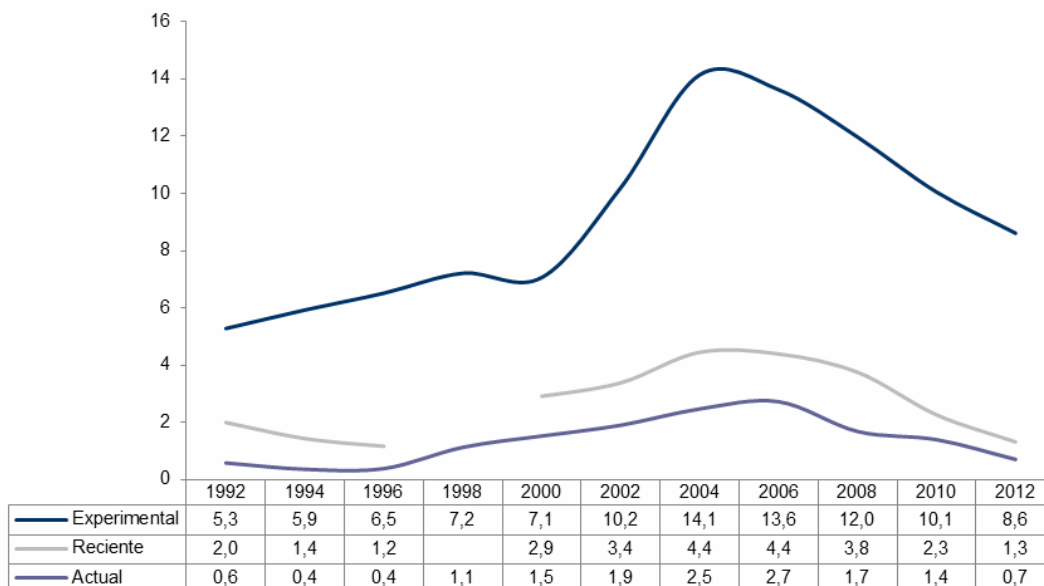
Las variables e indicadores de consumo de alcohol que se han utilizado en la Investigación Euskadi y drogas son:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de alguna droga ilegal: ha consumido alguna vez en la vida una droga ilegal distinta del cannabis.

Consumo actual de algún a droga ilegal: identifica a todas aquellas personas que durante los últimos 30 días previos a la encuesta declaran haber consumido alguna droga ilegal.

5.1.2.- RESULTADOS GENERALES

Gráfico 5.1.- Evolución de la tasa de consumo experimental, reciente y actual de alguna droga ilegal distinta de cánabis



El consumo de alguna droga ilegal parece haber atravesado dos grandes fases una de ascenso desde comienzos de los 90 hasta mediados de 2000 años en los que va reduciéndose (Gráfico 5.1).

En el gráfico siguiente (Gráfico 5.2), se muestra el peso de cada sustancia por separado en lo que respecta al consumo experimental, en el que podemos distinguir dos sustancias que destacan sobre manera de las demás las Anfetaminas-Speed y la Cocaína, en un grupo siguiente están el LSD, el éxtasis y los Monguís y finalmente el resto, heroína, ketamina, inhalables otros opiáceos y la base.



Gráfico 5.2. Tasas de consumo experimental de diversas drogas ilegales. 2012

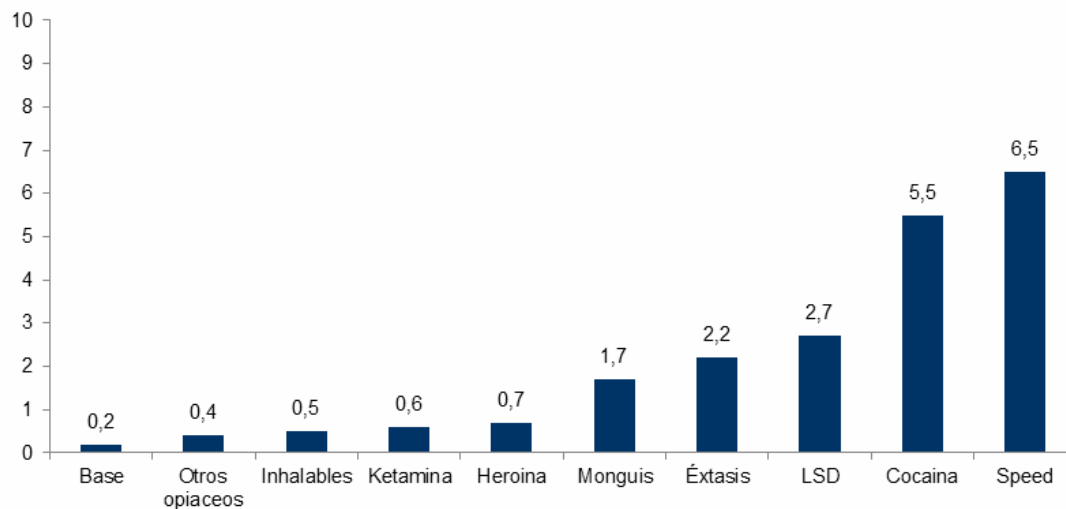


Tabla 5.1.- Consumo experimental de alguna sustancia y estimaciones de la población experimentadora

Consumo de cannabis	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Alguna otra ilegal	8,6	16.063	141.809
Speed	6,5	12.141	107.181
Éxtasis	2,2	4.109	36.277
LSD	2,7	5.043	44.521
Cocaína	5,5	10.273	90.692
Base, crack	0,2	374	3.298
Heroína	0,7	1.307	11.543
Otros opiáceos	0,4	747	6.596
Inhalables	0,5	934	8.245
Monguis	1,7	3.175	28.032
Ketamina	0,6	1.121	9.894
TOTALES DE POBLACIÓN	100,0	186.778	1.648.942

No llega a uno de cada diez las personas que han consumido alguna vez alguna sustancia ilegal distinta del cannabis, eso supone para Vitoria-Gasteiz unas 16.000 personas y las sustancias ilegales más consumidas, que son las anfetaminas-speed y la cocaína, muestran que poco más de 10.000 personas en la ciudad las han probado, el resto de sustancias por su porcentaje de repercusión justo llegarían a los 5.000, en el caso del LSD y del MDMA-Éxtasis. Destaca la aparición de los Monguis con ese 1,7% lo que supone unas 3.000 personas el resto, la heroína y la ketamina, justo llegarían a las mil personas, (Tabla 5.1).



Tabla 5.2.- Evolución del consumo experimental de drogas ilegales. 1992-2012

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	Reducción desde 2004
Sped, anfetaminas	3,5	4,1	4,4	5,1	5,8	7,9	11,1	8,8	8,6	6,8	6,5	41,2%
Cocaína	3,3	3,8	4,0	4,4	4,8	7,0	9,9	8,1	8,7	6,8	5,5	44,9%
Acido, LSD	2,3	3,2	2,6	3,1	2,4	3,9	6,6	4,3	4,4	3,6	2,7	59,5%
MDMA, éxtasis	–	1,0	2,0	2,4	2,4	3,5	4,5	2,6	3,3	2,3	2,2	51,4%
Monguis	–	–	–	–	–	2,4	4,9	3,7	4,2	2,3	1,7	64,0%
Heroína	0,7	1,0	0,8	0,9	0,5	1,1	0,9	1,0	1,0	0,5	0,7	22,4%
Ketamina	–	–	–	–	–	0,6	0,7	0,8	1,1	0,7	0,6	13,3%
Inhalables	0,5	0,2	0,4	1,2	0,4	1,0	1,3	0,4	1,3	0,4	0,5	59,5%
Otros opiáceos	–	–	–	–	–	–	0,3	0,1	0,5	0,3	0,4	-12,2%
Base, crack	–	–	0,6	0,3	–	–	0,6	0,3	0,7	0,3	0,2	61,6%

La evolución sustancia a sustancia se aprecia en la Tabla 5.2 donde se puede comprobar ese crecimiento hasta el 2004 para luego comenzar un descenso.

En las siguientes Tablas 5.3 y 5.4 que muestran la evolución del consumo reciente (último año) y del consumo actual (último mes) también se aprecia ese mismo proceso observado en los consumos experimentales, un crecimiento hasta el año 2004 para luego ir descendiendo.

Tabla 5.3.- Evolución del consumo reciente (último año) de las drogas ilegales. más notables 1992-2012

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Sped, anfetaminas	1, 1	1, 2	1, 0		0, 9	2, 2	2, 8	2, 4	2, 3	1, 1	1.0
MDMA, éxtasis	0,0	0,2	0,5		0,4	1,1	1,3	0,6	0,8	0,4	0,2
LSD	0,6	0,4	0,4		0,3	0,4	1,0	0,9	0,4	0,5	-
Cocaína	0,9	0,8	0,5		0,9	1,8	3,4	2,6	2,6	1,6	0,6

Tabla 5.4.- Evolución del consumo actual (último mes) de las drogas ilegales. más notables 1992-2010

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Anfetaminas	0,3	0,3	0,3	0,8	0,9	1,2	1,0	0,5	1,0	0,5
Éxtasis		0,1	0,3	0,2	0,4	0,9	0,2	0,1	0,2	0,1
LSD	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Cocaína	0,2	0,1	0,1	0,4	1,0	1,0	1,5	1,4	1,1	1,1

5.1.3.- EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y SU RELACIÓN CON EDAD Y EL SEXO

Al tener en cuenta la edad con el consumo experimental podemos observar como el grupo con mayores niveles de consumo experimental es el de los más jóvenes pero sin grandes diferencias con los de edades intermedias (35.55), sólo en dos sustancias los jóvenes doblan a los de edades intermedias que son los Monguís y la Ketamina (Tabla 5.5), **esto quizás ocurra porque esas sustancias se han puesto “de moda” más tarde y a las personas de cierta edad les ha sorprendido ya fuera de los circuitos del consumo.**

El hecho de que no hay grandes diferencias entre ambos grupos puede ser debido precisamente a que haya descendido su uso desde el 2004 de manera que esos mismos



mecanismos de disponibilidad económica que han producido ese efecto al descender esta, también han hecho que muchos jóvenes no pasen a consumir estas drogas.

Tabla 5.5.- Tasa de consumo experimental por sustancias y grupos de edad. 2012

	15-34	35-54	55-74	Total
Alguna otra ilegal	12,1	10,7	2,4	8,6
Speed	9,8	8,1	1,2	6,5
Éxtasis	3,8	2,4	0,4	2,2
LSD	3,4	3,4	0,9	2,7
Cocaína	7,6	6,9	1,5	5,5
Base, crack	0,5	0,3	0	0,2
Heroína	0,4	1	0,5	0,7
Otros opiáceos	0,6	0,5	0	0,4
Inhalables	1	0,6	0	0,5
Monguis	3,5	1,7	0,2	1,7
Ketamina	1,4	0,5	0	0,6

La diferencia entre mujeres y hombres a la hora de consumir drogas ilegales es alta y no tanto en la iniciación y experimentación, sino sobre todo cuando se pasa a consumos más continuados, ya que las ratios son de cinco hombres por cada mujer (Tabla 5.6).

Tabla 5.6.- Tasa de consumo experimental, reciente y actual por sexo 2012

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio h/m
Consumo experimental de alguna otra ilegal	12,2	5	8,6	2,4
Consumo reciente de alguna otra ilegal	2,2	0,4	1,3	5,5
Consumo actual de otra droga ilegal	1,2	0,2	0,7	5,6

La evolución con respecto al uso de drogas entre mujeres y hombre muestra diferencias importantes sin embargo según se aprecia en la *Tabla 5.6* estas diferencias se han venido acortando en estos veinte años, al menos en lo que respecta a la experimentación.

Tabla 5.6.- .Evolución de la tasa de consumo de speed y cocaína por sexo.1992-2012

AÑOS	Hombre		Mujer		Ratio h/m	
	Speed	Cocaína	Speed	Cocaína	Speed	Cocaína
1992	5,5	5,3	1,6	1,4	3,4	3,9
1994	7,3	5,6	0,9	1,9	8,1	3,0
1996	7,4	6,3	1,5	1,7	5,1	3,6
1998	6,8	6,8	3,5	2,2	1,9	3,1
2000	7,4	6,5	4,3	3,2	1,7	2,0
2002	10,0	8,9	5,7	5,1	1,7	1,7
2004	14,5	14,0	7,8	5,9	1,8	2,4
2006	12,1	11,4	5,5	4,8	2,2	2,4
2008	13,1	12,9	4,2	4,4	3,1	2,9
2010	9,2	9,4	4,5	4,1	2,1	2,3
2012	9,7	7,9	3,4	3,1	2,8	2,6



5.2.- EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS ILEGALES EN LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

Los datos corresponden a estudiantes de secundaria desde 1º de la ESO hasta Bachiller, Formación Profesional de Grado Medio y de Grado Superior y alumnos de los PCPI.

Año de recogida de datos 2011, mes: noviembre diciembre. Alumnado encuestado: 4.239

5.2.1.-VARIABLES E INDICADORES DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y LOS ALUMNOS DE MEDIAS

El método de medición de las frecuencias de consumo de drogas ilegales es desde 1996 adoptado por el Plan Nacional Sobre Drogas y el cuestionario ESPAD utilizado por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa y del NAIDA de EE.UU; el mencionado procedimiento consta de tres preguntas que se muestran a continuación:

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de la vida

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 12 últimos meses

En cuantas ocasiones has consumido a lo largo de los 30 últimos días

Las categorías de respuesta para las tres cuestiones son:

nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-9 veces	10-19 veces	20-39 veces	40 y + veces
-------	-----------	-----------	-----------	-------------	-------------	--------------

No hay pregunta sobre consumo semanal pero nosotros utilizamos la equivalencia de los que consumen 10 o más veces a la semana.

No hay pregunta sobre consumo diario pero nosotros utilizamos la equivalencia de los que consumen 40 o más veces a la semana.

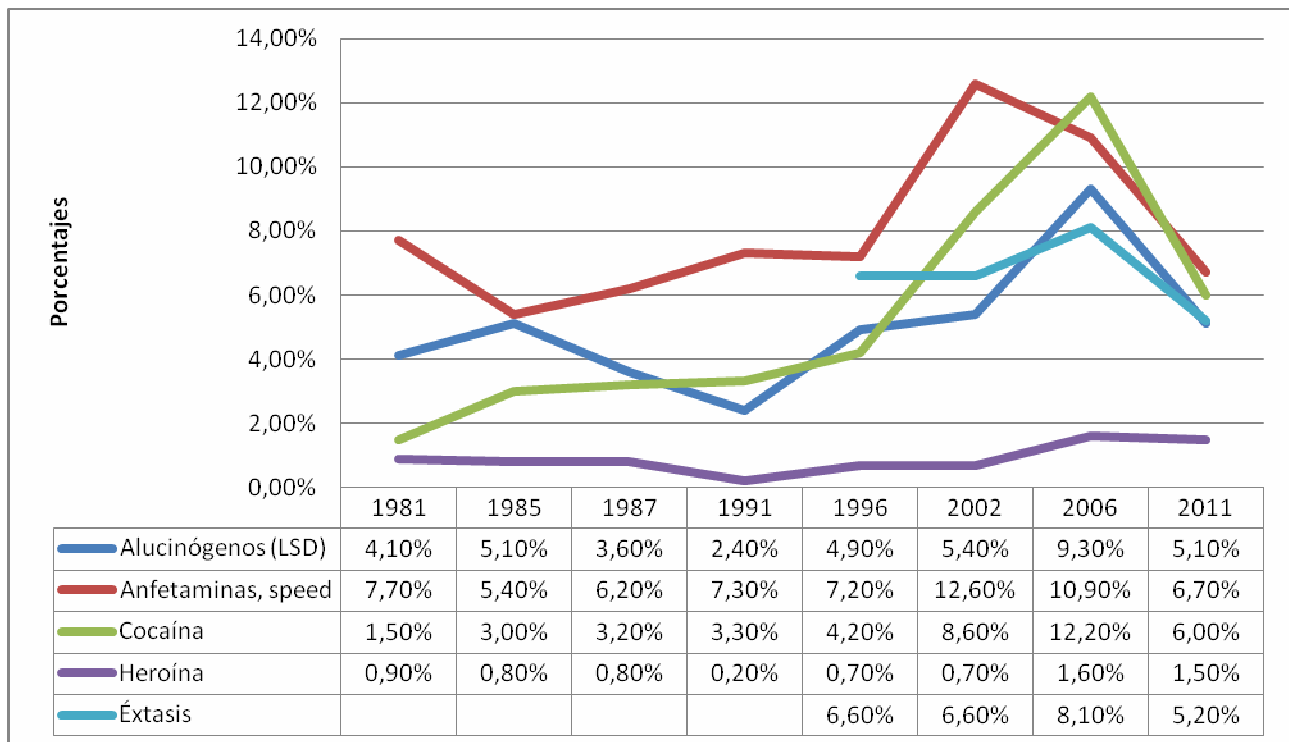
4.2.2.-DATOS GENERALES

Hay que recalcar la diferencia que existe entre el acceso al consumo de cannabis y al consumo de otras drogas ilegales, mientras que la primera ha sido probada por cerca del 60% de los estudiantes de enseñanzas medias de más de 14 años, las otras nunca han llegado al 13%, es decir, una extensión cinco veces menor. **Esto nos puede aproximar a la idea de dos conceptos de drogas distintos, de un lado lo que es una droga de iniciación común, accesible para la mayoría de los adolescentes y jóvenes, cuyo consumo contribuye a separarse simbólicamente de los niños haciéndoles sentirse mayores y también separarse de los adultos que generalmente no consumen... y, por otro, lo que son drogas de introducción hacia otras agrupaciones de jóvenes no tan convencionales;** esto no quiere decir que el inicio en estas otras sustancias signifique de por si un consumo de riesgo, como veremos más adelante en la mayoría de los casos no se trata sino de ciertos tanteos, de consumos esporádicos con cierto carácter exploratorio propios jóvenes más atrevidos que “la media”.

En el *Gráfico 5.3* hemos representado la evolución entre estudiantes de medias del consumo experimental de las drogas ilegales más relevantes y se aprecia un incremento suave hasta mediados de los 90 a partir de entonces y por una década el consumo crece mucho hasta los años 2002-2006 años en los que se inicia un descenso.



Gráfico 5.3. Evolución de los consumo experimentales de diversas drogas ilegales. 1981-2011



Datos generales de consumo de anfetaminas-speed

Los derivados de las anfetaminas, junto con la cocaína son las sustancias que más se han consumido después de cannabis, dependiendo de los años, de la medición y de las categorías de edad, unas veces están por encima las anfetaminas y otras la cocaína, si tomamos como referente a las población mayor de 14 años las anfetaminas tiene un impacto mayor, pero si nos fijamos en toda la muestra mayor de 12 años la cocaína es ligeramente superior.

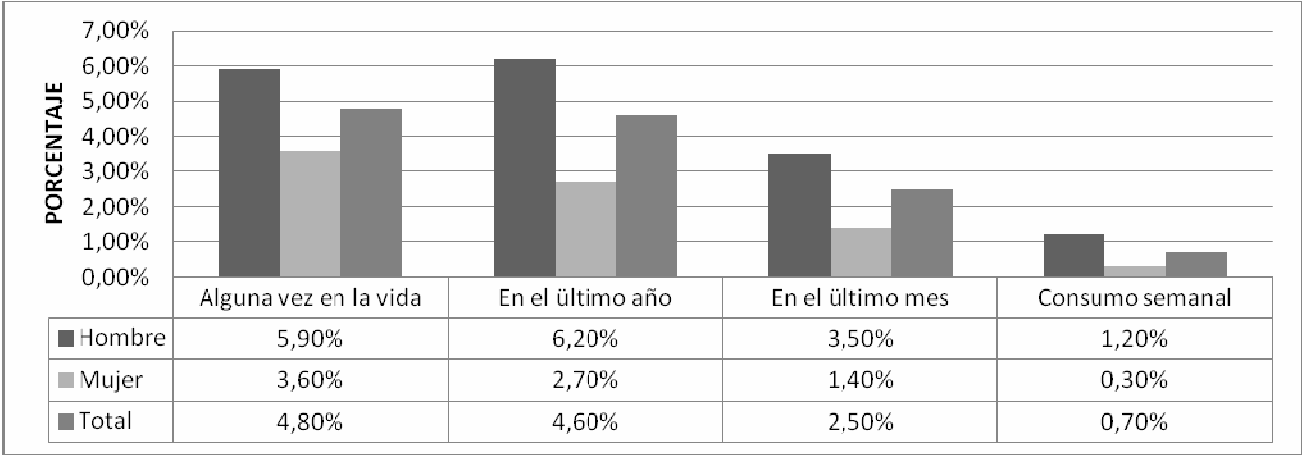
Las diferencias entre el consumo de alguna vez en la vida y en el último año son mínimas lo cual indica que la gran mayoría de quienes han probado las anfetaminas lo han hecho en el último año y, a su vez, es un indicador indirecto de que quienes lo prueban están finalizando los estudios de secundaria, como ya se verá (Gráfico 5.4).

La distancia entre quienes han probado y quienes tienen un consumo semanal son notables, ya que estos no llegan al 1%, y proporcionalmente también representan una parte menor, sensiblemente inferior a las que se dan en el cannabis al comparar ambas categorías de consumo (Gráfico 5.4).

Las mujeres consumen menos en todas las categorías, pero sobre todo en los más frecuentes, como el consumo semanal, de manera que de cinco personas que han probado hay tres chicos y dos chicas, pero de cinco que consumen semanalmente cuatro con chicos y una es chica (Gráfico 5.4).



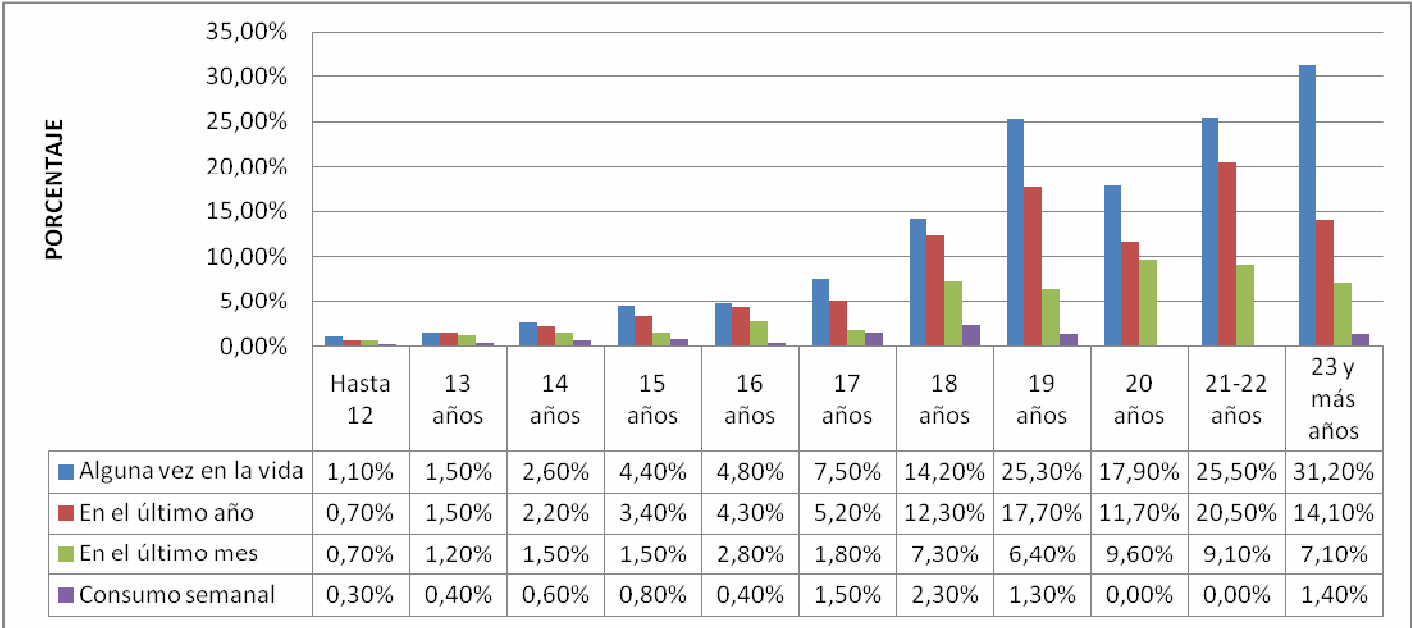
Gráfico 5.4. Consumo experimenta, anual y mensual de Anfetaminas-Speed según sexo.



La edad es la variable que más influye sobre un consumo que permanece en niveles muy bajos hasta los 16 años, edad en la que se comienzan a superar los valores medios hasta los 18 años en los que claramente se rebasan las medias de las cuatro categorías de consumo que se han considerado (probar, anual, mensual y semanal) (Gráfico 5.5).

Hasta los 14 años las categorías de probar, consumo anual y mensual no presentan grandes diferencias, lo que apunta a que todos son consumos frecuentes y a que se comienza a consumir acercándose a la mayoría de edad, aspecto que ya se apuntó en el apartado anterior y que concuerda con lo que en este se demuestra al observar el consumo por edades, es decir que es una sustancia que comienza consumirse llegando a la mayoría de edad, en los últimos cursos de la enseñanza secundaria. Los saltos más grandes en el consumo se producen entre los 17 y los 18 y estos y los 19, para luego pasar a una cierta estabilidad (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. Consumo experimenta, anual y mensual de Anfetaminas-Speed según edad.



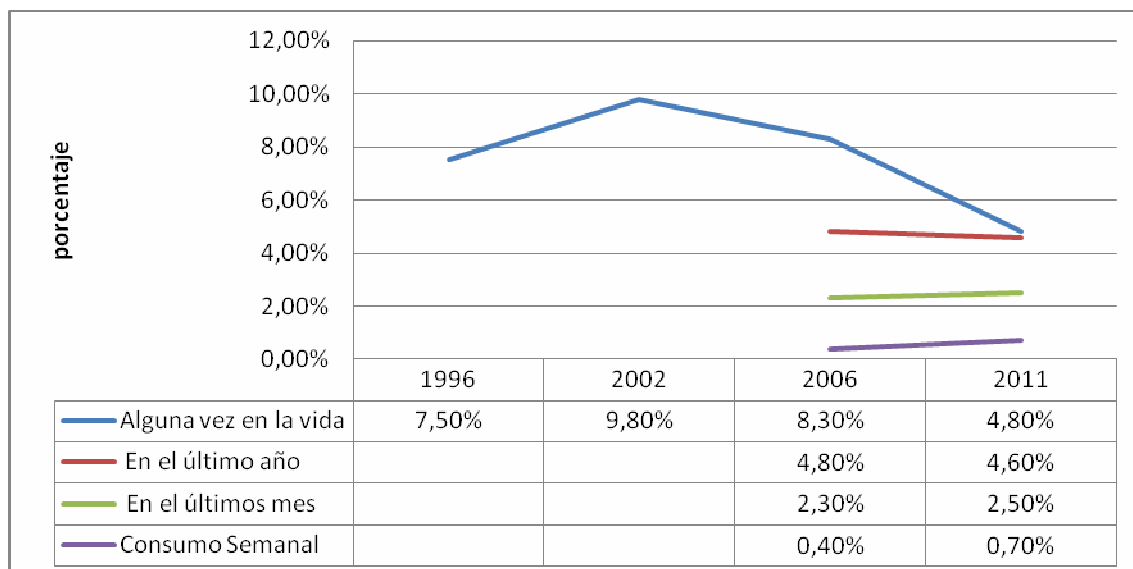


Un dato a resaltar es que a pesar del gran incremento que se produce en la extensión de los consumos a partir de los 18 años, sin embargo el consumo semanal no crece e incluso es nulo entre los 20 y los 22 años, **lo que abunda en la tesis de que la gran parte del consumo que se detecta no pasa a ser un consumo frecuente.**

A pesar de que el consumo iniciático muestra una clara la tendencia de descenso, lo observado en los otros niveles de consumo esto no es así, puede entenderse que el consumo en el último año no varíe, porque es muy similar al de probar, pero es que tanto el porcentaje de los consumidores mensuales como de semanales no se reducen.

La imagen que esto nos está proyectando es que se reduce esa extensión de usuarios iniciáticos y exploratorios, no hay tantos chicos y chicas que se animan a probar, a experimentar pero, sin embargo, el grupo de consumidores habituales, entre los que estarán los que más riesgo pueden tener, no se reduce sino que permanece constante.

Gráfico 5.6. Evolución del Consumo experimenta, anual y mensual de Anfetaminas-Speed 1996-2011



Datos generales de consumo de cocaína

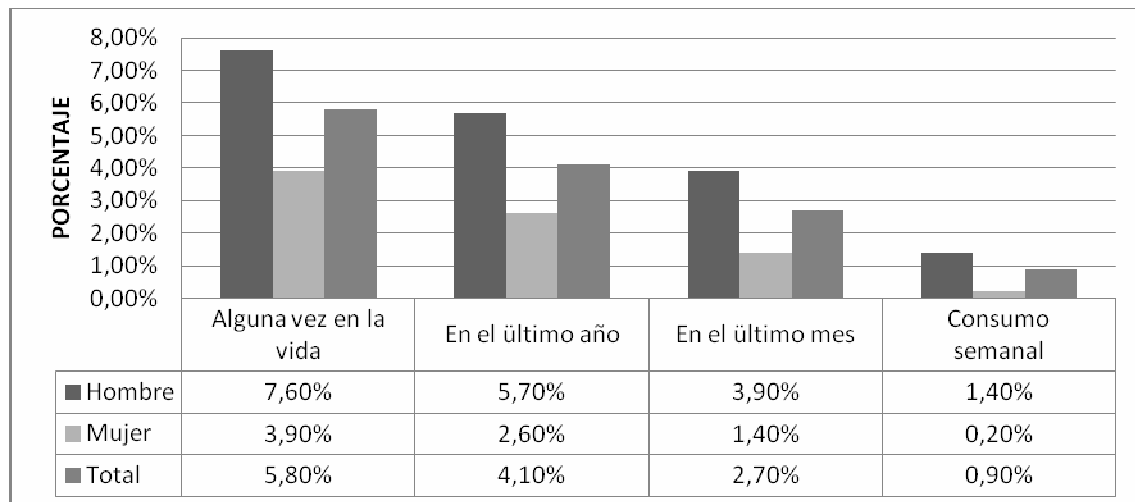
La cocaína y las anfetaminas están muy cerca en cuanto a los efectos y en lo respectivo al nivel de consumo, “disputándose” ambas, junto al éxtasis, la ocupación del segundo puesto en consumos iniciáticos después de cannabis. En la actualidad la posibilidad de explorar sobre cualquiera de las tres sustancias indistintamente es total por su accesibilidad.

La distancia entre probar y consumir semanalmente es muy notable, lo que nos mantiene en la idea de que muchas personas que van a hacer un uso iniciático o exploratorio u ocasional de estas sustancias sin que pase a un consumo más habitual.

Las chicas consumen bastante menos que los chicos, entre el consumo iniciático y el consumo en el último año la relación viene a ser de dos chicos por cada chica, pero cuando nos adentramos en otros niveles más intensos la diferencia es mucho mayor (Gráfico 5.7).



Gráfico 5.7. Consumo experimenta, anual y mensual de cocaína según sexo.

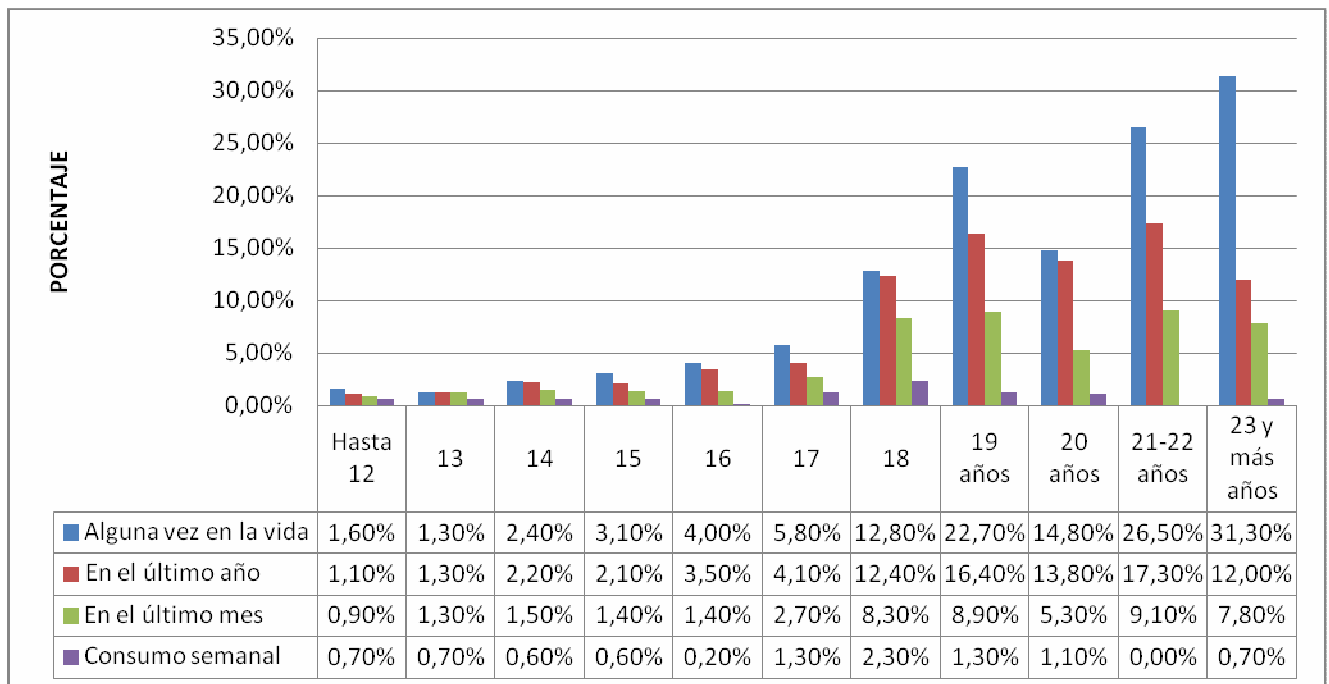


La evolución del consumo de cocaína a través de las edades es muy pareja a la observada en las anfetaminas, las edades en las que se manifiesta el “gran salto”, son entre los 17 y los 18 años y entre los 18 a los 19, para luego estabilizarse, y aunque que hay más gente que prueba ya no crecen las categorías de consumo reciente (en el último mes), ni el consumo semanal.

Este paralelismo entre ambos grupos de sustancias en el caso de la edad hace que nos cuestionemos una idea habitual de que el proceso era: cannabis-anfetás/éxtasis-cocaína sea el dominante, este un proceso que pueden seguir muchos estudiantes pero no tiene porque ser el único y el paso a la cocaína sin pasar por las anfetaminas no es ninguna rareza; indirectamente esto nos subraya la gran extensión que ha sufrido el consumo de cocaína de manera que ha ido ganando terreno a otras sustancias más “populares”.

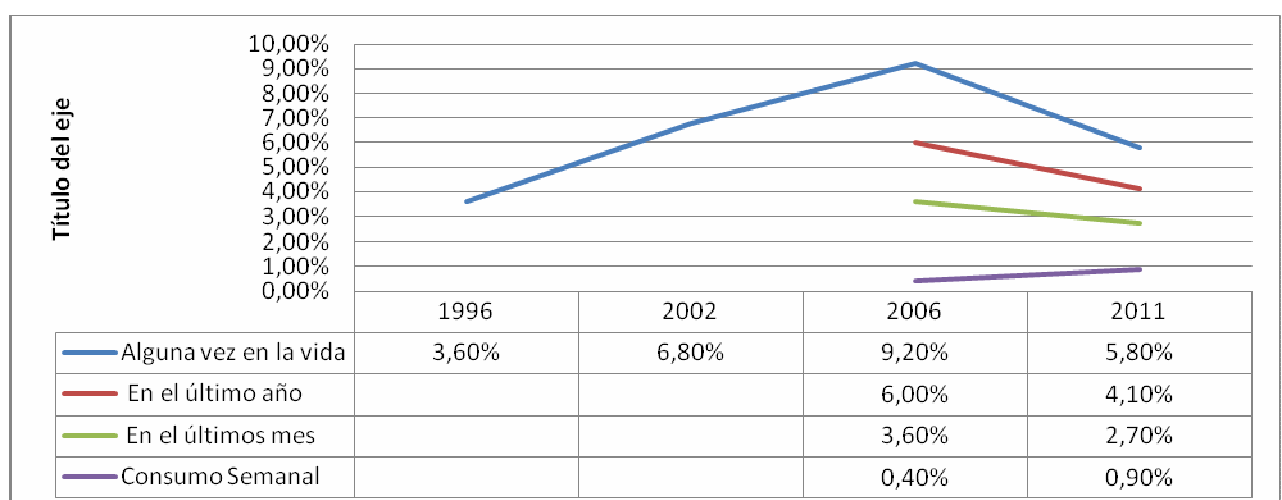


Gráfico 5.8. Consumo experimenta, anual y mensual de cocaína según edad.



Hacia el 2006 se alcanza la mayor extensión en cuanto a la proporción de estudiantes de secundaria que han consumido alguna vez cocaína, con un porcentaje que se acerca a uno de cada diez. Entre la medición de hace cinco años y la actual se aprecia un notable descenso, en la categoría de consumo iniciático, que también es visible en el último año y en el último mes, pero nótese que las líneas no van paralelas en su descenso sino que la pendiente de descenso va disminuyendo, hasta que en el consumo semanal ya nos hay tal descenso sino incremento. Esta tendencia en la que se marca un descenso en los consumos iniciáticos, pero que no está clara en los consumos más recientes y frecuentes la venimos observando en las otras sustancias (Gráfico 5.9).

Gráfico 5.9. Evolución del Consumo experimenta, anual y mensual de cocaína 1996-2011





Datos generales de consumo del consumo de éxtasis

Los niveles de consumo de esta sustancia son muy similares a los observados en las anfetaminas y la cocaína y en todas las categorías de consumo consideradas. Sin volver a insistir demasiado en lo ya apuntado señalamos que esto nos presenta unos determinados ambientes en los que se “mueven” estas sustancias y el acceso a una u otra no obedece a un claro patrón de *escalada*, sino que tiene un gran componente aleatorio, probablemente muy relacionado con lo que consuma el grupo de iguales al que esté vinculado.

Como en el caso de las otras dos anteriores la distancia entre probar y consumir semanalmente es muy notable, lo que nos mantiene en la idea de que hay un grupo minoritario pero significativo de personas capaces de atreverse a hacer un uso iniciático, exploratorio o incluso a llevar a cabo un consumo ocasional de estas sustancias, pero la gran mayoría de ellas no pasan a un consumo más habitual.

Los datos sobre el sexo de los consumidores vuelven a aportar la misma tendencia: las chicas consumen bastante menos que los chicos, en todas las categorías de consumo consideradas especialmente en los niveles más intensos (Gráfico 5.10).

Gráfico 5.10. Consumo experimenta, anual y mensual de éxtasis según sexo.

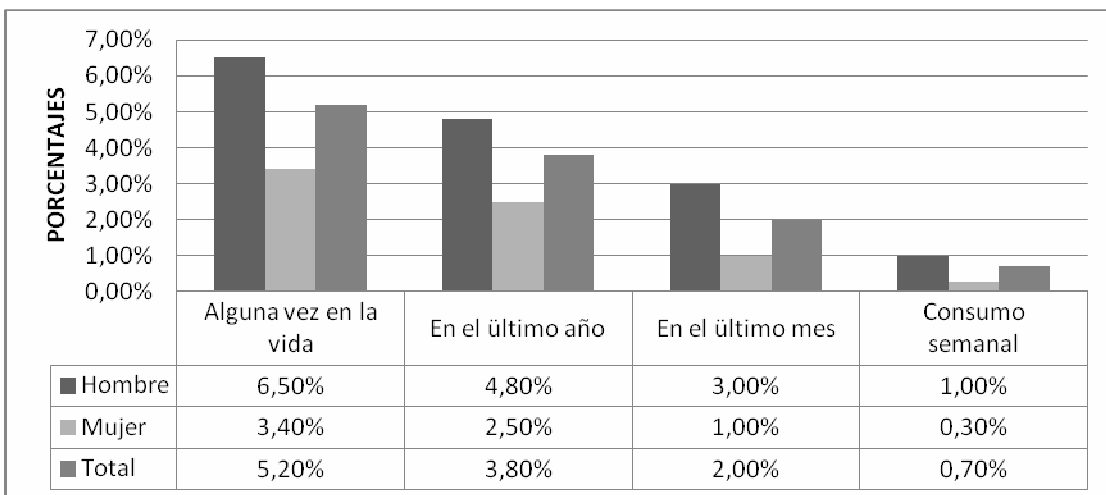
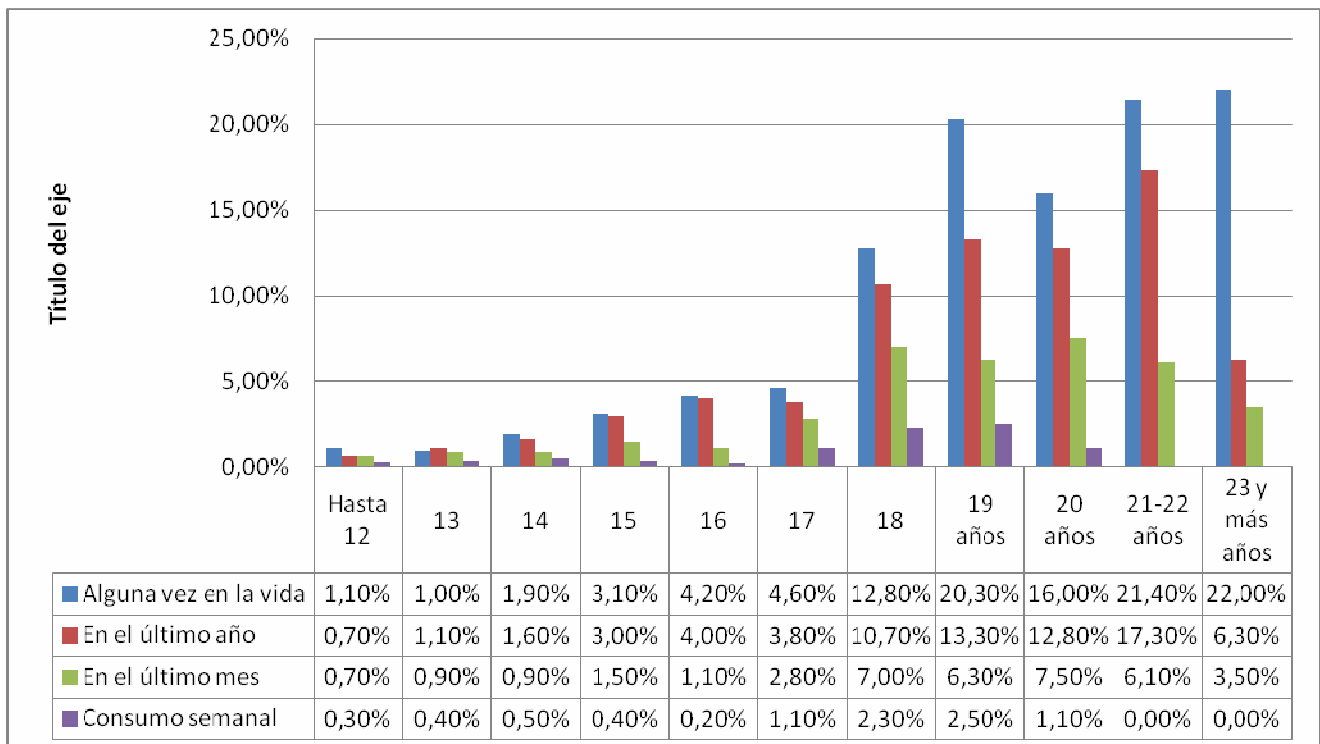




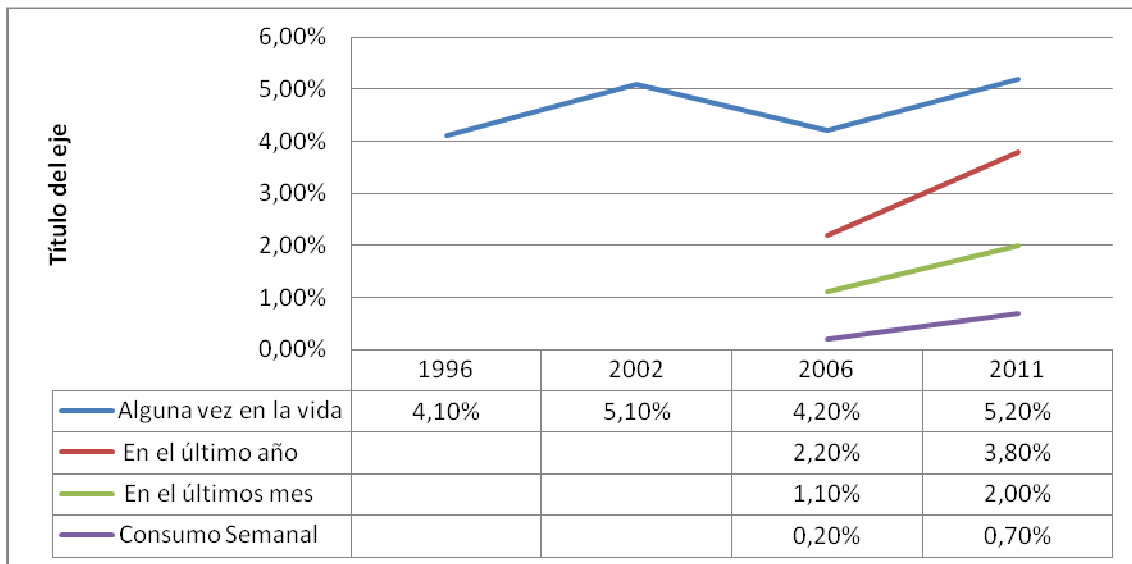
Gráfico 5.11. Consumo experimenta, anual y mensual de éxtasis según edad.



La evolución del consumo de éxtasis en lo que respecta a las edades es un calco de lo que hemos venido observando en los casos de las anfetaminas y la cocaína: el consumo empieza a ser relevante entre los 14 y 15 años, el “gran salto”, se produce entre los 17 y los 18 años y luego de los 18 a los 19, para luego estabilizarse, crece algo el consumo iniciático, pero las otras categorías no, e incluso no se han detectado consumidores semanales por encima de los 20 años, a pesar de que entre los de 18 y 19 años hay un grupo notable de jóvenes escolarizados en secundaria que consumen semanalmente (Gráfico 5.11).



Gráfico 5.12. Evolución del Consumo experimenta, anual y mensual de éxtasis 1996-2011



Según como aparece en el *Gráfico 5.12* el consumo de Éxtasis ha variado en forma de dientes de sierra aunque con valores bastante estables y desde la medición de 2006 ha crecido en las todas las categoría consideradas.

El crecimiento del éxtasis contrasta con el decrecimiento observado en las otras sustancias, luego es posible que el foco de atención de una parte de los experimentadores haya virado de las anfetaminas y la cocaína hacia el éxtasis. Según se observan las líneas de el crecimiento, o sea la pendiente, es menor en el caso del consumo semanal, lo que nos llevaría a reforzar la idea de que hay un grupo numeroso de personas dispuestas a probar, a iniciarse, a experimentar a consumir ocasionalmente, cuya decisión puede estar muy influenciada por el albur de su tiempo o por el grupo de iguales en el que se integre, o si está más o menos de moda, pero entre ellas hay un colectivo mucho menor, que van a pasas a un consumo habitual, al menos durante un periodo de su vida; pero este colectivo es muy estable numéricamente de manera que no se ve tan influenciado por esos factores espurios y se mantiene independientemente de que crezca o que disminuya el número de personas que prueban o experimentan

Datos generales de consumo del consumo de alucinógenos-LSD

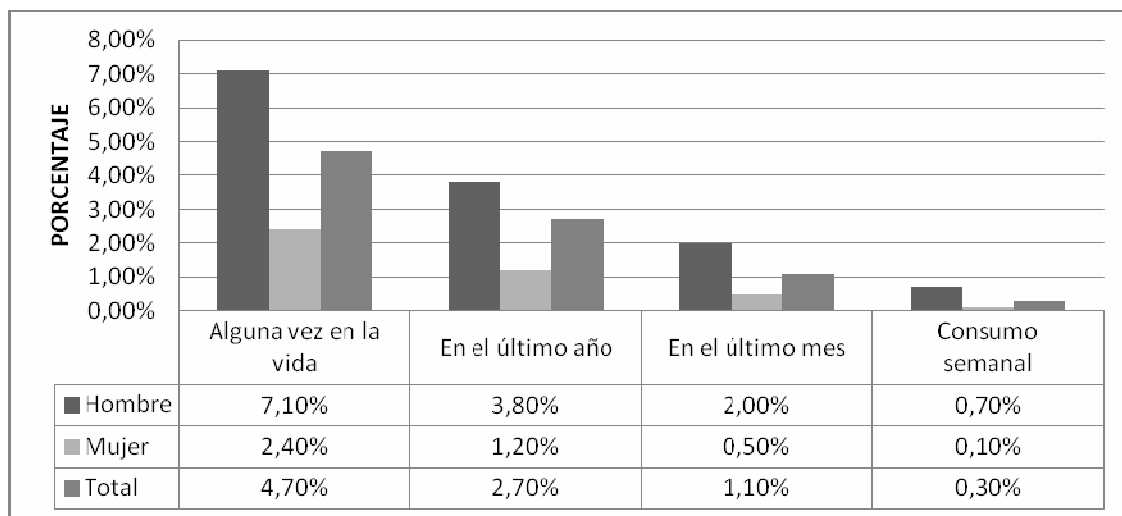
Después de ese conjunto de drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína y éxtasis) el LSD ocupa un tercer lugar en cuanto a su extensión y en esta última medición no alcanza al 5% de los estudiantes de secundaria. Si con respecto a las otras sustancias hemos apuntado la notable diferencia entre los consumos iniciáticos y los más habituales los semanales, en este caso es aún mayor y es muy reducida la proporción de personas que manifiestan consumirla semanalmente. Esta es una sustancia que no se presta a un consumo habitual, que tiene cierto peso como drogas de iniciación y de experimentación por el aurea que tiene pero no facilita un consumo habitual o frecuente, lo cual puede ser sustentado por diversas ideas de variada índole, es un tipo de sustancia que se utiliza para experimentar sensaciones y que después de hacer una uso reiterado deja de hacer efecto, también el miedo a sus propios efectos



negativos, el *mal viaje* del que pocos usuarios escapan... todos son argumentos de peso para desestimar de su uso en buena parte de sus usuarios reales o en potenciales usuarios.

La distancia entre las chicas y los chicos es notoria, pero no como en todos los casos anteriores sino que aquí la distancia es mayor que en otras sustancias, distancia que se pone de manifiesto a partir de la propia iniciación y experimentación; las chicas se sienten mucho menos atraídas a experimentar con esta sustancia que con las otras, y esto no ocurre con los chicos, para los cuales es una de las sustancias más atractivas (Gráfico 5.13).

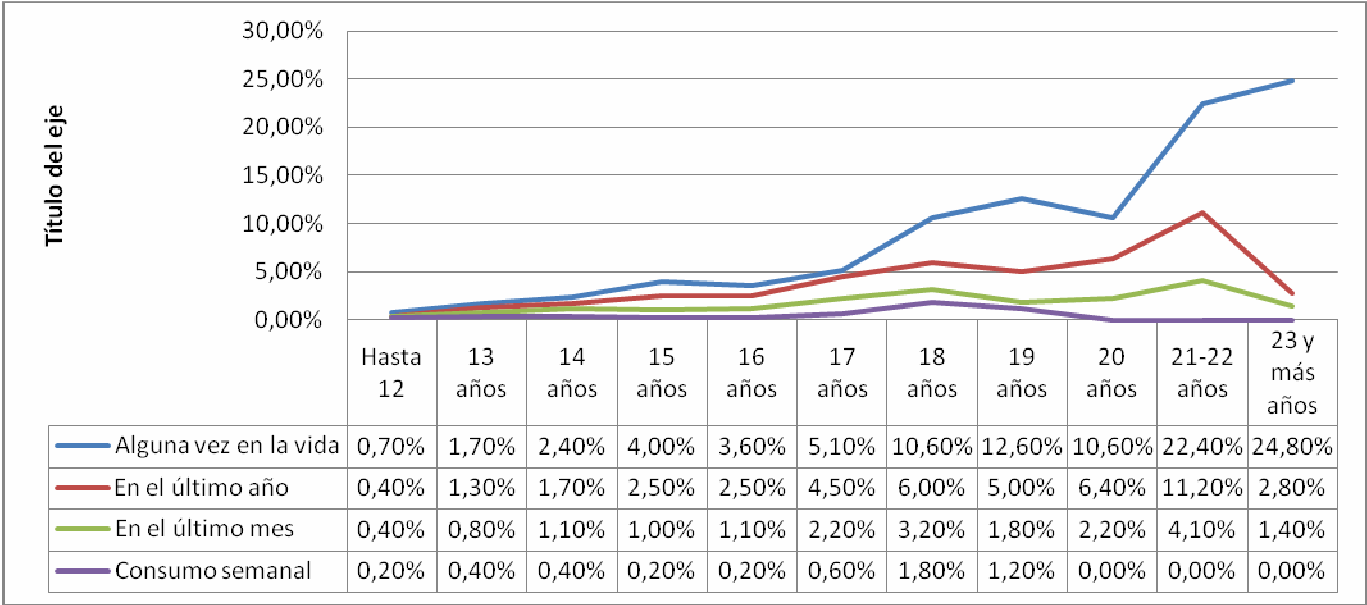
Gráfico 5.13. Consumo experimenta, anual y mensual de alucinógenos según sexo.



Según lo que aparece en el *Gráfico 5.14* el consumo de LSD es un poco más tardío que el de las otras sustancias estimulantes examinadas hasta ahora es relevante a partir de los 17 años y aunque entre estos y los 18 se produce un incremento importante, el gran salto en cuanto a la extensión de su consumo iniciático acontece a partir de los 21 años porque entre los 18 y los 20 apenas varía sus número. Es de destacar, también como los consumidores semanales desaparecen a partir de los 20 años.



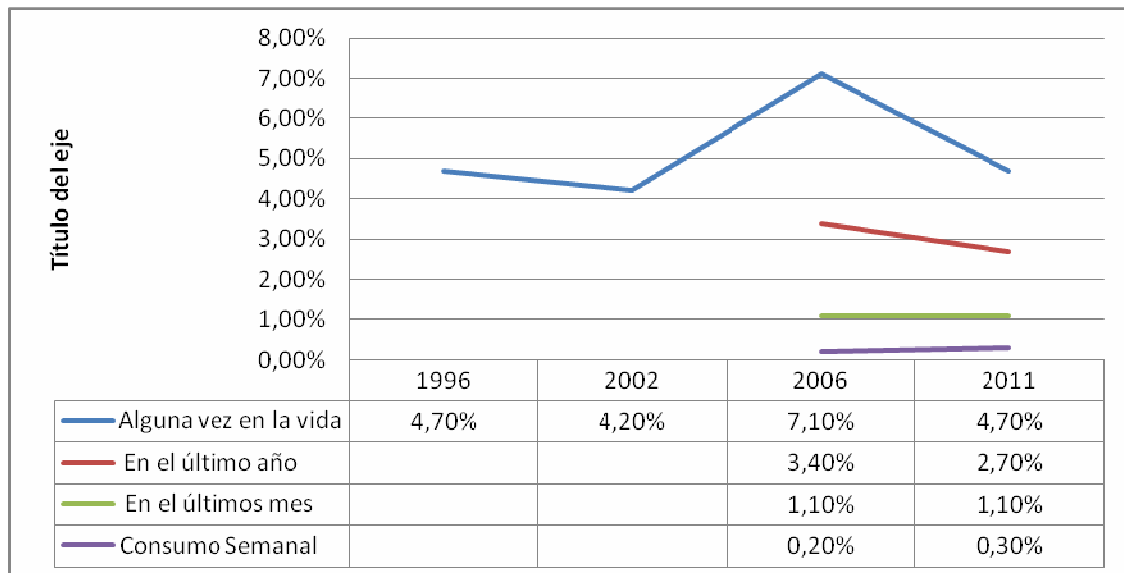
Gráfico 5.14. Consumo experimenta, anual y mensual de alucinógenos según edad.





La evolución del consumo de LSD-alucinógenos es en dientes de sierra con subidas y bajadas de un año a otro; en la primera medición, la del año 81, era la segunda droga después del cannabis y en esta década es la cuarta sustancia pero no tanto por un descenso propio sino al

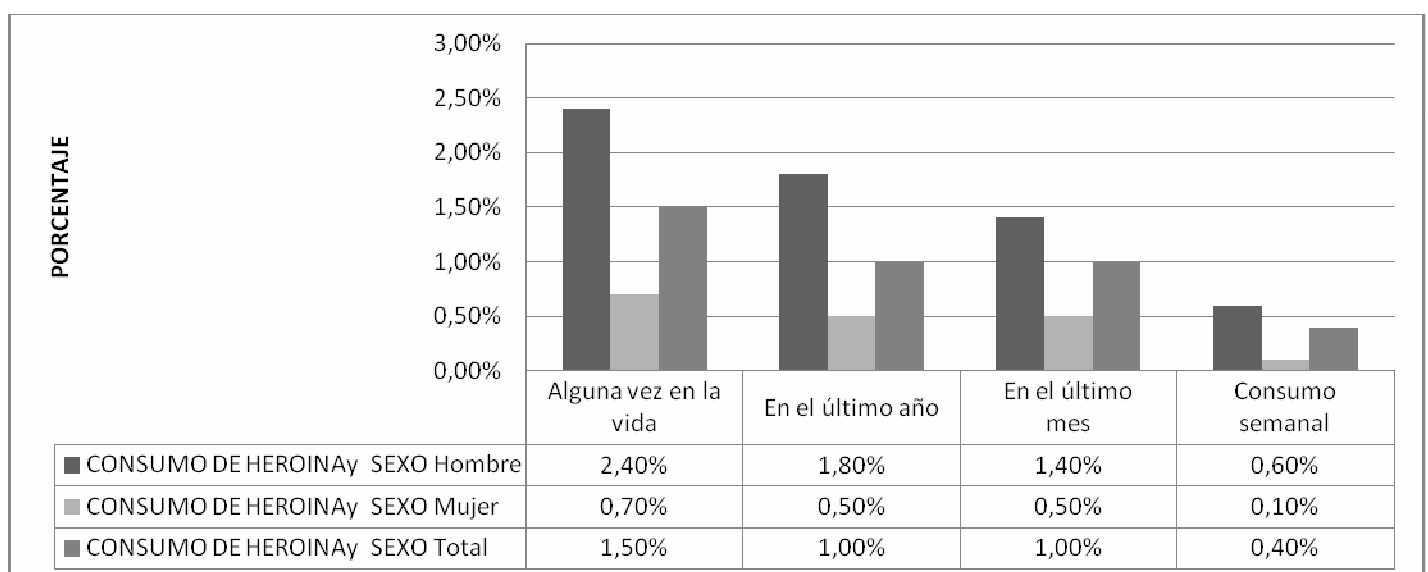
Gráfico 5.15. Evolución del Consumo experimenta, anual y mensual de alucinógenos 1996-2011



Datos generales de consumo del consumo de opiáceos, la heroína

Al final de la escala de consumo nos encontramos con la heroína que es la sustancia menos extendida de las que hemos tenido en cuenta, pero quizás la de mayor capacidad de adicción contrastando su baja proporción de consumo (Gráfico 5.16) con la gran demanda de asistencia que provoca.

Gráfico 5.16. Consumo experimenta, anual y mensual de heroína según sexo.

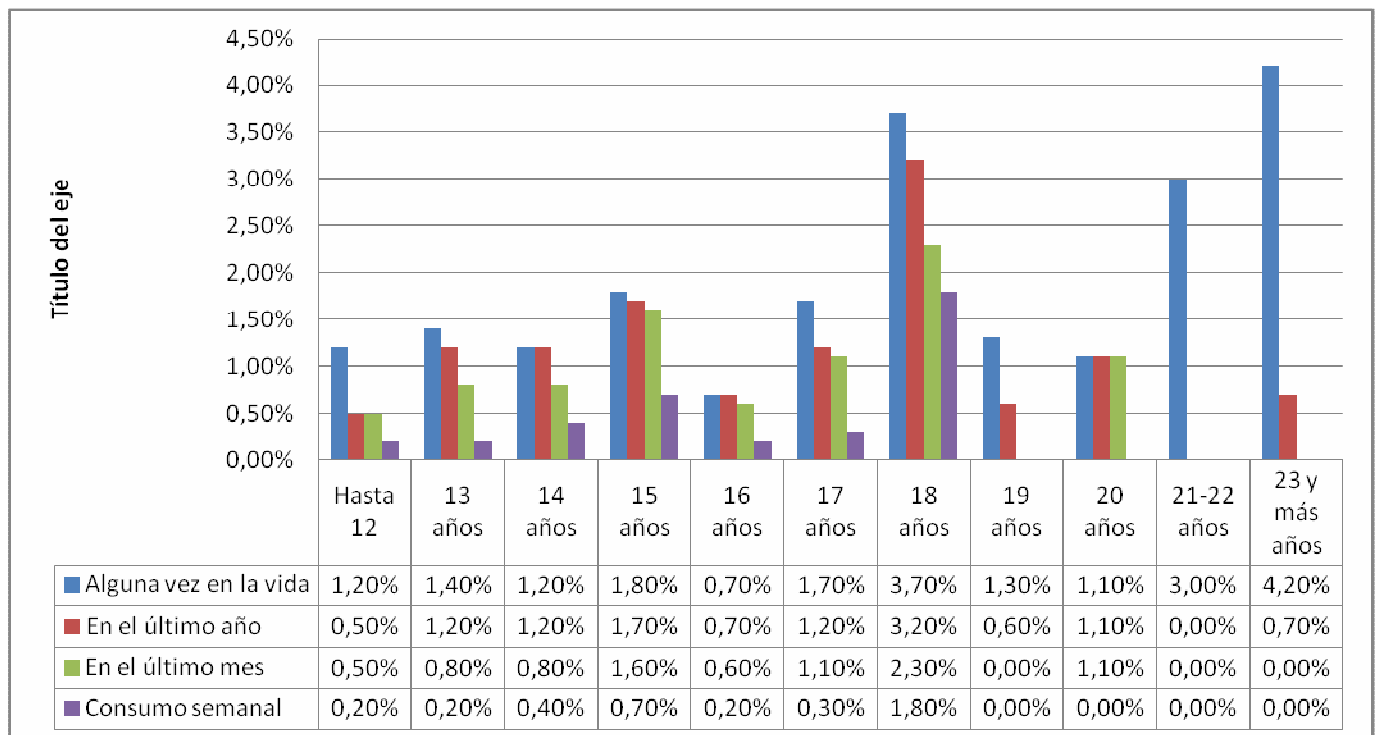




El acceso a esta sustancia es muy minoritario, no llegan al 2% del alumnado de secundaria quienes la han consumido alguna vez en la vida, pero también es importante constatar que la distancia entre quienes se inician y quienes llevan un consumo semanal es mucho más corta que en las otras sustancias analizadas hasta ahora, lo que indica que una parte significativa de los que la prueban pasan a un consumo habitual con los riesgos de adicción que eso conlleva. Con esto no queremos, ni podemos, decir que quienes consumen semanalmente son adictos, pero sí se puede manejar como idea que, dado el rechazo social que provoca, su acercamiento es de tal marginalidad que sólo padeciendo situaciones vitales muy deficitarias se puede consumir.

La distancia entre varones y mujeres sigue siendo notable y muy similar a lo que aparece en las otras sustancias y con la misma tendencia, algo menor en el consumo iniciático pero sensiblemente mayor en el consumo semanal.

Gráfico 5.17. Consumo experimenta, anual y mensual de heroína según edad. 2011



Antes de pasar a realizar un comentario de la relación del consumo de heroína con la variable edad hay que tener en cuenta que como los niveles de consumo son tan minoritarios un pequeño incremento entre el número de consumidores da lugar a cambios importantes en los porcentajes

Lo que observamos en relación a esta variable nada tiene que ver con lo que hasta ahora hemos apreciado en las otras sustancias y es que la edad influye menos especialmente hasta los 18 años en que se produce un incremento notable (gráfico 5.17).

Un primer elemento llamativo es que para el tipo de sustancia que es, debido a su carácter marginal, el porcentaje de alumnos y alumnas de 12, 13, 14 y 15 años que la han probado es muy elevado y constante y sólo se nos ocurre una hipótesis para poder explicarlo y es que estos



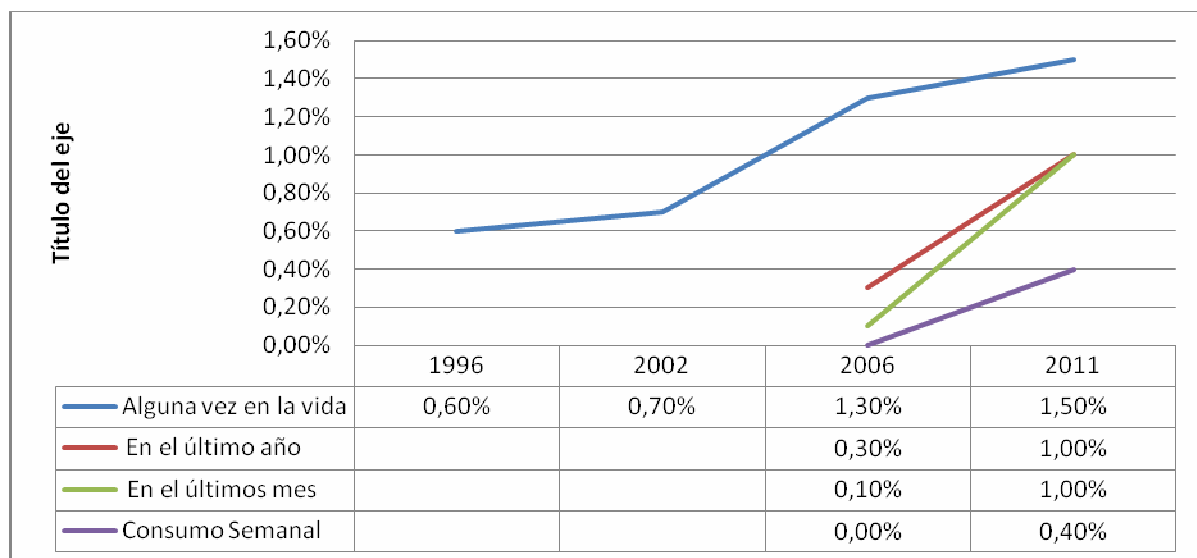
y estas jóvenes provengan de conglomerados sociales en alta exclusión y que, por lo tanto, ellos mismos sean ya altamente vulnerables y se hayan introducido en ámbitos de consumo de drogas desde edades muy tempranas.

De los 15 a los 16 se produce una reducción considerable en todas las categorías de consumo, la respuesta a ello puede ser que el alumnado con pocas posibilidades de acceder al graduado en ESO abandone a los 15 años la enseñanza reglada y se incorpore a un PCPI y su representación en el grupo disminuya o bien que abandonen totalmente los estudios... y si son colectivos en alta exclusión es posible que esto ocurra sin que pueda ser detectado a pesar del trabajo de cooperación entre los servicios sociales y los centros educativos.

A los 17 años se recobra el nivel de consumo de los 15 años y a los 18 se dispara la proporción de consumidores de las cuatro categorías consideradas. Hay dos motivos por un lado la edad ya que en consecuencia con lo visto en todas las demás sustancias la edad influye en el sentido de que a más edad más consumo por el otro el hecho de que una parte de quienes estudian secundaria con 18 años son repetidores lo que también ase socia al consumo.

A partir de los 19 el consumo tiende a reducirse, como se ve puede crecer algo el consumo iniciático pero prácticamente desaparece el consumo en el último mes y el consumo semanal. Los que han estado experimentando y explorando con ciertos consumos es posible que puedan mantenerse en los estudios, pero quienes lleven a cabo un consumo de cierta intensidad no será fácil continuar y no sólo por los efectos de la sustancia, sino que su relación a los ambientes de consumo marginales o al menos totalmente anti-convencionales difícilmente le van proveer de recursos ideológicos y afectivos para continuar con los estudios.

Gráfico 5.18. Evolución del Consumo experimenta, anual y mensual de heroína 1996-2011



Los niveles de iniciación en la heroína son bastante estables entre 1996 y 2002, para luego crecer sensiblemente y la diferencia en las dos últimas mediciones plantean un incremento notable de los consumidores más recientes (último mes) y los semanales. Hay que tener en cuenta que nos movemos en porcentajes muy pequeños, que son muy sensibles a que unos pocos estudiantes puedan producir cambios apreciables, no obstante los datos no positivos y habrá que estar atento a futuras mediciones.

5.3 DATOS DESDE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

2.3.1.-VARIABLES E INDICADORES DE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Los datos que se presentan a continuación provienen del dispositivo asistencial, de los diversos recursos con los que cuenta la red pública (centros públicos y privados concertados) para atender a las personas con problemas de drogodependencia.

Debe tenerse en cuenta las limitaciones que presentan estos indicadores, ya que no todas las personas con drogodependencia acuden a un tratamiento y las personas que asisten a tratamiento no siempre se dirigen a estos dispositivos, pudiendo recurrir a consultas y centros privados que no remiten sus datos a Osakidetza, habitualmente buscando una supuesta “mayor privacidad”. En el caso de la dependencia al alcohol, es además frecuente que se recurra a grupos de autoayuda, los cuales tampoco envían información a Osakidetza.

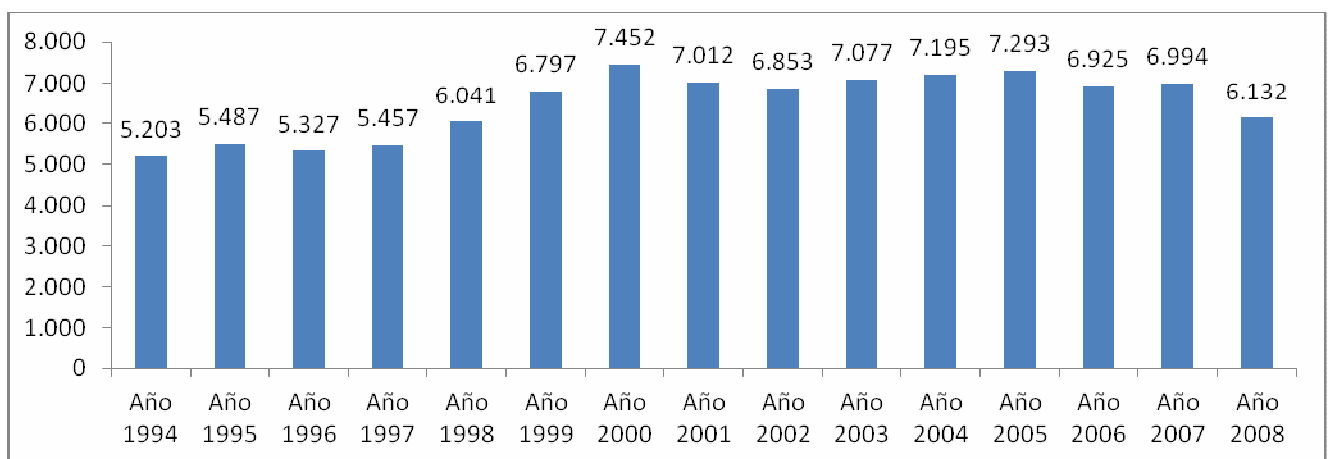
Hay diversas fuentes que pueden proporcionar datos, pero nosotros consideramos para este análisis fundamentalmente dos grupos de datos:

- Los de las personas en tratamiento en diversos recursos. Se puso en marcha en 1994 para recoger los datos de 1995 y fue realizando su tarea hasta 2009, año en que se reorganiza el servicio y deja de producir estos datos de manera que solo tenemos a disposición hasta 2008.
- Los datos de las nuevas demandas de tratamiento, puesto en 1987, se inició en todo el Estado. Hasta 1995 se recogen sólo los casos de personas admitidas por consumo de heroína y/o cocaína; partir de ese año se amplía a las otras sustancias y en 1999 se incorporaron los datos relativos a la demanda asistencial por consumo de alcohol.

2.3.1.- INDICADORES DE TRATAMIENTO POR TOXICOMANIAS

Como se puede apreciar en el Gráfico 5.19, la atención a personas con problemas de toxicomanías no alcohólicas fue creciendo hasta comienzos del nuevo siglo época en la que comenzó una cierta contención e incluso un pequeño descenso. Los datos de personas atendidas en esa época se refieren al tratamiento por heroína y cocaína fundamentalmente ya que como veremos más adelante el peso de otras sustancias era mucho menor.

Gráfico 5.19. Evolución del número de personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV (1994-2008)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010



Gráfico 5.20.- Evolución de la distribución por género de las personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas (1998-2008)

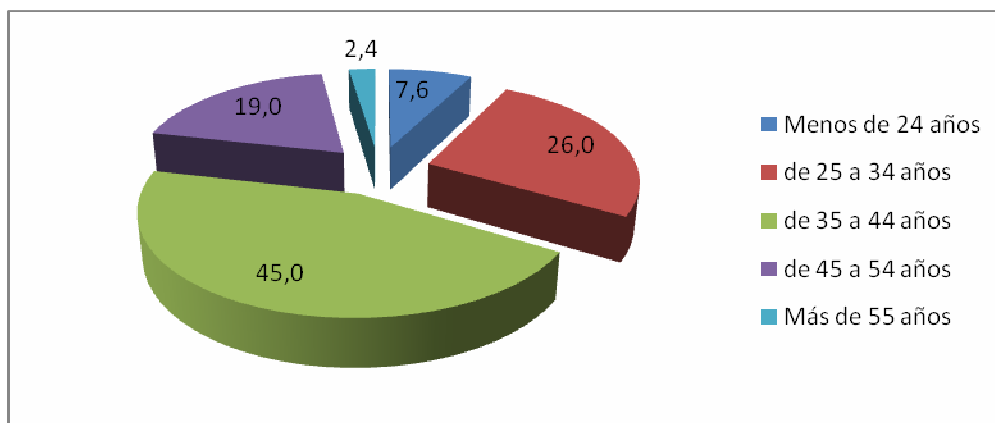


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La distribución por sexo de las personas atendidas de forma ambulatoria muestra unos valores constantes, en los que las mujeres no superan el 20,7 %, ni desciende del 16,5% y, además, no ofrecen una tendencia clara por cuanto las oscilaciones suceden en años intermedios y se corrigen de uno a otro año.

En lo que respecta las series de la variable edad son muy cortas por lo que no se ha valorado su inclusión; únicamente se ha insertado el reparto por grupos de edad del último año, en el que se observa el gran dominio del segmento de 35 a 45 años, seguido del inmediato más joven (25 a 34) y la baja presencia de las personas menores de 24 años.

Gráfico 5.21.- Distribución por tramos de edad de las personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV en 2008

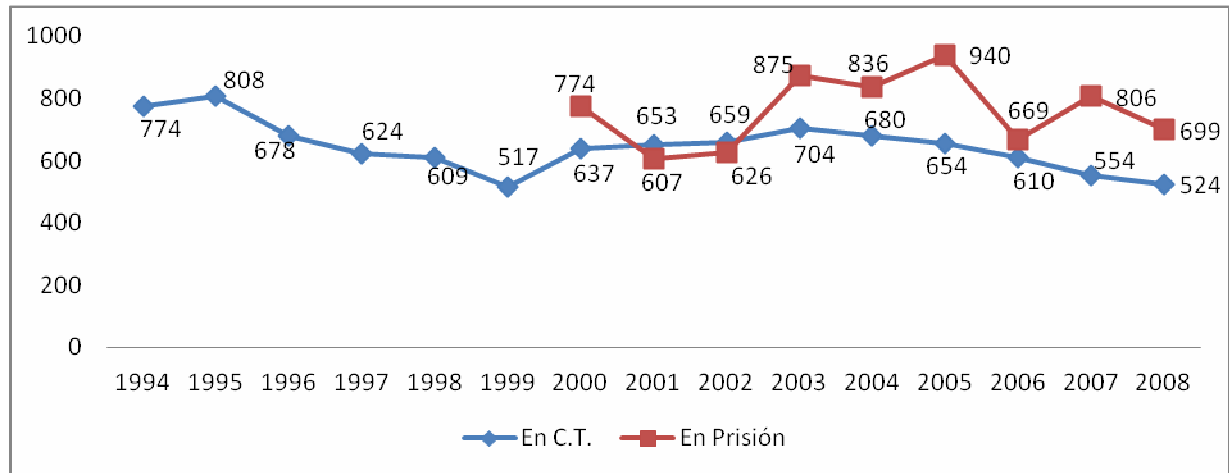


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV del 2008

Las cifras de tratamiento a través de recursos residenciales (comunidades terapéuticas) apuntan un ciclo diferente al observado en el tratamiento ambulatorio, ya que el máximo de atenciones se alcanza en 1995 para descender muy rápidamente hasta 1999 (-36%), año en que se llega al mínimo, volviendo a remontar hasta el 2003 para iniciar seguidamente otro acusado descenso.



Gráfico 5.22.- Evolución del número de personas atendidas en comunidades terapéuticas y en los centros Penitenciarios de la CAV. 1994 / 2000-2008 (Valores absolutos)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

De alguna forma, la tendencia en el tratamiento ambulatorio y en Comunidad Terapéutica son casi complementarias, pero con la particularidad de que el tratamiento ambulatorio va ganando terreno frente a la comunidad terapéutica, que ha pasado de suponer casi el 15% de todas las personas atendidas en 1995 al 8,5% en el último ejercicio contemplado (2008).

En lo que respecta a la atención a personas usuarias de drogas en centros penitenciarios, no se muestra una tendencia clara a lo largo de esta primera década del siglo, sino que por el contrario se dibuja un perfil en dientes de sierra en el que el número de personas atendidas oscila entre un mínimo de 607 y un máximo de 940 (54%).

5.3.2.- CASOS NUEVOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO

En el *Gráfico 5.23* hemos plasmado la evolución de la demanda asistencial desde 1996 hasta el 2011. De ella destacamos los siguientes elementos:

- La mayor demanda asistencial ha venido siendo la derivada del consumo de Heroína, pero esta demanda ha ido bajando paulatinamente desde mediados de la década de los 90 y en 2003 esta demanda fue superada por la cocaína.
- A pesar de que la cocaína siempre ha mantenido un cierto nivel de consumo ha permanecido “agazapada” como fuente de demanda asistencial hasta comienzos del siglo en el que se ha disparado, sin embargo, parece a priori que puede haber tocado techo, ya que desde 2008 no ha crecido, sino que presenta una cierta tendencia al descenso.
- Sustancia que hacia mediados de la década de los 90 estuvieron muy de “moda” como el éxtasis no han producido elevadas tasas de demanda, sino todo lo contrario, muchas hipótesis se pueden aplicar sobre ello, es posible que los usuarios lo sean por un tiempo breve y luego las abandonen o pasen a la cocaína, o puede ser que sus usuarios sean muy consciente de los riesgos y sólo tengan un consumo ocasional, con menores riesgos.
- Las anfetaminas aunque de forma irregular, también siguen una tendencia de incremento, de hecho son las más usadas después del cannabis.



Gráfico 5.23 Evolución de las demandas de tratamiento por drogas ilegales desde 1996 hasta 2011

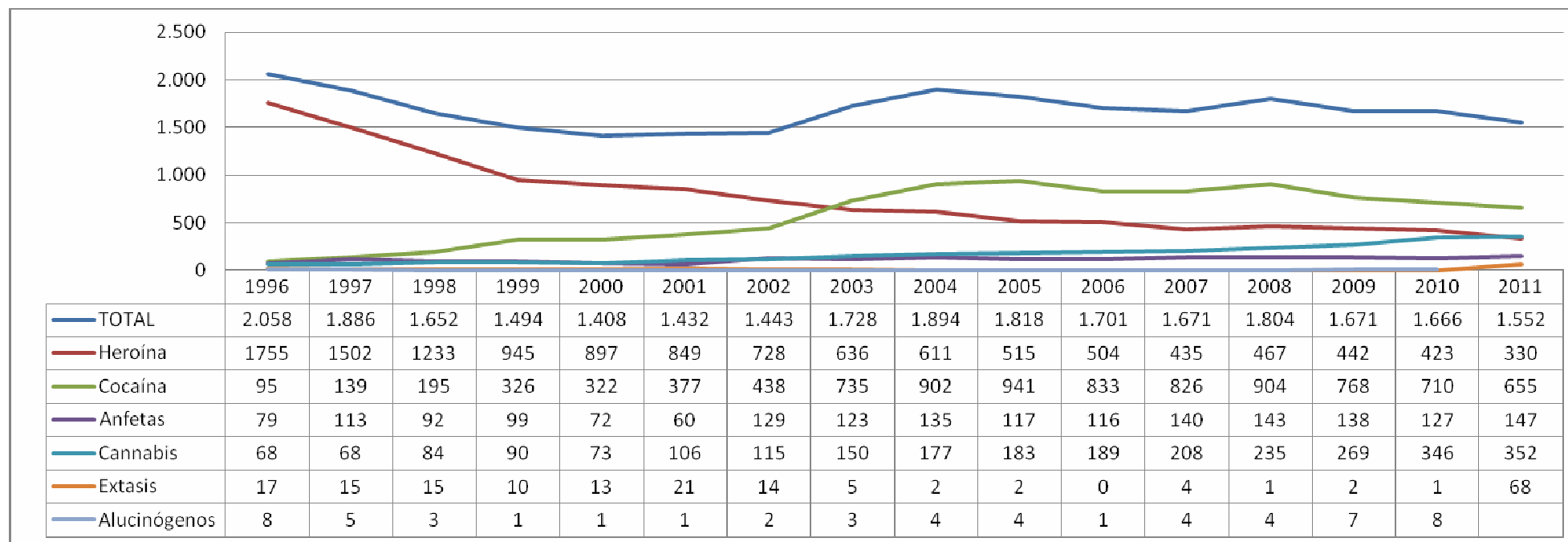


Tabla 5.7.- .Evolución del número de personas atendidas por consumo de drogas ilegales, demandas de tratamiento tasas y vitorianos afectados .1992-2011

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
En tratamiento	5327	5457	6041	6797	7452	7012	6853	7077	7195	7293	6925	6994	6132			
Demanda Trato. por drogas ilegales	2058	1886	1652	1494	1408	1432	1443	1728	1894	1818	1701	1671	1804	1.671	1.666	1.552
Tasa demanda x 1000 habitantes	0,94	0,87	0,76	0,69	0,65	0,66	0,66	0,79	0,87	0,83	0,78	0,77	0,83	0,77	0,76	0,71
Vitorianos	227	208	182	164	155	158	159	190	208	200	187	184	199	184	183	171



En la *Tabla 5.7* se puede comparar la distancia que existe entre el número de personas que están en tratamiento y las que han ingresado ese año por consumo de drogas ilegales y como puede verse hay bastantes oscilaciones entre los años, que van desde tres veces más a cinco veces más. También varía el número de personas en tratamiento y en demanda, sin mostrar una tendencia clara ya que los puntos más bajos se encuentran a finales de los 90 y comienzos de 2000, para luego incrementarse, aunque los últimos años pueden estar iniciando un ciclo hacia la baja.

Siguiendo la proporción de personas para toda la CAPV y estimando cuantas pueden ser ciudadanas de Vitoria-Gasteiz podemos observar que oscilan entre 157 y 227, estimándose una media en torno a las 200 personas.

El Sistema de Información en Toxicomanías (SIT), recoge, como ya hemos apuntado una serie de variables relativas a las personas que demandan atención, en la *Tabla 5.8* Hemos presentados el grupo de variables que consideramos más relevantes:

- Que las atenciones por alcoholismo es la demanda como droga más notable (42%), aunque no llega a superar al conjunto de sustancias.
- Las mujeres no llegan a representar el 20 % de la demanda, pero superan esta proporción en hipnosedantes, heroína, alcohol y *otras drogas*.
- La media de edad de las personas que demandan asistencia se acerca a los 39 años, y tiene como extremos las demandas por alcohol que superan los 46 años y la demanda por cannabis que está en los 27 años.
- La mitad no han tenido tratamiento previo al que inician y esto es muy frecuente en las demandas por cannabis, entre quienes el 71% no han tenido tratamiento previo, mientras que en el caso de la heroína sólo son el 18,5% y entre los consumidores de hipnosedantes son un 28,6%, el resto de personas consumidoras de las otras sustancias se ubican a medio camino, lo que significa que se dividen en dos grupos muy similares en número, entre quienes si han pasado por un tratamiento anteriormente y los que no.
- En cuanto al tiempo de consumo se podrán establecer dos grupos muy similares en cuanto a su número, quienes llevan de 15 a menos años y quienes llevan más de 16. En el primer grupo destacan el cannabis y la coca, mientras que en el segundo destacan sobre manera la heroína y el alcohol. Esto les hace coincidir con las medias de edad de estas sustancias, con medias más elevadas en alcohol y heroína y más jóvenes las personas usuarias de cannabis y cocaína.

De la confluencia de las edades al ponerse en tratamiento y el tiempo de consumo se pueden narrar algunos procesos, el alcohol y el cannabis tienen las edades de comienzo más temprano mientras que el inicio en la heroína y en la cocaína se retrasa uno años más. El alcohol permite muchos años de consumo hasta el desarrollo de la enfermedad y al estar totalmente insertado en la sociedad y ser de fácil acceso una vez desarrollada la enfermedad no se toma de conciencia, lo que hace que el tratamiento se inicie a edad muy avanzada; por el contrario el cannabis puede mostrar efectos negativos relacionales bastante pronto, el favorecimiento de esa apatía y desinterés afecta a las relaciones de pareja, a los estudios al trabajo..., y eso puede favorecer una cierta necesidad de ponerse en tratamiento en relativamente poco tiempo. Las personas consumidoras de heroína y de cocaína comenzarán a consumir unos años más tarde, los y las heroinodependientes desarrollarán estilos de vida muy diferentes de los convencionales lo que dificultará su integración incluso en los procesos asistenciales con reinicios y recaídas habituales, mientras



que las personas dependientes de la cocaína pueden desarrollar estilos de vida más convencionales, permitiéndolas tomar conciencia de sus dificultades y tener mejores perspectivas de inserción en los procesos terapéuticos.



Tabla 5.8.- Características de las Personas que inician tratamiento según sustancia en 2011

	Heroína	Anfetas.	Coca.	Hipno-sedantes	Cannabis	Alcohol	Hero +coca	Otras	Totales	
Número total	330	147	655	21	352	1116	6	41	2668	
% sustancia	12,37	5,51	24,55	0,79	13,19	41,83	0,22	1,54	100 %	
GENERO										
% Hombres	79,2	80,3	89	80	89,9	78,1	83,3	74,4	82,6	2.204
% Mujeres	20,8	19,7	11	20	10,1	21,9	16,7	25,6	17,4	464
EDAD										
Desconocido	0	0	0	0	0	0	0	0	0,05	1
de 0 a 14	0	0	0	0	0,6	0	0	0	0,1	2
15-19	1,2	4,1	2,3	4,8	24,7	0,3	0	12,2	4,5	121
20-24	4,8	7,5	9,9	9,5	22,7	1,8	0	26,8	7,7	205
25-29	8,8	19,7	17,7	19	15,9	4,9	16,7	9,8	11	294
30-34	14,8	23,1	21,8	4,8	13,9	8,2	0	14,6	14	374
35-39	22,1	24,5	22,4	23,8	11,4	13,7	33,3	9,8	17,2	460
40-44	22,4	13,6	15,7	19	5,4	16,7	33,3	14,6	15,5	414
45-49	17,6	4,8	7,2	9,5	3,1	16,6	0	4,9	11,7	312
50-54	6,1	2	2,9	9,5	1,7	15,9	16,7	4,9	8,7	231
55-59	1,5	0,7	0	0	0,6	9,6	0	0	4,3	115
60 o más	0,3	0	0	0	0	12,2	0	2,4	5,2	139
Edad media	38,6	33,5	34,1	35,6	27,1	46,3	39	31,8	38,8	
TRATAMIENTO PREVIO										
Sí	79,1	44,2	50,5	71,4	28,4	44,6	100	41,5	48,5	1.293
No	18,5	55,8	49	28,6	71,6	53,6	0	58,5	50,4	1.344
Desconocido	2,4	0	0,5	0	0	1,8	0	0	1,2	31
TIEMPO DE CONSUMO										
0 a 2 años	7,3	4,1	6,9	19	8,2	3,7	0	14,6	5,8	155
3 a 5 años	8,5	13,6	13,4	9,5	21,6	4,1	0	24,4	10,1	270
6 a 10 años	10,3	18,4	23,5	28,6	23,3	4,8	0	14,6	13,6	363
11 a 15 años	13,6	21,1	26,3	4,8	16,5	8,2	0	17,1	15,2	405
16 a 20 años	14,5	19	11,8	4,8	9,7	7,9	33,3	4,9	10,5	280
21 a 25 años	17,9	9,5	9,3	4,8	7,7	11,9	66,7	12,2	11,4	304
25 o + años	22,4	8,8	5,5	4,8	6,3	38,4	0	7,3	21,6	577
Desconocido	5,5	5,4	3,4	23,8	6,8	21,1	0	4,9	11,8	314
TOTALES										
	330	147	655	21	352	1116	6	41		2.668
	Heroína	Anfetas.	Coca.	Hipno-sedan	Cannabis	Alcohol	Hero + coca	Otras	Totales	



6.- LAS OTRAS ADICCIONES

6.1- LAS OTRAS ADICCIONES EN LA POBLACIÓN GENERAL

6.1.1.-VARIABLES E INDICADORES DE OTRAS ADICCIONES:

Dada la ausencia de otra fuente de datos todo lo expuesto proviene del informe Euskadi y drogas 2012 en el que se introdujeron nuevos ítems, que han sido:

Consumo a lo largo de la vida (o experimental) de psicofármacos con o sin receta médica: ha consumido alguna vez, con o sin prescripción médica, alguna de las siguientes modalidades de psicofármacos:

Práctica de los juegos de apuestas o azar en los últimos 12 meses: ha jugado a lo largo del último año con dinero a alguna de las siete modalidades de juego enunciadas en la pregunta 60 del cuestionario. Este es el único caso en el que la variable utilizada hace referencia a una utilización reciente y, por tanto, no se corresponde con un uso experimental. En el caso concreto de los juegos de apuestas o azar se ha optado por utilizar aquí esta variable al no ser posible elaborar a partir de las preguntas del cuestionario una de carácter experimental.

Consumo reciente de psicofármacos con o sin receta médica: agrupa a aquellas personas que durante los últimos 12 meses han consumido, con o sin prescripción médica tranquilizantes, somníferos o antidepresivos.

Práctica al menos semanal de los juegos de apuestas o azar: identifica a aquellas personas que a lo largo del último año han jugado con dinero al menos una vez por semana a cualquiera de las siete modalidades de juego expuestas en la pregunta 60 del cuestionario.

Consumo reciente de psicofármacos sin receta: discrimina a aquellos individuos que durante los últimos 12 meses previos a la encuesta han consumido sin receta médica alguna de las tres modalidades de psicofármacos (tranquilizantes, somníferos o antidepresivos) analizadas en la encuesta.

Jugador/a activo/a: selecciona a aquellas personas que han jugado con dinero a juegos de apuestas o azar durante el último año y que, o bien han apostado con una frecuencia al menos semanal a alguno de los juegos que se recogen en el cuestionario, o han gastado a lo largo de todo el año más de 500 euros.

Jugador/a de riesgo y excesivo: esta variable agrupa a las dos categorías de riesgo (bajo y moderado) y a la de jugador/a excesivo/a definidas a partir del Índice Canadiense de Juego Excesivo (ICJE).

Uso de riesgo o problemático de internet: se identifican en esta variable aquellas personas que, a partir del test de adicción a internet de Orman.

2.1.2.- RESULTADOS GENERALES

Recordamos que el estudio se refiere a personas entre 15 y 74 años por eso los totales de población no responden a la cifras de toda la población.

La utilización de fármacos tranquilizantes es el consumo más habitual entre este tipo de químicos, su uso exploratorio, alguna vez en la vida, no es alto sin embargo el uso reciente, el último mes mantiene un cierto nivel ya que una de cada 15 personas las están utilizando con dicha frecuencia y una de cada treinta los antidepresivos (Tabla 6.1).

Tabla 6.1.- Categorías de consumo de fármacos **con** receta: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y diario

	Consumo de fármacos con receta	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Experimental	Alguno	19,9	37.169	328.139
	Tranquilizantes	16,4	30.632	270.426
	Somníferos	8,5	15.876	140.160
	Antidepresivos	6,6	12.327	108.830
Reciente	Alguno	11,3	21.106	186.330
	Tranquilizantes	9,3	17.370	153.352
	Somníferos	5,1	9.526	84.096
	Antidepresivos	3,8	7.098	62.660
Actual	Alguno	9,2	17.184	151.703
	Tranquilizantes	7,2	13.448	118.724
	Somníferos	3,8	7.098	62.660
	Antidepresivos	3,2	5.977	52.766
TOTALES			186.778	1.648.942

Tabla 6.2.- Categorías de consumo de fármacos **sin** receta: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y diario

	Consumo de fármacos sin receta	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Experimental	Alguno	2,5	4.669	41.224
	Tranquilizantes	1,2	2.241	19.787
	Somníferos	1,2	2.241	19.787
	Antidepresivos	0,5	934	8.245
Reciente	Alguno	1,1	2.055	18.138
	Tranquilizantes	0,3	560	4.947
	Somníferos	0,7	1.307	11.543
	Antidepresivos	0,3	560	4.947
Actual	Alguno	0,6	1.121	9.894
	Tranquilizantes	0,1	187	1.649
	Somníferos	0,3	560	4.947
	Antidepresivos	0,2	374	3.298
TOTALES			186.778	1.648.942

La utilización de fármacos sin receta parece a tenor de los datos que tiene un carácter más ocasional que habitual ya que los datos par el nivel actual son poco relevantes (Tabla 6.2).

El uso de sustancias dopantes es muy limitado a tenor de los datos, en parte quizás porque está vinculado con el deporte de cierto nivel y eso es ya de por sí minoritario (Tabla 6.3).



Tabla 6.3.- Categorías de uso de sustancias dopantes: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y diario

Consumo de sustancias dopantes	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Experimental	0,8	1.494	13.104
Reciente	0,2	374	3.025
Actual	0,1	187	2.351
TOTALES DE POBLACIÓN		186.778	1.648.942

No llega al 45% la proporción de la población que no practica a ningún juego y entre quienes sí hacen la modalidad más generalizada son los juegos del Estado, loterías, quinielas... El resto de juegos figuran mucho más atrás sin apenas superar el 3 % (Tabla 6.4).

Tabla 6.4.- Juegos en los que ha participado, en el último año,

Juegos en los que participar	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Lotería, quiniela, primitiva	53,3	99.553	879.492
Cartas apostando dinero	3,2	5.977	52.807
Tragaperras	2,6	4.856	42.105
Bingo	1,8	3.362	30.232
Casino	1,7	3.175	27.875
Pelota y deportes rurales	1,6	2.988	26.972
Carreras, porras	1,5	2.802	24.826
Alguno	55,9	104.409	921.100
Ninguno	44,1	82.369	725.826
TOTALES DE POBLACIÓN		186.778	1.648.942

La mayoría de las personas jugadoras en activo no parecen estar en una situación de riesgo pero una de cada diez tiene riesgo moderado y casi una de cada cincuenta personas está en riesgo o está en una situación de dependencia, lo que para una ciudad como Vitoria-Gasteiz supone unas 700 personas (Tabla 5.5).

Tabla 6.5.- Nivel de riesgo en los Jugadores en activo

Nivel de riesgo de los jugadores	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Sin riesgo	87,7	37.020	327.220
Bajo riesgo	10,6	4.322	39.369
Riesgo moderado	0,6	253	2.376
Jugador excesivo	1,1	464	4.132
TOTALES DE POBLACIÓN		42.211	373.097

Hay algo más de un 2% de las personas usuarias de internet que dedican más de 5 horas diarias a dicha actividad (Tabla 6.6), ese dato tiende a coincidir bastante con ese 3% de personas que tienen un uso de internet de riesgo o problemático (Tabla 6.7).



Tabla 6.6.- Horas diarias de Internet entre los usuario habituales

Horas diarias de internet	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Menos de 2 horas	56,5	105.530	932.458
Entre 2 y 5 horas	13,7	25.589	226.005
Más de 5 horas	2,1	3.922	35.370
NS/NC	0,5	934	8.917
TOTALES DE POBLACIÓN		186.778	1.648.942

Tabla 6.7.- Niveles de riesgo entre los usuarios habituales de Internet.

Niveles de riesgo en usuarios de internet	%	Total personas en Vitoria-Gasteiz	Total personas en la CAPV
Sin problemas: 0-3	97,0	181.175	1.187.308*
Con riesgo: 4-6	1,8	3.362	29.504
Con uso problemático: 7-9	1,2	2.241	20.311
TOTALES DE POBLACIÓN		186.778	1.648.942

Al relacionar algunas de las conductas observadas por los grupos de edad (Tabla 6.8) podemos observar los siguientes hechos:

- El uso de psicofármacos crece en función del aumento de la edad, tanto en un uso experimental como en un uso reciente.
- El juego de azar también crece al aumentar la edad, pero la proporción de personas jugadoras excesivas y de riesgo es bastante estable, lo que nos hace pensar en un riesgo repartido.
- El uso problemático de internet es prácticamente de los más jóvenes.

Tabla 6.8- Diversas Conductas y su relación con la edad.

Tipo de conducta	15-34	35-54	55-74	Total
Uso Experimental Psicofármaco con o sin receta	12,1	21,3	29,1	21,1
Uso Reciente Psicofármacos con o sin receta	5,4	11,7	18,6	12
Experimental Juegos de apuestas o azar*	39,9	61,7	62,5	55,9
Habituales juegos de apuestas o azar al menos semanalmente	13,9	27,2	23,4	22,4
Jugador/ activo/a	14,1	27,4	23,7	22,6
Jugador/a de riesgo o excesivo/a	2,1	2,7	3,5	2,8
Uso de riesgo o problemático de internet	7,1	1,8	0,9	3



Tabla 6.8- Diversas Conductas y su relación con el género.

Tipo de conducta	Hombres	Mujeres	Total	Ratio h/m
Uso Experimental Psicofármaco con o sin receta	14,9	27,2	21,1	0,5
Uso Reciente Psicofármacos con o sin receta	7,3	16,6	12	0,4
Reciente Juegos de apuestas o azar	57,4	54,3	55,9	1,1
Juegos de apuestas o azar al menos semanalmente	26,1	18,7	22,4	1,4

En las mujeres se produce una mayor consumo de psicofármacos que entre los hombre y tanto si es un uso experimental o reciente. Sin embargo entre los varones hay algo más jugadores que entre las mujeres (Tabla 6.9).

7.- OTRAS DIFERENCIAS NOTABLES ENTRE HOMBRE Y MUJERES

En todos los apartados del consumo de drogas por parte de estudiantes de enseñanzas medias se han presentado los datos relativos a las prácticas de los varones y de las mujeres (*Drogas y Escuela VIII*), sin embargo, esto no siempre aparece en todos los análisis de consumo de sustancia en la población general (*Euskadi y Drogas 2012*) aunque si en su mayoría.

Con el fin de solventar posibles deficiencias en este sentido hemos considerado oportuno elaborar este capítulo en el que expresamente se incluyen datos de consumo separados por sexo. Prácticamente nos hemos centrado en los datos de *Euskadi y Drogas 2012*, pero hemos incluido un pequeño apartados con los datos de inicios de tratamiento (*SIT-SEIT 2011*) comparando varones y mujeres por sustancias para contrastarlo con los datos de consumos.

7.1.- DATOS DE LA POBLACIÓN GENERAL

Tabla 7.1.- Tasa de consumo experimental de diversas sustancias por sexo

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio H/M
Alcohol	90,8	83,	86,9	1,1
Tabaco	59,6	49,2	54,4	1,2
Cannabis	34,8	21,8	28,3	1,6
Alguna otra ilegal	12,2	5,0	8,6	2,4
Psicofármaco con o sin receta	14,9	27,2	21,1	0,5
Juegos de apuestas o azar*	57,4	54,3	55,9	1,1

Hay tres casos en los que existe una cierta equidad en la experimentación, entre varones y mujeres, que son el consumo de alcohol, el tabaco y los juegos de azar, en los psicofármacos las mujeres doblan a los varones, mientras que en el cannabis y sobre todo en las otras drogas ilegales el consumo la experimentación está mucho más extendida entre los varones (Tabla 7.1).

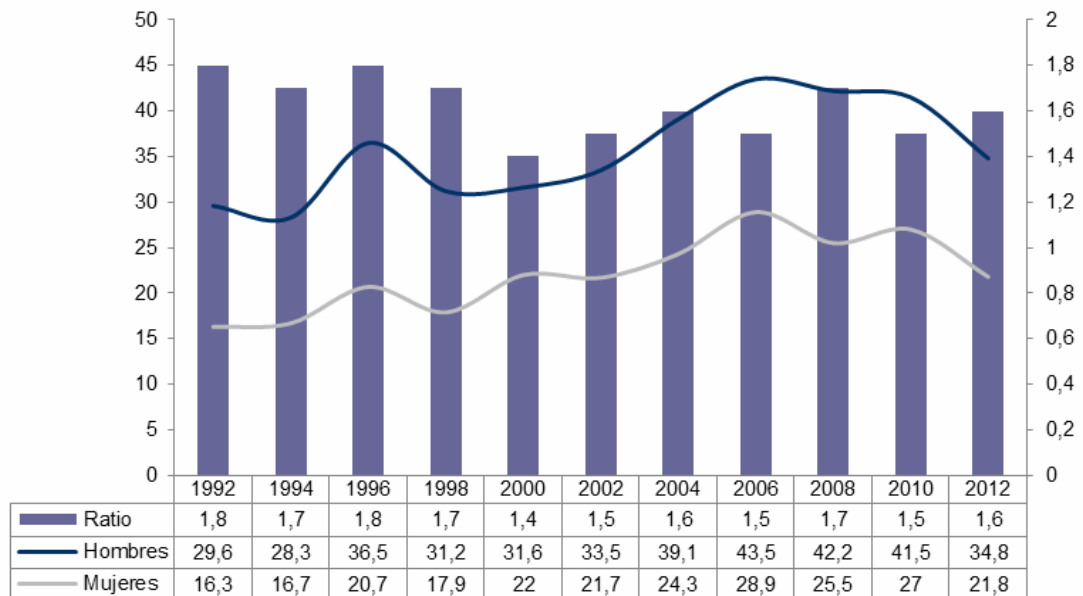
Tabla 7.2.- Edad media de inicio en el consumo de diversas sustancias por sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Alcohol	15,8	17,3	16,5
Tabaco	16,8	17,2	17
Cannabis	18,2	19,3	18,6
Alguna otra ilegal	20,1	19,5	19,9
Psicofármacos con o sin receta	36,6	39,3	38,3



En todos los casos contemplados los inicios de los varones se realizan a edades más tempranas que los de las mujeres, incluso en sustancias como los psicofármacos en los que hay una manifiesta mayoría de mujeres. Es de destacar cómo en ese caso la edad media de inicio es 20 años más tardía que en el resto de sustancias, de manera que mayoritariamente se comienzan a utilizar una vez entrados y entradas en la treintena.

Gráfico 7.1.- Evolución de la tasa de consumo experimental de cannabis por sexo. 1992-2012

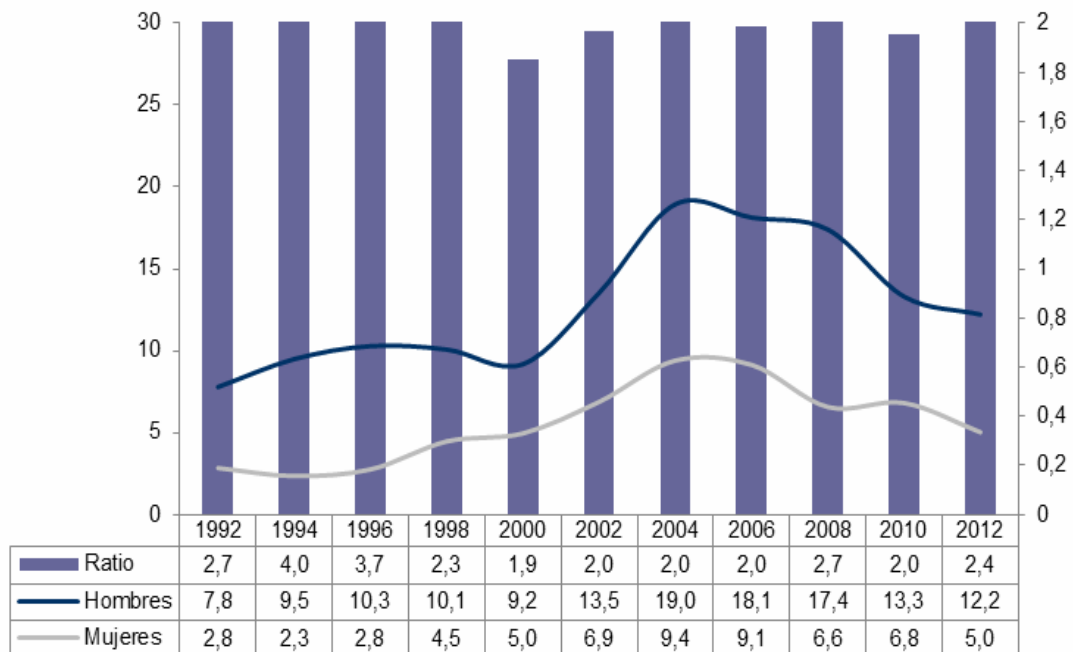


La evolución del consumo experimental de cannabis entre el 92 y el 2012 no es lineal sino que presenta vaivenes con una tendencia a crecer hasta mediados de la década de los 2000, para luego ir descendiendo. La evolución comparada entre varones y mujeres, muestra dos líneas totalmente paralelas de manera que llevan el mismo proceso de incremento o descenso, pero además mantienen la misma distancia entre ambas de manera muy constante, con unos ratios que oscilan entre un 1,4 de mínimo y un 1,8 de máximo (Gráfico 7.1).

En el Gráfico 7.2 se muestra dicha evolución, pero esta vez aplicada a los consumos de las otras drogas ilegales y los resultados son relativamente similares, en cuanto que el proceso es creciente en la experimentación de drogas hasta mediados de la década de los 2000 para luego iniciar un descenso; existe también un paralelismo bastante estable entre los niveles de experimentación, si bien ante estas sustancias la diferencia entre hombres y mujeres es mucho mayor que en el caso del cannabis y dado también su menor difusión se aprecian vaivenes diferenciales más acusados, oscilando desde ratios de 4,0 a mediados de la década de los 90, hasta el 1,9 un lustro después, para luego ajustarse en valores medios, es decir sin marcar tendencia sino en muy pocos años.



Gráfico 7.2.- Evolución de la tasa de consumo experimental de drogas ilegales distintas del cannabis por sexo .1992-2012



En la *Tabla 7.3* se ha comparado la evolución en el consumo de las dos sustancias ilegales más extendidas después del cannabis, que son la cocaína y las anfetaminas y como puede observarse los datos son muy similares a los dibujados en el *Gráfico 7.2* en cuanto a los vaivenes y a la distancia entre varones y mujeres lo cual tiene su lógica porque son estas sustancias las que van a marcar la pauta en ese conjunto de sustancias ilegales al ser esta las más extendidas.

Tabla 7.3.- Evolución de la tasa de consumo experimental de speed y cocaína por sexo

	Hombres		Mujeres		Ratio H/M	
	Speed	Cocaína	Speed	Cocaína	Speed	Cocaína
1992	5,5	5,3	1,6	1,4	3,4	3,9
1994	7,3	5,6	0,9	1,9	8,1	3
1996	7,4	6,3	1,5	1,7	5,1	3,6
1998	6,8	6,8	3,5	2,2	1,9	3,1
2000	7,4	6,5	4,3	3,2	1,7	2
2002	10	8,9	5,7	5,1	1,7	1,7
2004	14,5	14	7,8	5,9	1,8	2,4
2006	12,1	11,4	5,5	4,8	2,2	2,4
2008	13,1	12,9	4,2	4,4	3,1	2,9
2010	9,2	9,4	4,5	4,1	2,1	2,3
2012	9,7	7,9	3,4	3,1	2,8	2,6



El consumo de psicofármacos es sensiblemente más habitual entre las mujeres que entre los hombres. Como lo constatado en el apartado anterior el acceso a dichos medicamentos sin receta es muy reducido tanto entre los varones como entre las mujeres, pero en este segundo caso, es de constatar que las diferencias entre varones y mujeres se acortan (Tabla 7.4).

Tabla 7.4.- Evolución de la tasa del consumo experimental de psicofármacos por sexo. 2006-2012

	Con Receta			Sin receta		
	Hombres	Mujeres	Ratio M/H	Hombres	Mujeres	Ratio M/H
2006	14,7	30	2	1,1	1,6	1,4
2008	13,9	23,5	1,7	1,9	1,9	1
2010	15,4	28,2	1,8	2	2,1	1
2012	13,6	26,3	1,9	1,9	3,1	1,7
% Var.	-7,2	-12,6	--	70,3	98,7	--

En la *Tabla 7.5* se disponen los consumos y el juego reciente, (últimos 12 meses); hay pocas diferencias con los de alguna vez en la vida (Tabla 7.1), tanto en el total como varones y mujeres por separado, aunque si se aprecia en el caso de las drogas ilegales un incremento de dicha distancia que ha duplicado el ratio de varones por mujer pasando de 2,4 varones por cada mujer a 5,5 varones por cada mujer.

Tabla 7.5.- Tasa de consumo reciente de diversas sustancias por sexo. 2012

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio H/M
Alcohol	80,6	66,4	73,5	1,2
Tabaco	33,3	29,1	31,2	1,1
Cannabis	8,8	3,7	6,3	2,4
Alguna otra ilegal	2,2	0,4	1,3	5,5
Psicofármaco con o sin receta	7,3	16,6	12	0,4
Juegos de apuestas o azar	57,4	54,3	55,9	1,1

Si bien en los indicadores de consumos experimentales (Tabla 7.1) no mostraban grandes diferencias según sexo, exceptuando el haber probado otras drogas ilegales diferentes al cannabis, cuando avanzamos hacia consumos más frecuentes y habituales la distancias crecen sensiblemente, solo el tabaco mantiene el mismo ratio, mientras que el consumo de psicofármacos sigue manteniendo constante la dominante femenina (Tabla 7.6).



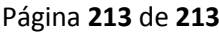
Tabla 7.6.- Porcentaje de personas que realizan diversos consumos frecuentes o habituales por sexo en relación al conjunto de la población de cada grupo

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio H/M
Consumo de alcohol la mayoría de los fines de semana	23,2	13,2	18,1	1,8
Consumo diario de alcohol	17,3	7,1	12,2	2,4
Consumo actual de tabaco	31,9	26,7	29,3	1,2
Consumo al menos semanal de cannabis en el último año	4	1,5	2,8	2,6
Consumo actual de otra droga ilegal (sin cannabis)	1,2	0,2	0,7	5,6
Consumo reciente de psicofármaco con o sin receta	7,3	16,6	12	0,4
Juegos de apuestas o azar al menos semanalmente	26,1	18,7	22,4	1,4

Al relacionar los consumos intensos o problemáticos con el sexo, nos vamos encontrando también con que la diferencias entre varones y mujeres va creciendo. Sólo en el consumo de psicofármacos las mujeres superan a los hombres y en 5 hechos los varones no doblan a las mujeres (ratio menor de 2), que son: *uso de riesgo o problemático de internet, tres o más problemas asociados al consumo de drogas, ser un o una jugadora en activo, el consumo de alcohol en la calle y ser un jugador de riesgo o problemático* en el resto de categorías como mínimo los varones duplican a la mujeres y en cuatro casos las triplican: *consumo excesivo o de riesgo de alcohol en días laborables, fumar más de 20 cigarrillos al día, policonsumo de drogas y sospecha de alcoholismo según el test CAGE*. (Tabla 7.7).

Tabla 7.7.- Porcentaje de personas que realizan un consumo problemático o intenso de diversas sustancias por sexo

	Hombres	Mujeres	Total	Ratio H/M
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol días laborables	4	0,8	2,4	4,7
Consumo excesivo o de riesgo de alcohol fines de semana	15,7	7	11,4	2,2
Sospecha de alcoholismo (test CAGE)	5,4	1,6	3,5	3,3
Más de 12 borracheras en el último año	3,2	1,2	2,2	2,6
Tres o más problemas asociados consumo drogas*	20	15,4	17,7	1,3
Consumo alcohol en la calle todas/ casi todas las semanas*	6	4,2	5,1	1,5
Consumo diario de más de 20 cigarrillos	2,6	0,6	1,6	4,3
Consumo diario de cannabis en el último mes	2,5	0,9	1,7	2,8
Policonsumo de drogas	3,1	0,8	1,9	3,9
Consumo reciente de psicofármacos sin receta	0,8	1,4	1,1	0,6
Jugador/ activo/a	26,5	18,8	22,6	1,4
Jugador/a de riesgo o excesivo/a	3,6	2	2,8	1,8
Uso de riesgo o problemático de internet	3,3	2,7	3	1,2



Recogemos, en la *Tabla 7.8*, datos asistenciales que ya hemos expuestos, pero que reflejan el menor número de mujeres en tratamiento en el conjunto de la asistencia, de manera que las mujeres no llegan a una quinta parte del total de las personas que ingresan a un tratamiento. En las sustancias en las que se llega a esa quinta parte o se supera son *otras drogas*, los hipnosedantes, el alcohol, la heroína y las anfetaminas.

Estos datos asistenciales no se ajustan a los datos relativos al consumo proporcionados por el estudio *Euskadi y Drogas 2012*, en los que el ratio de varones con alcoholismo es de 3,3 por cada mujer y no de 5 (test CAGE); que en consumo actual de psicofármacos sin receta hay más mujeres que varones, y que en la mayoría de consumos habituales o frecuentes el ratio oscila en torno a los 3 varones por cada mujer (Tabla 7.6).

[illegible]