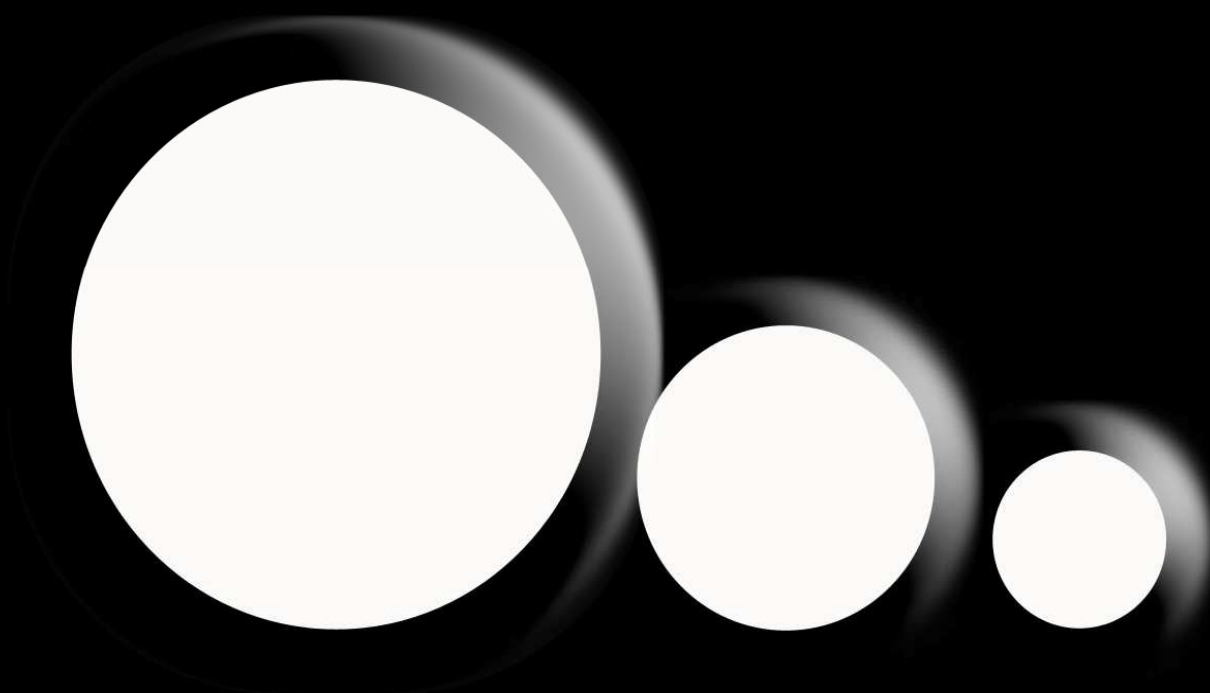
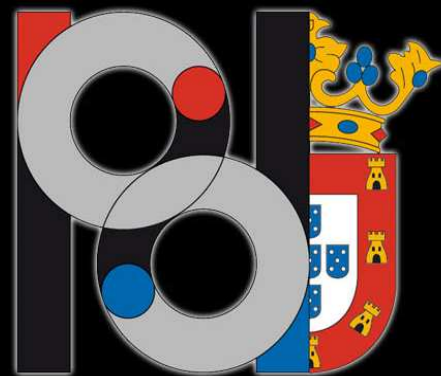


Plan Sobre Drogas y otras conductas adictivas





Plan Sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas Ciudad Autónoma de Ceuta 2012-2016

Grupo de Trabajo:

- Cleopatra R´Kaina Liesfi
- M^a Dolores Naranjo Fernández
- Ana Postigo de Castro
- M^a África Guerrero Rodríguez
- Olga Catarcha Garcés
- Isabel Román Bernet
- M^a del Carmen Castillo Lladó
- Eloísa Sánchez Castillo

INDICE

1. Presentación	4
2. Marco Normativo	6
3. Evolución Histórica	8
4. Recursos Existentes	15
5. Análisis de la Situación	26
6. Principios Rectores	62
7. Coordinación.....	64
8. Ámbitos de Actuación.....	65
9. Objetivos y Estrategias.....	70
10. Financiación.....	85
11. Evaluación	86
12. Referencias Bibliográficas.....	87

1. PRESENTACIÓN

El Plan Sobre Drogas y otras conductas adictivas de la Ciudad de Ceuta que presentamos hoy, pretende ser el instrumento fundamental, a través del cual se promuevan y consoliden todas las acciones encaminadas a afrontar el fenómeno de las drogodependencias y la adicción al juego en nuestra ciudad.

De todos es conocido que los problemas asociados al consumo de drogas suponen una de las principales preocupaciones en temas de salud pública con un alto coste social, sanitario y económico.

Este Plan nos proporciona la oportunidad de establecer un marco referencial con el que poder hacer frente de manera global, a una de las primeras causas de enfermedad y muerte prevenibles en nuestro país.

Desde el año 1989, la red de dispositivos del Plan Sobre Drogas ha trabajado para reducir la morbimortalidad causada por las patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. Empezando además, de manera puntual, a dar cobertura terapéutica a casos de adicción al juego desde el año 2000.

Desde entonces, se han realizado esfuerzos para que el nivel de especialización sea cada vez mayor en materia de adicciones y en ello se ve reflejado el incremento del número de demandas tanto de tratamiento como de intervenciones preventivas.

Así pues, la aprobación del Plan en la Ciudad Autónoma de Ceuta cuya vigencia será (2012-2016), viene a reforzar el trabajo que se está realizando desde entonces y hasta la fecha, así como el compromiso institucional de seguir avanzando en esta materia, en la línea de trabajo marcadas por la OMS y el Plan Nacional Sobre Drogas dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



La Ciudad Autónoma de Ceuta realizará los esfuerzos necesarios para dar respuesta a nuestros ciudadanos, tanto desde la perspectiva preventiva, como asistencial y/o de inserción socio-laboral. Seguirá ofreciendo ayuda al consumidor, generará los recursos necesarios, velará por el cumplimiento de la normativa vigente para preservar la salud de los menores respecto a la venta de drogas legales, y sobre todo, aunaré esfuerzos para que la prevalencia y el número de personas que se inician en el consumo de drogas o al juego patológico, sea cada vez menor.

Somos conscientes de las dificultades que entraña afrontar un fenómeno de estas características y por ello consideramos fundamental que las instituciones competentes, asociaciones, ONG, profesionales y la propia comunidad colaboren en la ardua tarea de encontrar e implementar actuaciones acordes a los cambios que pretendemos conseguir.

En nombre del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta presento este Plan Sobre Drogas y Otras Adicciones (2012-2016), que con el objetivo de mejorar la salud de todos los ciudadanos de nuestra ciudad, fue aprobado por el Ilustre Pleno de la Asamblea de la Ciudad de Ceuta, en sesión celebrada en fecha de 21 de diciembre de 2011 (publicado en el BOCCE 5135 de 2 de marzo de 2012).

2. MARCO NORMATIVO

La Constitución de 1978 reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Será la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la que encomienda a las Administraciones públicas entre otras actuaciones, la promoción de la salud y a garantizar que las mismas estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

El Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se estructura el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, establece como funciones de La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. Mediante Resolución de 2 de febrero de 2009 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se publica el acuerdo de Consejo de Ministros de 23 de enero de 2009 por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (B.O.E 38 de 13/2/2009). La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como finalidad orientar, impulsar y coordinar las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en España en el periodo 2009-2016 y sirve de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes Administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

La Ley Orgánica 1/1995, de 2 de abril, de Estatuto de Autonomía de la Ciudad de Ceuta, supone la incorporación de Ceuta al régimen de autogobierno bajo la figura de Ciudad Autónoma. El artículo 5 de este Estatuto establece

que: "Los derechos y deberes fundamentales de los ceutíes son los establecidos en la Constitución".

En relación al régimen competencial de la Ciudad Autónoma de Ceuta en materia de drogodependencias le corresponde el ejercicio de las materias atribuidas por el artículo 21 del Estatuto de Autonomía, que en su apartado 18 recoge la asistencia social y en el apartado 19 sanidad e higiene. Además ejercerá funciones en la materias que le corresponden como Entidad municipal (Ayuntamiento) y que se encuentran previstas en el artículo 123 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.

A través del Real Decreto 32/99, de 15 de enero, por el que se transfieren funciones y servicios de la Administración General del Estado a la Ciudad Autónoma de Ceuta, en materia de sanidad, se determina como función exclusiva de esta Administración, dentro de su ámbito territorial, la siguiente:

- El estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que incidan, positiva o negativamente, en la salud humana.
- Los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud, tales como los de higiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, ambiental, deportiva, mental, así como las acciones sanitarias permanentes en materia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, antropozoonosis y educación sanitaria.

El ejercicio de dicha competencia se atribuye al Centro de Atención a las Drogodependencias, que se adscribe a la Consejería de Sanidad y Consumo, tras el Decreto de Presidencia de estructura organizativa de la Administración de la Ciudad de Ceuta, de fecha 16 de junio de 2011. En él se establece como competencia de la Consejería de Sanidad y Consumo: "la lucha contra la drogodependencia y adicciones, así como protección de la salubridad públicas". Dicha competencia se materializa en las actividades que se prestan en el Centro

de atención a las Drogodependencias donde se encuadran las distintas áreas de planificación, asistencia, prevención del Plan sobre Drogas y otras conductas adictivas de la Ciudad Autónoma de Ceuta 2012-2016

Asimismo en el ámbito del principio de colaboración entre administraciones públicas, anualmente se rubrica Convenio específico del Protocolo General de Colaboración suscrito el 2 de junio de 1999 entre el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) que supone alrededor de 65.000 euros anuales que se ingresan del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Junto a los acuerdos de colaboración rubricados con la Administración General del Estado, la Ciudad Autónoma de Ceuta aprueba anualmente en los Presupuestos Generales, bajo el programa 312 “Drogodependencias” una dotación económica íntegramente para el Centro de Atención a Drogodependientes desde el que se financia el Plan sobre Drogas, Plan prevención VIH-SIDA, el Plan Antitabaquismo de la Ciudad de Ceuta y que para el ejercicio presupuestario 2012, salvo modificaciones del Anteproyecto, supera los 600.000 euros anuales

3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En 1985 el Gobierno de la Nación con la participación de las Comunidades Autónomas, elabora el Plan Nacional de Lucha contra la Droga, aprobado por el Consejo de Ministros el 24 de julio de 1985 y aprobado por el Parlamento según decreto 1677/85 de 11 de septiembre.

En el citado Plan se crea la Conferencia Sectorial y la Comisión Técnica Interautonómica como organismo de coordinación permanente.

Fruto de la creación del PNSD, en las diferentes comunidades autónomas empieza a regularse la intervención frente a las drogodependencias, a través de convenios-programas con la Administración Central.

En 1988 la situación de Ceuta es calificada de alarmante, pues al contrario de lo que ocurría en el resto de España, se carecía de mínima infraestructura pública de asistencia al drogodependiente. Ese año se establece en Madrid contacto con el asesor del Ministerio de Sanidad para el tema de las drogas, con el objeto de poner en marcha servicios públicos de ayuda al drogodependiente.

A partir de estos contactos con el Director Provincial del Ministerio de Sanidad y Consumo, se nombra en Ceuta un Responsable en este ámbito al que se le asigna como tarea fundamental el establecimiento de los contactos necesarios para la creación de un Centro Provincial de Drogodependencias.

El 16 de febrero de 1988 el Responsable del Plan sobre Drogas en Ceuta, se reúne con el asesor en materia de drogas, los coordinadores de área de documentación y del SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías), acordando:

1. Hacer un diagnóstico de la situación del problema de las drogodependencias en Ceuta.
2. Incorporar a Ceuta al SEIT

3. Realizar un Plan de necesidades mínimas: local, personal, dotación económica...
4. Coordinar criterios de actuación coordinación y ordenación de datos y recursos, entre el responsable del Plan Sobre Drogas de Ceuta con el responsable del Plan Sobre Drogas de la comunidad autónoma más próxima, para lo que se contacta con el Comisionado para la droga de la Junta de Andalucía.
5. Coordinar estrategias y objetivos con los Ministerios de Educación y Ciencia, Interior, Defensa, etc.

Se plantea el **Área de Asistencia** como una de las medidas prioritarias de nuestra ciudad, a través de la creación de un Centro de Atención a las Drogodependencias (CPD), dirigido por la ciudad en base a un convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno de Ceuta y el Excmo. Ayuntamiento de Ceuta, entendido por los consumidores como centro de la red pública.

En 1989 el equipo original del mencionado centro estaba formado por un DUE y un psicólogo, haciéndose necesaria la contratación de un médico que se incorporó con posterioridad. Es así como el Centro Provincial de Drogodependencias inicia su andadura el 1 de febrero de 1989.

A partir de ese momento se estructuran los contactos con los recursos especializados en drogodependencias: las comunidades terapéuticas, centros ambulatorios y otros recursos de nuestra ciudad. Se realiza la organización interna del centro y empiezan a estudiarse la viabilidad de futuros proyectos, así como a realizar la primera memoria de actividades.

Este primer equipo se mantiene hasta 1992, fecha en la que se incorporan la figura del trabajador social y el monitor ocupacional.

En los años sucesivos y hasta la fecha se han ido incorporando paulatinamente el resto de profesionales que en la actualidad conforman el Plan Sobre Drogas.

Contando en 2010 con 30 profesionales que trabajan en diferentes áreas de actuación bajo la coordinación del Responsable del plan.

En 1996 se habilitó una nueva infraestructura para ubicar el Área de Asistencia bajo la denominación de Centro de Atención a las Drogodependencias,

Gracias a los convenios, subvenciones y programas de colaboración con las distintas instituciones, para el desarrollo de programas y la inquietud de la Ciudad de Ceuta frente al fenómeno de las drogodependencias, el Plan Sobre Drogas se va consolidando y adquiriendo la dimensión actual estructurándose en cinco áreas:

1. Área de Planificación
2. Área de Asistencia
3. Área de Prevención
4. Área de Inserción Socio laboral
5. Área de Formación e Investigación

Además cuenta con diferentes recursos y dispositivos:

- a. Unidad Administrativa, de Gestión y Planificación del Plan Sobre Drogas
- b. Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)
- c. Unidad de Atención al Juego Patológico
- d. UTIME: Unidad de Tratamiento Itinerante de Metadona
- e. RULE: Unidad Móvil de prevención de drogodependencias en zonas de ocio nocturno.
- f. Unidad Especializada de Tabaquismo (U.E.T.)

El **Área de Planificación** se consolida como tal en el año 2001 con el objetivo de reorganizar los recursos, revisar los programas y diseñar las acciones a nivel asistencial.

Se incorpora al organigrama del Plan Sobre Drogas de Ceuta persiguiendo la mejora del funcionamiento de los recursos y dispositivos que constituyen la red asistencial.

El Área de Prevención del plan nace en 1998, por aquel entonces conocido como Instituto Ceutí de Prevención de Drogodependencias (ICPD) con el fin de crear una estructura sólida encargada de aunar las diferentes inquietudes que en materia de prevención, formación e investigación se generen en nuestra ciudad y que satisfagan las necesidades emergentes, dotando las intervenciones de rigor científico.

Desde sus inicios y hasta la actualidad la intervención en prevención de drogodependencias ha tenido un desarrollo paralelo al de especialización en este ámbito de trabajo. Pudiéndose decir que el técnico no se ha unido a una actividad ya conformada, sino que con su trabajo ha contribuido al desarrollo de la misma viéndose obligado a dar respuestas cada vez más especializadas según el grado de complejidad de las demandas de intervención. Por ello seguimos trabajando para generar y mejorar programas de investigación en prevención, centrados en el estudio de factores de riesgo y desarrollo de factores de protección dirigidos a poblaciones no consumidoras de sustancias, así como aumentando alternativas de ocio y tiempo libre incompatibles con el consumo. Y es que si bien la prevención de las drogodependencias se articula como el conjunto de acciones que inmiscuye a diversos sectores de la población, se han ido desarrollando en los diferentes ámbitos de intervención: Ámbito Educativo, ámbito familiar, ámbito comunitario, ámbito laboral, ámbito de la comunicación social, ámbito de investigación,...

El Área de Inserción Socio laboral nace en el año 2001, fruto del Proyecto IDALO (Integración del Drogodependiente en el ámbito Laboral y Ocupacional) como experiencia piloto y enmarcado dentro de la iniciativa al empleo (Capítulo Integra de los Fondos Sociales Europeos) hasta el año 2000. Desde entonces y hasta la

actualidad, bajo el nombre de Proyecto IDALO queda consolidada el Área de Inserción socio laboral.

A través de la generación de actividades que mejoren las posibilidades de empleo y faciliten el acceso al mercado laboral, desde esta área se persigue la integración social y laboral del drogodependiente en avanzado proceso de tratamiento incorporando una serie de medidas que normalicen progresivamente sus relaciones sociales y laborales hasta conseguir una plena integración.

El Área de Formación e Investigación se consolida con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de drogas en Ceuta, describiendo la perspectiva de género e incluyendo la percepción de la población sobre los riesgos atribuidos al consumo de drogas, los espacios y los tiempos de ocio y su relación con el consumo de estas sustancias.

La creación de esta área se encuadra en uno de los ejes de trabajo expuestos en la Estrategia Nacional relativo a la mejora del conocimiento sobre la realidad en drogodependencias del Plan Nacional sobre Drogas.

El Plan Integral de Tabaquismo 2006-2010 nace como instrumento fundamental, a través del cual se promuevan y consoliden todas las acciones encaminadas a afrontar el fenómeno del tabaquismo en la Ciudad Autónoma de Ceuta. Se presenta como un plan dinámico que persigue: prevenir el inicio del hábito de tabaco, disminuir la prevalencia tabáquica, facilitar la coordinación de las políticas y actuaciones, canalizar la colaboración intersectorial, apoyar y proteger la salud de la población no fumadora, ayudar y promover la deshabituación de la población fumadora.

En el proceso de elaboración del Plan Integral de Tabaquismo, se aprueba la Ley 28/2005, de 26 de diciembre (B.O.E., 27 de diciembre), de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y unos años más tarde entra en vigor la

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Juego Patológico

A partir del 20/12/2010 la Consejería de Sanidad y Consumo de Ceuta a través del Centro de Atención a las Drogodependencias sito en la calle Juan de Juanes nº 4, pone en marcha un programa de prevención y tratamiento de juego patológico.

Hasta el momento la Ciudad de Ceuta, no contaba con ningún servicio especializado en juego patológico, justificándose por ello la necesidad de dar respuesta terapéutica a dicha problemática.

A través de un equipo multidisciplinar se desarrolla un programa personalizado, una vez evaluada la situación que presenta la persona con problema de juego, su entorno familiar y social.

Plan sobre Sida

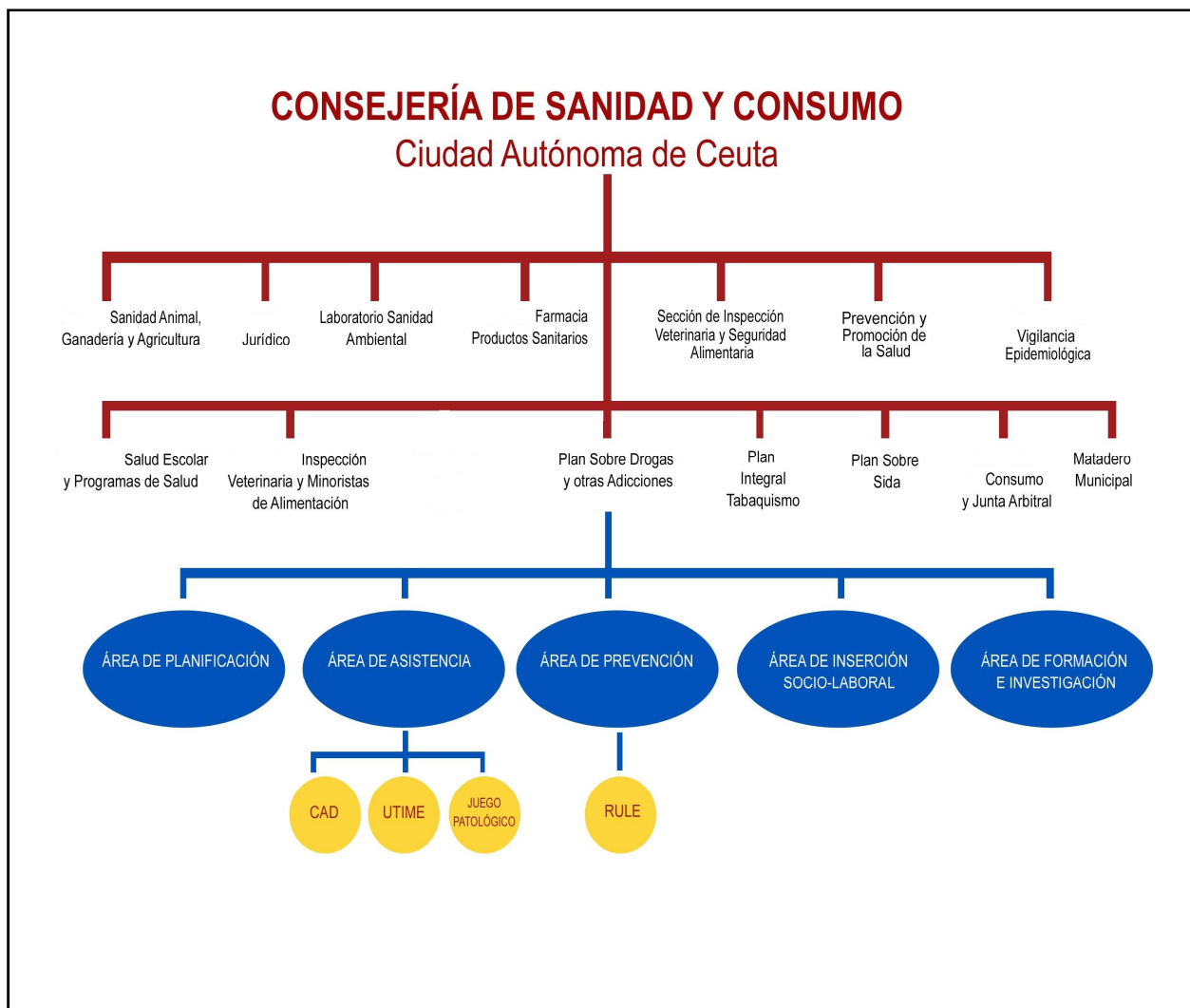
El área de prevención del Plan sobre Drogas creada en el año 1998, marco referencial de la prevención, formación e investigación de las drogodependencias, incorpora como intervención prioritaria dentro de los Programas de Educación para la Salud, los programas preventivos frente al VIH. Se inician las primeras campañas de información y sensibilización dirigidas a toda la población, programas de promoción del uso del preservativo masculino y las intervenciones en los institutos de enseñanza secundaria con la realización de talleres de sexo más seguro.

Esta área de prevención continuó desarrollando estos programas hasta que en el 2000, año en el que se incorpora la figura del DUE, desligándose a nivel conceptual el marco referencial de Drogas y Sida y asumiendo desde este

momento la vigilancia epidemiológica de Sida en Ceuta, labor que hasta entonces desarrollaba el servicio de epidemiología de la Delegación del Gobierno

4. RECURSOS EXISTENTES

4.1. ORGANIGRAMA



1. AREA DE PREVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

La prevención del consumo de drogas en nuestra ciudad considera prioritario el abordaje de los problemas generados por el consumo de drogas y lo encuadra dentro de la promoción de estilos de vida saludables.

Para ello se crea en 1998 el Área de Prevención, desde donde emergen todas las intervenciones preventivas en los principales ámbitos en los que la persona realiza su vida: escolar, familiar, comunitaria, laboral y de ocio-tiempo libre.

CARACTERÍSTICAS

En una incesante lucha por aumentar entre la población ceutí la percepción del riesgo del consumo de drogas y promocionar el desarrollo de hábitos saludables incompatibles con el mismo, el Área de prevención establece unos requisitos mínimos en sus intervenciones que garanticen la rentabilidad de sus esfuerzos:

- Las intervenciones deben estar basadas en la evidencia científica y formulada a partir de un estudio de necesidades previo.
- Las intervenciones deben ser continuadas en el tiempo, priorizando la puesta en marcha de programas homologados.
- Con el fin de garantizar la eficacia o el perjuicio de cualquier actuación, el Área de Prevención debe supervisar las intervenciones que desde otras instituciones se pongan en marcha en materia de drogodependencias en nuestra ciudad, con especial relevancia en el medio escolar.
- Es un recurso gratuito receptivo a las demandas de la población de la ciudad autónoma de Ceuta, al margen de la implementación de actuaciones programadas y planificadas por el propio recurso.

PROFESIONALES

La promoción de estilos de vida saludables en relación al consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, conllevan el desarrollo de modelos de intervenciones preventivas y de reducción del daño. Se trata de acciones orientadas a una mejora de la información y de las actitudes, fomentando la participación activa de la población y dirigiendo actuaciones específicas a los grupos considerados de riesgo.

Para la puesta en marcha de intervenciones tan versátiles, el Área de Prevención cuenta con un equipo multidisciplinar especializado, que si bien de manera estructurada está formado por una Educadora, una Trabajadora Social y una Auxiliar Administrativo, recurre a los diferentes técnicos que conforman la plantilla del Plan Sobre Drogas cuando lo estima necesario.

PROGRAMAS

La intervención está dirigida a la adopción de estrategias de intervención integrales que faciliten el desarrollo de ciertas habilidades sociales, actitudes, valores y creencias que permitan a la persona ser responsable de su decisión con relación al consumo en los diferentes ámbitos:

1. Ámbito de Investigación: Estudios sobre el consumo de drogas en nuestra ciudad con carácter periódico y atendiendo a diferentes criterios de especificidad.
2. Ámbito Educativo: talleres de prevención del consumo de drogas en Colegios e Institutos de Enseñanza Secundaria, Formación a estudiantes Universitarios, programas de retraso de la edad de inicio en el consumo de drogas en general y del consumo de alcohol y tabaco en particular, Programas de fomento de hábitos saludables, Programas de Aprendizaje y Desarrollo de Habilidades Sociales,
3. Ámbito Familiar: Escuela para padres y madres, talleres a través de las AMPAS de los diferentes colegios

4. Ámbito Comunitario: Formación a mediadores sociales juveniles, Programa de prevención del consumo de drogas en Autoescuelas, Participación en actividades deportivas multitudinarias para promocionar un deporte libre de drogas, Puesta en marcha de un dispositivo móvil RULE¹ en las zonas de afluencia juvenil de ocio nocturno.

¹ La Unidad móvil RULE, dependiente del Plan sobre Drogas y el Plan sobre Sida de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Ciudad Autónoma de Ceuta, es un programa suscrito a través de un convenio de colaboración con la Asamblea Provincial de Cruz Roja en Ceuta mediante el cual se desarrollan acciones destinadas a la promoción de la salud y al incremento de la accesibilidad de la población juvenil a la atención cualificada en la reducción de daños asociados al consumo de drogas, así como a la prevención y fomento de hábitos de vida saludables.

La unidad móvil “RULE”, es un programa que favorece la estrategia de acercabilidad de los recursos del Plan Sobre Drogas y el Plan Sobre Sida de la Consejería de Sanidad y Consumo a nivel comunitario, en colectivos que por las características de consumo, edad, horario de reunión, etc., les impiden o dificultan el acceso a la red de dispositivos de dichos Planes.

La intervención especializada mediante una unidad móvil, busca disminuir los obstáculos de acercamiento de la población vulnerable: colectivo juvenil, consumidores experimentales, mujeres que ejercen la prostitución, etc., combinando estrategias de atención, sensibilización e información y asesoramiento. Tiene como finalidad la acción preventiva en materia de drogodependencias y VIH-SIDA en entornos juveniles de ocio nocturno.

La puesta en marcha de un dispositivo móvil de tales características, se ubica en el proceso de modernización y racionalización de la organización institucional orientada a los ciudadanos e inspirada en modelos de gestión de calidad y participación en las zonas y ámbitos no formales que además,

contribuirá a identificar la situación en la que se encuentra la población en espacios recreativos y de ocio nocturno, con el fin de canalizar los casos susceptibles hacia los servicios sanitarios y sociales públicos pertinentes.

Por lo tanto, siempre que sea necesario, se derivará a estas personas a los servicios sociosanitarios normalizados de referencia (Plan sobre Drogas), canalizando y derivando la demanda según los protocolos establecidos.

5. Ámbito de Comunicación Social: Campañas de información y sensibilización en los Días Mundiales contra el Tabaco, Alcohol o el Consumo de Drogas, Elaboración de notas de prensa y artículos de interés para diferentes sectores de la población, ruedas de prensa para informar a la población de la situación actual de nuestra ciudad en el consumo de drogas, adhesión a las Campañas Mundiales y nacionales
6. Ámbito Laboral: Programa de Formación en el centro penitenciario, programa de formación a mediadores sociales en el Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes (CETI).

2. AREA ASISTENCIAL

2.1. CENTRO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS (C.A.D.)

La atención a los problemas derivados del consumo de drogas se realiza a través del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD), eje que vertebra toda la actividad asistencial.

Desde su equipo e instalaciones se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso o dependencia de sustancias y otras conductas adictivas.

Los servicios que ofrece son:

- **Valoración interdisciplinar** del paciente
- **Tratamiento integral** que, además de abordar el propio consumo, contempla aspectos sanitarios, psicológicos y sociales.
- **Intervenciones de reducción del daño y riesgo** dirigidas a disminuir los efectos del consumo de drogas y conseguir una mejora en la salud cuando no se consigue la abstinencia.
- **Intervenciones con familias**, tanto las que acompañan a la persona directamente afectada, como aquellas otras que solicitan ayuda sin que el consumidor haya decidido ponerse en tratamiento.
- **Tratamientos farmacológicos.**
- **Derivación temporal a recursos externos** de apoyo al tratamiento y a la reinserción social que complementan y apoyan el trabajo realizado en el CAD.
- **Atención** a drogodependientes en el Centro Penitenciario de los Rosales (Ceuta).

Características:

1. Todos los programas de intervención deben basarse en la voluntariedad.
2. La gratuidad del recurso.
3. Cualquier persona puede acudir al recurso a pedir información o demandar tratamiento.
4. La duración del tratamiento varía en función de las características del paciente.
5. La intervención es flexible y tiene en cuenta las características del paciente (sustancias que consume, edad, patología dual, padres drogodependientes con hijos a cargo, embarazadas, usuarios con problemas jurídico penales)

Profesionales con los que cuenta el CAD:

El equipo técnico del CAD está formado por:

- Responsable Plan sobre Drogas
- Médicos
- Psicólogos
- Trabajadores Sociales
- Enfermeros
- Técnicos de Laboratorios
- Personal administrativo.

Recursos del CAD:

Desde el CAD, también unidad administrativa y centro de referencia, se coordina y gestiona el acceso al resto de recursos de la red asistencial como UDH y Comunidades Terapéuticas, y los programas que se desarrollan en coordinación con otros organismos e instituciones de la Ciudad: Asistencia en Hospital, Atención en Centro Penitenciario de Ceuta y Asistencia a detenidos en Comisarías y Juzgados.

2. 2. UTIME (Unidad de Tratamiento Itinerante de Metadona)

La Unidad Móvil, es un recurso itinerante, enmarcado dentro del programa de reducción de daños y riesgos asociados al consumo de drogas, que comienza a funcionar en Enero de 2003.

Inicialmente la UTIME se plantea como estrategia de acercamiento del recurso y la dispensación de metadona a los usuarios que hasta la fecha de la incorporación de éste nuevo dispositivo a la red asistencial, estaban siendo atendidos desde el P.D.M. (Punto de Dispensación de Metadona), ubicado en el Centro de Atención a las Drogodependencias.

El citado recurso consiste en una furgoneta equipada de personal especializado en drogodependencias y del material técnico específico necesario para la intervención en esta materia.

La UTIME realiza su actividad los 365 días del año, con lugares de parada y tiempos fijos, con el fin de que los usuarios del servicio dispongan de una referencia de contacto estable.

Los beneficiarios de esta unidad son:

- Pacientes en PMM en CAD
- Detenidos drogodependientes, que no son pacientes del CAD, en PMM o no.
- Pacientes ingresados en el hospital.

Otras actuaciones que se contemplan desde la unidad son:

- Dispensación de preservativos a demanda
- Intercambio de jeringuillas a demanda.
- Dispensación de metadona en Ceti (Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes) a los pacientes en programa

La UTIME es un recurso dispensador de metadona, los usuarios que se atienden son propuestos para su incorporación en programa por el centro prescriptor, en este caso el CAD.

2. 3. Unidad de Juego Patológico

La ludopatía es un comportamiento persistente y recurrente de juego caracterizado por la incapacidad de la persona para controlar el juego, y que produce una alteración en áreas importantes de la vida.

Es el principal trastorno adictivo no producido por drogas.

El rango de edad en la que se enmarcan a los jugadores patológicos se encuentra entre los 18 a los 64 años, por lo que podemos concluir que las personas que padecen esta adicción, se encuentran ligados al mundo laboral.

La ludopatía afecta directamente al 5% de la población a nivel estatal, es decir, a más de 3 millones de personas si se incluyen a los afectados indirectamente, como familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Pese a la dimensión de esta problemática y que el juego es una fuerte fuente de ingresos para la administración, los recursos existentes para la prevención y el tratamiento continúan siendo excesivamente escasos.

En España, donde hace 25 años era muy difícil ser ludópata, los únicos juegos permitidos eran la Lotería Nacional y la Quiniela de Fútbol, desde la legalización genérica del juego en el año 1977 hasta 1998, en un período de 21 años, existían aproximadamente 500 mil jugadores patológicos adultos.

Los especialistas consideran que el 5% de la población de este país, sin ser ludópata, son jugadores problemáticos y podrían llegar a sufrir el trastorno más adelante.

En España, desde 1996 se da tratamiento a este tipo de enfermos en la Unidad de Juego Patológico del Hospital de Bellvitge, Barcelona, siendo pionero en el tratamiento.

La ludopatía es un problema socio-sanitario que está sufriendo un incremento en la última década. El problema se agrava cuando se refiere a la adolescencia y juventud. Hasta ahora este problema ha estado en manos fundamentalmente del movimiento asociativo, ayudado ocasionalmente por el colectivo de profesionales.

La ludopatía es un problema para el que, quienes trabajamos en los servicios públicos sobre trastornos adictivos, nos esforzamos por intentar dar una respuesta

cada vez más eficaz, desde el esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales multidisciplinar.

Los problemas derivados de la conducta del juego, presentan una frecuencia y gravedad elevadas, hay que disminuir el impacto de los problemas derivados de la conducta de juego, buscando la aplicabilidad con los recursos disponibles que existen actualmente en Ceuta.

Hay que buscar la integración de los aspectos médicos, psicológicos y sociales, garantizando así el punto de vista multidimensional y bipsicosocial para el abordaje de la ludopatía.

3. AREA DE INSERCIÓN SOCIO-LABORAL

El Área de inserción socio laboral del Plan Sobre Drogas de la Ciudad Autónoma de Ceuta, dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo tiene como objetivo general la integración social y laboral del drogodependiente en avanzado proceso de tratamiento, a través del desarrollo de una serie de medidas que lograrán mediante la formación y el trabajo, que estas personas vayan normalizando progresivamente sus relaciones sociales, familiares y laborales, hasta conseguir la plena integración social.

Recursos:

IDALO se divide en una serie de itinerarios, por los que tienen que pasar nuestros usuarios en función de las necesidades detectadas tras una primera etapa de valoración-diagnóstico. Estos itinerarios son los que a continuación se indican:

- Itinerario: Taller Ocupacional. Este itinerario proporciona, por un lado, una formación técnica, desarrollo de la creatividad y potencia las capacidades

personales del sujeto y por otro, incide en su proceso de normalización, favoreciendo la adquisición de habilidades de relación, comunicación, asunción de responsabilidades, utilización de los recursos, responsabilización en la ejecución de las tareas, cumplimiento de las normas sociales.

A través de este itinerario el sujeto aprende a ocupar su tiempo, a asumir responsabilidades sobre la consecución de los objetivos individuales que se propone constituye un recurso puente o a medio camino necesario para su incorporación socio- laboral.

- Itinerario: Taller de Entrenamiento en Habilidades de Preformación Laboral
- Itinerario: Programa de Formación
- Itinerario: Información, Orientación y Asesoramiento
- Itinerario: Proyecto Aprendiz

Características:

Los beneficiarios de éste área son los sujetos drogodependientes que se encuentran en programa de tratamiento activo y cumplen con los requisitos exigidos por el equipo terapéutico del Centro de Atención a las Drogodependencias.

Profesionales con los que cuenta el Área:

El equipo técnico está formado por:

- Psicóloga
- Trabajadora Social
- Auxiliar Administrativo.

5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Estamos ante un plan dinámico, en el que se conoce el punto de partida, sabiendo con claridad los objetivos que persigue: prevenir el inicio del hábito del consumo de drogas y retrasar la edad de inicio, disminuir la prevalencia en el abuso de drogas psicoactivas, facilitar la coordinación de las políticas y actuaciones, canalizar la colaboración intersectorial, reforzar y proteger la salud de la población no consumidora así como ayudar y promover la deshabituación y desintoxicación de la población consumidora, quedando el Plan dispuesto a revisiones y nuevas propuestas.

Es necesario establecer un punto de referencia para conocer prioridades y poder comparar resultados de futuras intervenciones, partiendo de la idea de que el mejor conocimiento de las necesidades de la población, es una condición básica para la planificación de las actuaciones. Para ello se revisan periódicamente los estudios existentes en cuanto a consumo y actitudes ante el consumo de drogas en el Mundo, Europa, en el territorio Nacional y en la Ciudad Autónoma de Ceuta. Estas encuestas proporcionan una información objetiva necesaria para la planificación y evaluación de la política autonómica en materia de drogas.

Para conocer el consumo, percepciones y opiniones de la población española ante las drogas y realizar una aproximación de la situación en nuestra ciudad, nos basamos

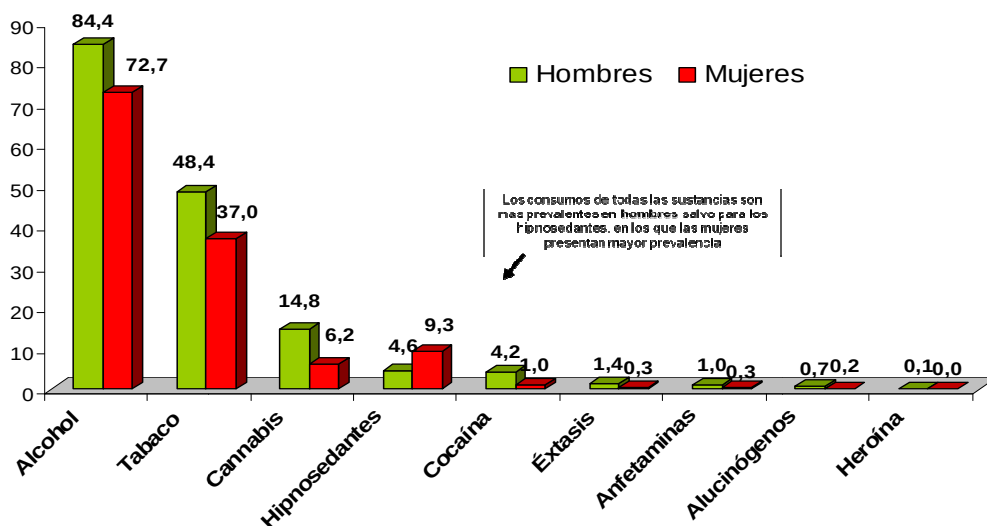
5.1 SITUACIÓN A NIVEL NACIONAL

A través de los datos extraídos de la **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2010**, que se realiza en población de 15-64 años residente en hogares familiares y de la **Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008**, que se realiza en estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

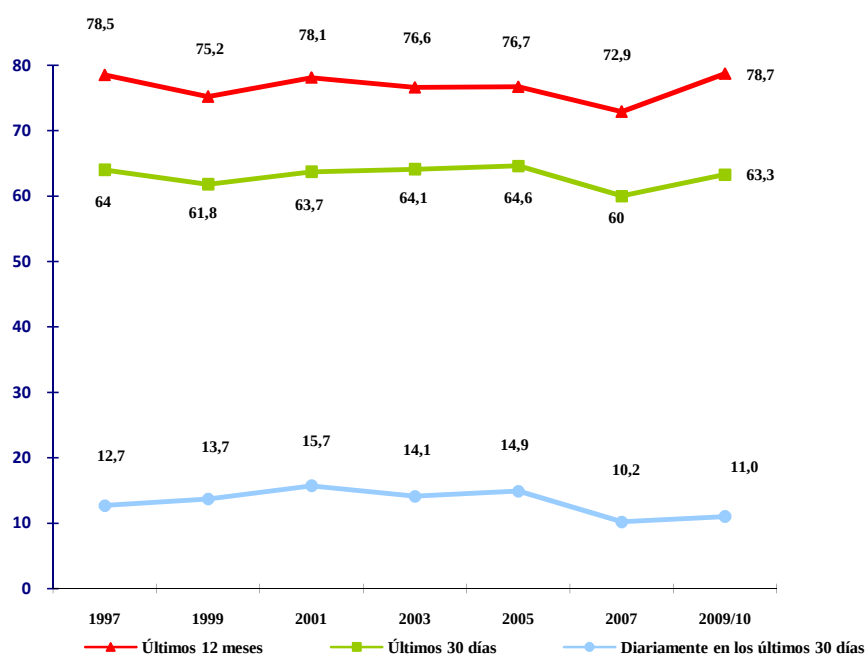
5.1.1. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES) 2010.

La presente edición incluye 20.109 entrevistados entre la población general de entre 15 y 64 años. Se trata de una de las encuestas de mayor muestra poblacional en adultos de Europa.

- El alcohol y el tabaco son las sustancias psicoactivas más consumidas entre la población general, seguidas del cannabis e hipnosedantes. Las prevalencias del consumo en los últimos 12 meses son del 78,7% para el alcohol, 42,8% para el tabaco, y 10,6% para el cannabis y 7,1% para los hipnosedantes, cuyo uso descende.

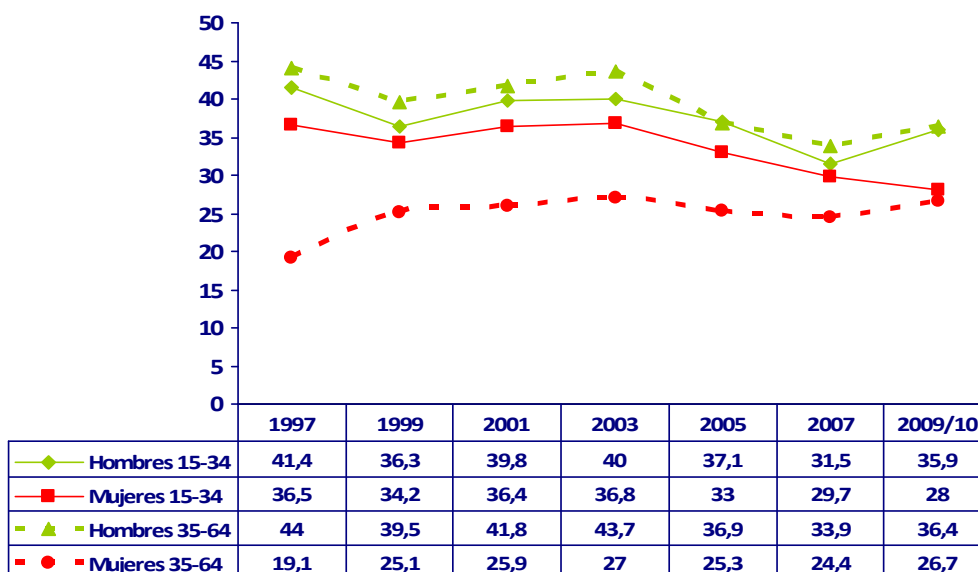
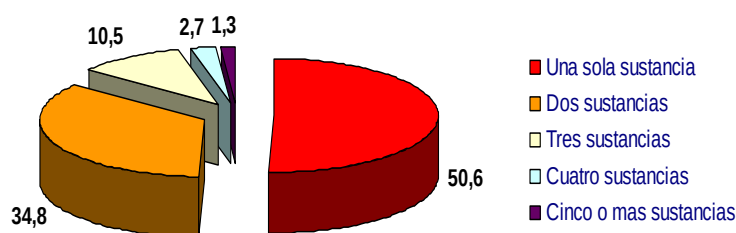


- El consumo de cocaína en España empieza a descender y se sitúa en niveles similares a los de 2001.
- El 1,2% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido cocaína en los últimos 30 días, frente al 1,6% de 2007 y el 1,3% de 2001
- Las drogas de síntesis continúan su descenso y registran mínimos históricos, con prevalencias inferiores al 1% para el consumo en el último año. Desciende también el uso experimental de la heroína y se retrasa la edad de inicio
- Aumenta el consumo abusivo de alcohol. El 14,9% de los encuestados ha consumido en forma de atracón alguna vez en el último mes. Y el 4,4% puede considerarse como bebedor de riesgo, frente al 3,4% de 2007



- En cuanto a las diferencias de género, los datos demuestran un mayor consumo entre los hombres, excepto en el caso de los hipnosedantes. Esta diferencia se acentúa en el caso de la cocaína y el éxtasis, donde la proporción de hombres cuadruplica a la de las mujeres.
- Los datos confirman la extensión del policonsumo: el 50% de la población consumidora lo hace de 2 o más drogas, y el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

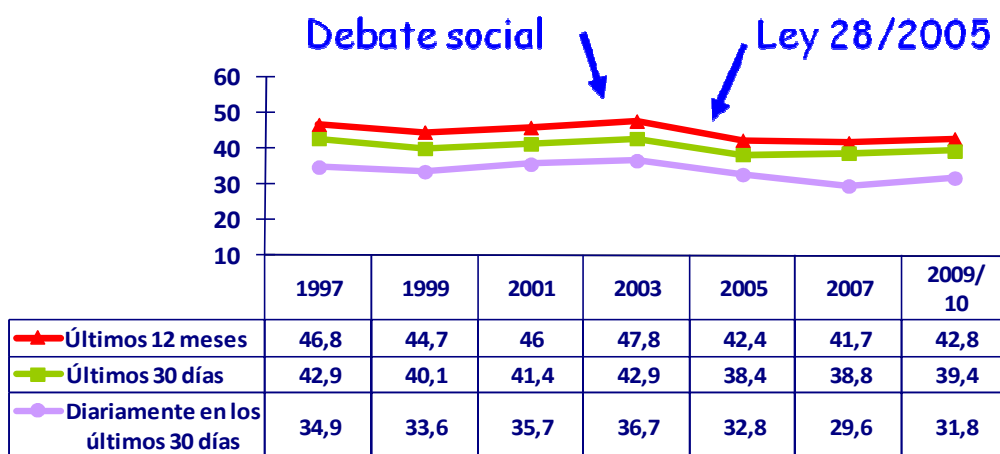
Porcentaje de consumidores que han consumido una o más sustancias en los últimos 12 meses



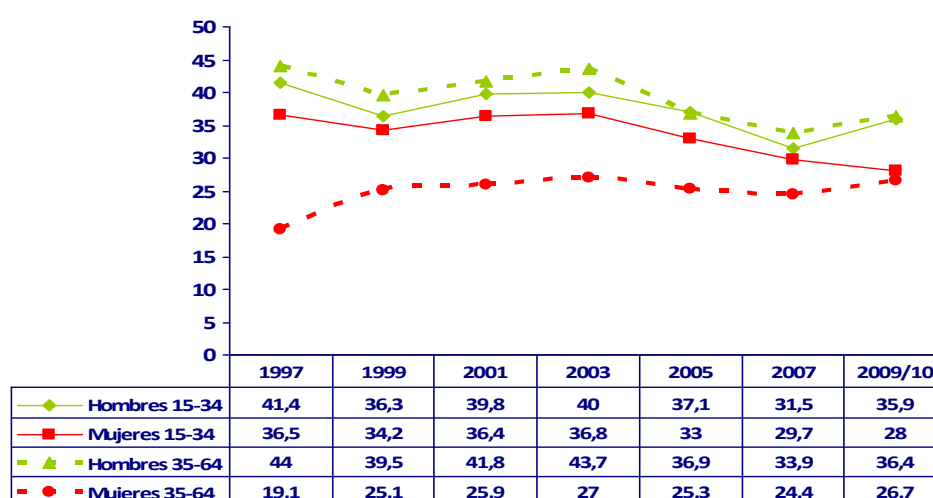
- Por edades, las prevalencias de consumo son mayores en el grupo entre los 15 y 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, donde el consumo se incrementa a partir de los 35 años. Por ejemplo, en el caso de las drogas de síntesis (éxtasis, anfetaminas, alucinógenos) el consumo entre los adultos jóvenes (15 a 34 años) es entre 9 y 14 veces superior al que se registra entre la población de mayor edad (35-64 años). Esta diferencia alcanza una relación de 4 a 1 en el caso del cannabis.

Datos por Sustancias:

- Tabaco. Aumenta ligeramente su consumo en todas las frecuencias, tras el importante descenso registrado en 2005 con la aprobación de la Ley de Prevención del Tabaquismo. Pese a ello, registra cifras inferiores a las de 1997.



- El 31,8% de los entrevistados consume tabaco a diario, frente al 29,6% de la encuesta anterior. Sin embargo, se confirma el descenso del consumo diario entre mujeres de 15 a 34 años (28% frente al 29,7% de 2007/2008).



- Alcohol. Sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. Los datos revelan un pequeño aumento de todos los indicadores de consumo con respecto a 2007. Así, el 63,3% de la población general ha consumido alcohol en los últimos 30 días (lo que supone un incremento de 3 puntos porcentuales respecto a la encuesta anterior), y un 11% ha bebido alcohol a diario (frente a un 10,2% de 2007).

También aumenta el consumo abusivo de alcohol. Por ejemplo, el 18.4% de la población encuestada se ha emborrachado “hasta 10 veces” durante el último año, frente al 14.0% en 2007. El 14,9% se ha dado un atracón de alcohol (consumir 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión) al menos 1 vez en los últimos 30 días, (12,6% en 2007).

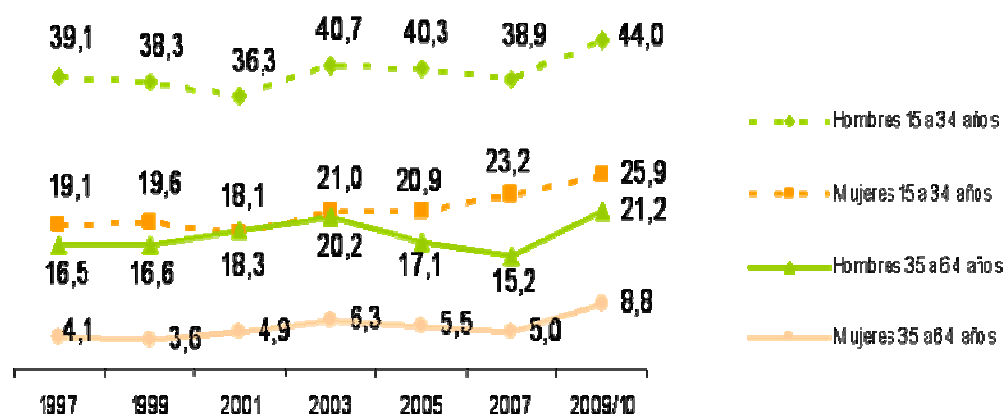
Y de las personas que beben a diario (11%), el 4,4% son bebedores de riesgo, frente al 3,4% en 2007(consumen más de 50 cc. alcohol puro/día en hombres y 30 cc. en mujeres)

Esta forma abusiva de consumir alcohol es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres y se da sobre todo entre los varones jóvenes de entre 15 y 34 años.

Sin embargo, entre las mujeres también han aumentado en torno a 2 puntos las borracheras y el consumo de atracón: el 25,9% de las mujeres se ha emborrachado alguna vez en el último año y el 8,6% ha bebido en forma de atracón (5/6 copas en un menos de 2 horas) alguna vez durante el último mes (estas conductas se dan en el 44% y 21,0% de los hombres respectivamente).

El consumo de alcohol se concentra durante los fines de semana. La bebida más consumida es la cerveza, tanto en días laborables como en fines de semana, seguida del vino y los combinados.

Borracheras (%) en los últimos 12 meses de 15 a 64 años por edad y sexo.

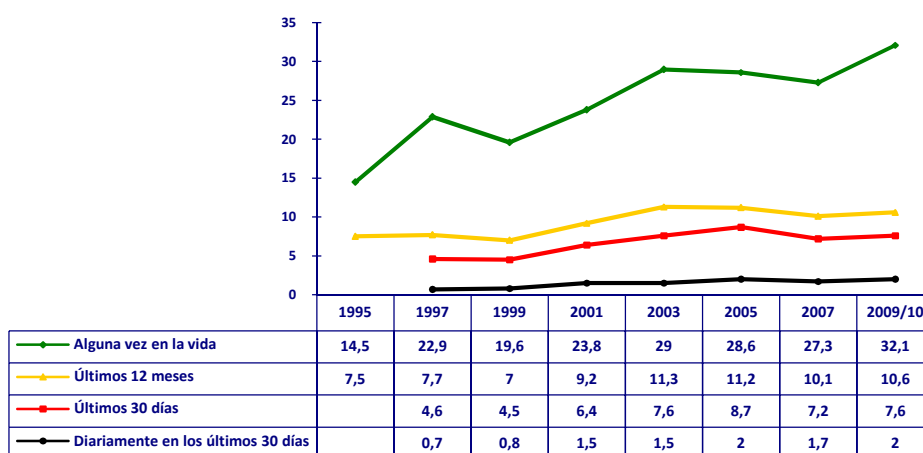


- Cannabis. - Es la sustancia ilegal de mayor consumo. El 32,1% la ha probado alguna vez en la vida, el 10,6% en los últimos 12 meses y un 7,6% en el último mes, lo que supone un ligero incremento respecto a la encuesta anterior, sobre todo en lo que se refiere al consumo experimental (alguna vez en la vida).

El consumo diario del cannabis también aumenta 3 décimas respecto a 2007, al pasar de un 1,7% a un 2%.

Pese a este ligero incremento, la encuesta refleja una estabilización en la continuidad de su consumo: sólo 1 de cada 4 personas que ha probado el cannabis, lo seguía consumiendo en el mes previo a la encuesta.

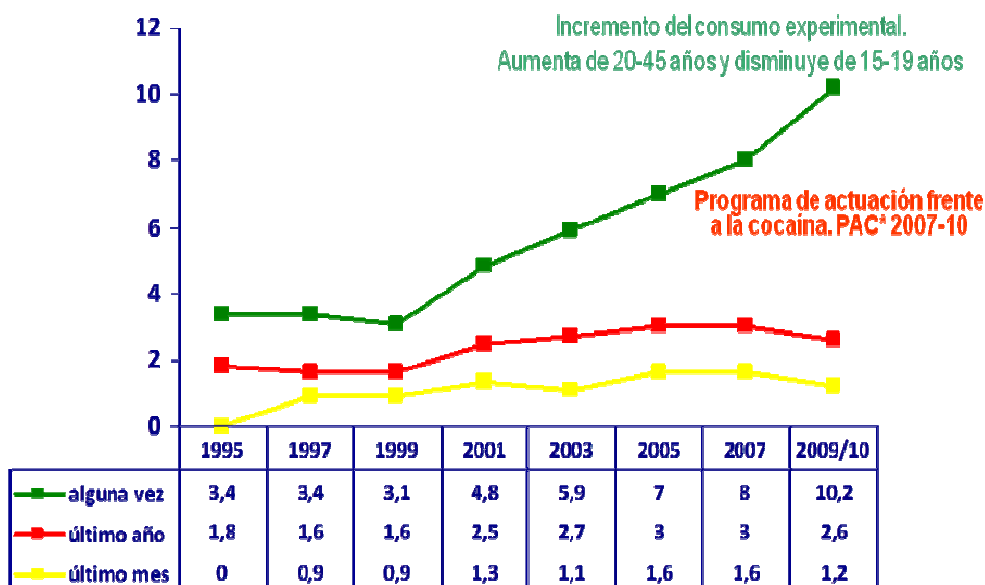
Los hombres de 15 a 24 años muestran las mayores prevalencias, con diferencias significativas respecto a las mujeres.



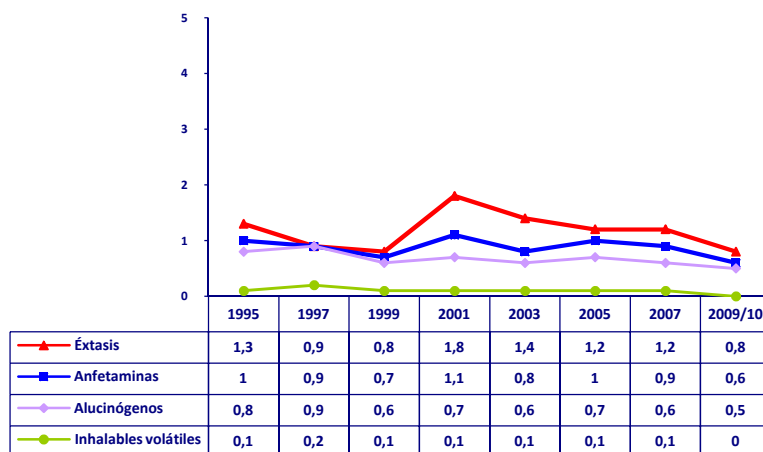
- Cocaína.- Por primera vez en quince años, desciende el consumo de cocaína entre la población general, tras una etapa de crecimiento continuado entre 1995 y 2005 y posterior estabilización. En la actualidad, el 2,6% de la población ha consumido cocaína en el último año y el 1,2% en los últimos 30 días, lo que sitúa el consumo en cifras similares a las de 2001.

La encuesta también sitúa la continuidad en el consumo de cocaína en la cifra más baja en los últimos 15 años. Sólo una cuarta parte de las personas que han probado la cocaína de forma experimental, han consumido de nuevo alguna vez en el último año.

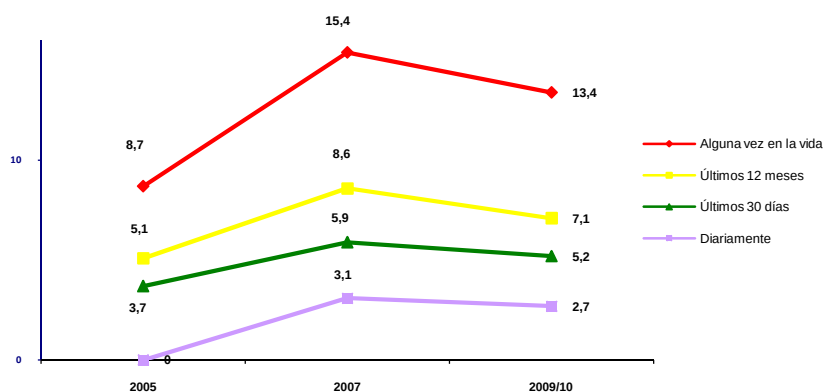
La cocaína en polvo sigue siendo la forma más consumida. También desciende el consumo de cocaína base o crack, con prevalencias muy bajas (inferiores al 1% para todas las frecuencias).



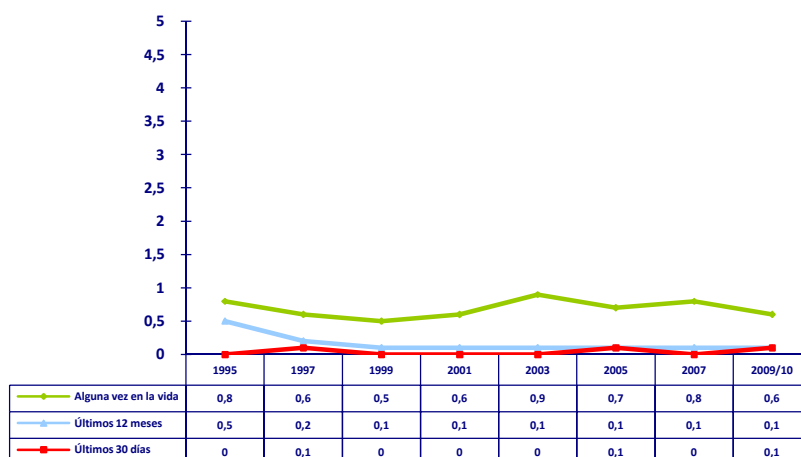
- Éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles.- El consumo de estas sustancias continúa descendiendo en nuestro país y presenta niveles muy bajos, con prevalencias inferiores al 1% (últimos 12 meses).



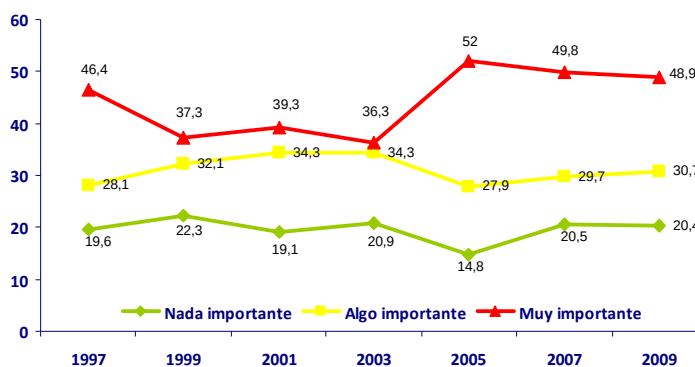
- Hipnosedantes.- Desciende el consumo de hipnosedantes para todas las frecuencias respecto a 2007. El 5,2% de la población general ha consumido esta sustancia en los últimos 30 días y el 2,7% a diario (frente al 5,9% y el 3,1% en 2007). El uso de esta sustancia se da sobre todo entre las mujeres de entre 35 y 64 años.



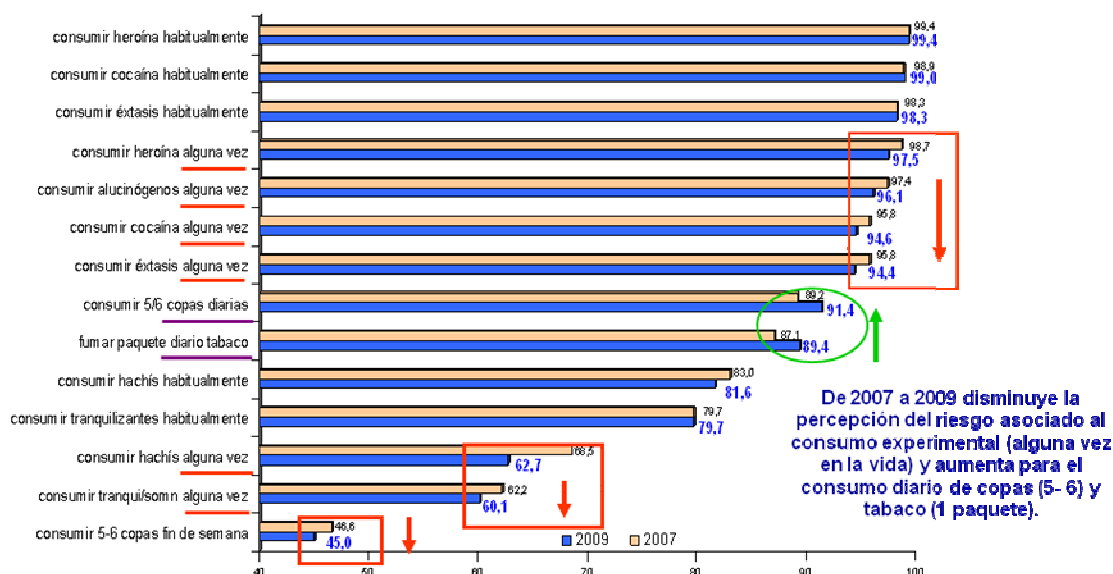
- Heroína.- Su uso se mantiene estable y en niveles bajos, con prevalencias muy por debajo del 0,7% para todas las frecuencias. Desciende su uso experimental y se retrasa 1,2 años la edad de inicio respecto a 2007.



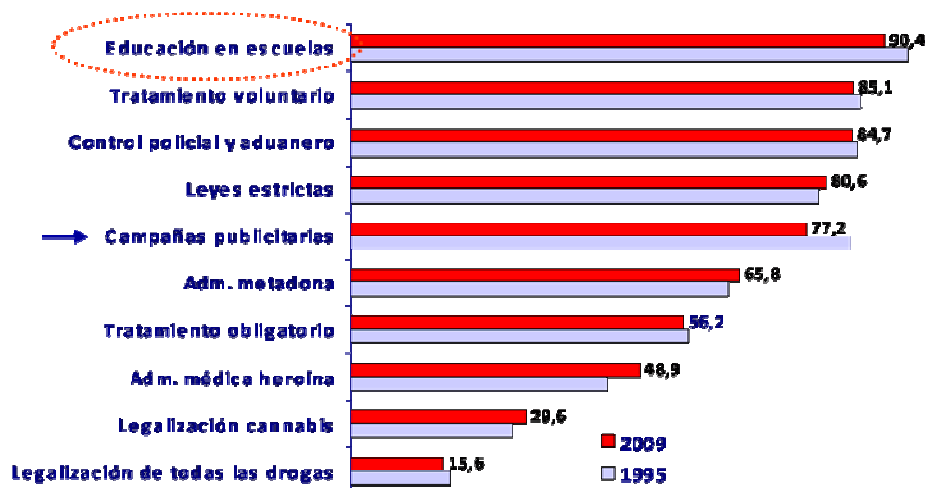
- Percepción del riesgo. Aumenta el riesgo percibido para el consumo habitual. Hoy se considera más peligroso que en 2007 consumir habitualmente cocaína, beber a diario 5-6 copas o cañas y fumar un paquete de cigarrillos diario. En cambio, descende la percepción de riesgo para el consumo esporádico del cannabis y de hipnosedantes, así como para el consumo de 5- 6 copas o cañas los fines de semana.



Se perciben como más peligrosos los consumos habituales de heroína, cocaína y éxtasis y se asocia con menor riesgo el consumo esporádico de cannabis o beber 5- 6 copas el fin de semana.



- Disponibilidad percibida.- Los encuestados creen que desde 2007 ha aumentado la facilidad para conseguir drogas
- Soluciones para resolver el problema de las drogas.- La educación en las escuelas es la medida mejor valorada por los ciudadanos para prevenir el consumo de drogas. En cambio, la legalización de todas las drogas sigue siendo la propuesta que peor valora la población. /gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/presentacionEdades200910.ppt - _blank



5.1.2. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES) 2008

Las conclusiones extraídas de comparar los resultados de esta encuesta con los obtenidos en la de 2006-2007, son los siguientes:

- * El consumo de drogas entre los adolescentes sigue teniendo un carácter experimental u ocasional, vinculado la mayoría de las veces al ocio y diversión de los fines de semana.
- * El alcohol y el tabaco continúan siendo las drogas más consumidas entre los escolares, seguidas del cannabis. El 81,2% declara que ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 44,6% tabaco y el 35,2% cannabis. La proporción de consumidores actuales (últimos 30 días) es de 58,5% para el alcohol, el 32,4% para el tabaco y el 20,1% para el cannabis. El resto de sustancias psicoactivas está mucho menos extendido: alrededor del 5% las ha probado y menos del 2% las consume actualmente.

Además de la cocaína, también descende el consumo de éxtasis y se registra una ligera disminución de los inhalables volátiles, anfetaminas y alucinógenos.

- * El consumo de tabaco y cannabis se estabiliza. Igualmente, la proporción de consumidores actuales de alcohol tiende a estabilizarse, pero se incrementa la prevalencia de borracheras.
- * Baja el consumo experimental de tabaco y se mantiene el consumo diario (14,8%). El 68,7% de los escolares quiere dejar de fumar y un 38% piensa que sus padres serían permisivos con ellos si los vieran fumar
- * Aumenta la percepción del riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol (tanto para el consumo de fin de semana como a diario) y cannabis. Respecto a 2004, este incremento supera los 8 puntos para el consumo de un paquete diario, los 6 para

el consumo de cinco o seis cañas en el fin de semana y casi los 5 para el consumo habitual de cannabis.

- * La edad de inicio se mantiene en torno a los 13 y 14 años. Aumenta casi un año la edad de inicio del consumo diario de tabaco (15,1 frente a 14,2 en 2006) y del consumo semanal de alcohol (15,6 años, frente a 15 de 2006).
- * Los chicos consumen más drogas ilegales que las chicas, mientras que entre las mujeres es más frecuente el consumo diario de tabaco (el 16,4% de las chicas fuma frente al 13,3% de los chicos) y de alcohol (el 59,4% de las chicas ha consumido alcohol en los últimos 30 días, mientras que sólo lo hicieron el 57,7% de los chicos). Los chavales, en cambio, consumen alcohol de forma más intensa y lo mismo sucede para el resto de drogas.
- * La proporción de consumidores aumenta con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años.
- * Una proporción importante de los escolares presentan conductas de policonsumo. El alcohol tiene una presencia importante entre los consumidores de cannabis y cocaína. Las combinaciones entre cannabis, alcohol y tabaco y cocaína, alcohol y otros estimulantes son algunas de las conductas de policonsumo.

5.2. SITUACIÓN A NIVEL LOCAL

Ceuta, como ciudad autónoma española en el norte de África, al otro lado del Estrecho de Gibraltar, se asienta sobre una península dispuesta de Oeste a Este situada a lo largo de la costa septentrional de África, en su extremo nor-occidental, frente a las costas de Cádiz y de la bahía de Algeciras., de la cual dista 14 km.

En tan solo 19 km², si bien su superficie urbana es muy inferior, sus calles son fiel reflejo de una sociedad plural y acogedora, definiendo su idiosincrasia de ciudad multicultural, abierta y tolerante.

La esencia de nuestro enclave, es la de ser la puerta de Europa en África, paso obligado entre el atlántico y el mediterráneo, de rica y profunda historia, y punto de encuentro entre diferentes países, religiones y culturas.

Durante este último medio milenio, la Ceuta española ha abrazado la llegada del mundo árabe en las épocas de paz, con los que también comenzó a convivir una floreciente comunidad judía.

Actualmente, la ciudad posee 80.000 habitantes¹ de derecho, además de la población flotante de hecho. Su densidad alcanza cifras altísimas, casi 3.500 hab/km², con un elevado porcentaje de población joven, comprendida entre 20 y 30 años.

La frontera de Ceuta con nuestro vecino país de Marruecos, se extiende a lo largo de 8,5 km por la que diariamente pasan alrededor de 25.000 marroquíes.

La existencia de cuatro culturas; cristiana, musulmana, hebrea e hindú, en un espacio tan delimitado, hacen de Ceuta un ejemplo de convivencia entre diferentes culturas dentro del continente africano.

La población europeo-cristiana, es decir, la de españoles de origen, sigue siendo la mayoritaria en estos momentos, representando el 55% del total. El 45% restante de la población está integrada por las comunidades musulmanas 42%, hebrea 1,5%, hindú (1%), gitana (0,5%) y china (esta última sin apenas peso demográfico).

La población musulmana constituye la minoría mayoritaria, cifrada de hecho en torno a los 38.000 habitantes.

En Ceuta, el fenómeno de la inmigración tiene dos caras: Por una parte, el flujo con raíces del África subsahariana y del Magreb, de hombres principalmente provenientes de países muy alejados que utilizan nuestra ciudad como territorio de paso. Por otra parte, el movimiento constante que se produce en la población residente del vecino reino de Marruecos.

El 15 de mayo de 2000 fue inaugurado oficialmente el CETI: Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes.

Todo ello, puede dar una idea ajustada de que, aunque la convivencia entre distintas culturas está presente en Ceuta desde el principio de los tiempos, si bien es cierto que no en las proporciones desmesuradas del último decenio; en una par de lustros, ha tenido

que acoger un volumen de inmigrantes muy superior al que podría atender de la forma más adecuada, teniendo que adaptarse y prepararse para ello, intentando paliar en gran medida los problemas derivados del fenómeno migratorio.

Así pues, Ceuta, convertida en sociedad de acogida de inmigrantes en su tránsito hacia el norte, va dando respuesta con los recursos y dispositivos que tiene a su alcance a la amplia variedad migratoria que converge en nuestra ciudad. Prueba de ello es otro colectivo, esta vez de niños marroquíes, con edades comprendidas entre los 7 y los 16 años, consumidores de sustancias volátiles, tabaco y cannabis en su mayoría y que desde principios de 1998 deambulaban por las calles sin regulación. En la actualidad, unos continúan viviendo en la calle sin control, y otros residen en un centro dependiente de la ciudad autónoma, diseñado específicamente para ellos “La Esperanza”, desde el cual, entre otros, se ejecutan programas de prevención del consumo de drogas. (*“Ceuta: Inmigración, Interculturalidad y Convivencia”, Consejería de Educación de la Ciudad Autónoma de Ceuta. 2005*)

Este entramado migratorio obliga a la ciudad a cubrir y atender las necesidades básicas de los inmigrantes.

En cuanto al consumo recreativo de drogas entre los jóvenes de nuestra ciudad, el ritmo temporal de la ciudad está marcado por la diferenciación entre días laborables y fines de semana, entre el tiempo laboral o académico y el de ocio. Mientras que en otras ciudades de mayor tamaño se produce una cierta continuidad en el ocio nocturno durante todos los días de la semana, para Ceuta, la diferencia temporal entre fines de semana y el resto de los días es determinante a pesar de que la ciudad es puerto de mar y de la benignidad del clima. (*“El Consumo Recreativo de Drogas entre los Jóvenes Ceutíes”, Sociopolis. 2011*)

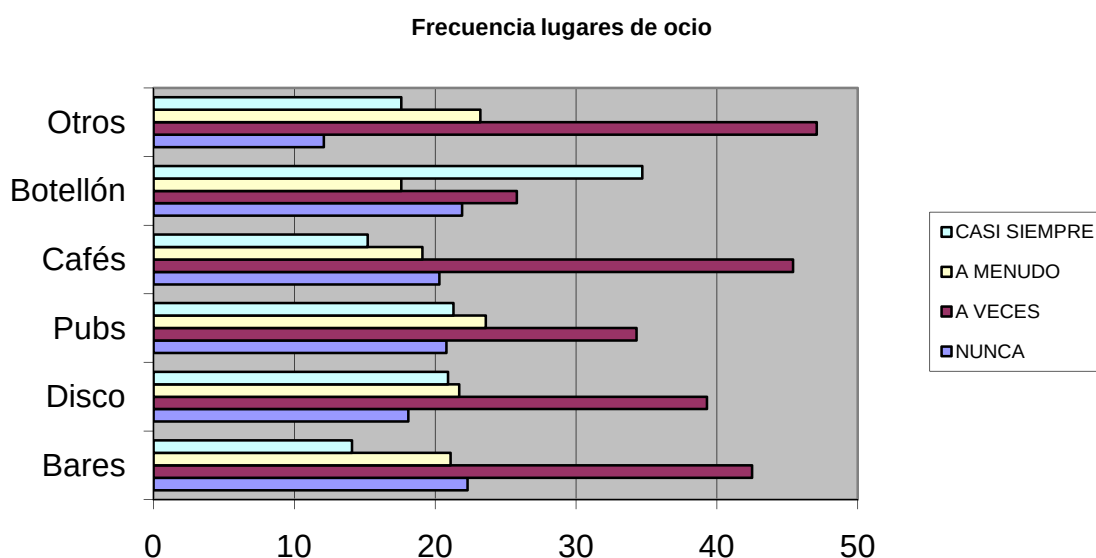
No existen grandes tribus urbanas y la mayoría de los jóvenes que salen de marcha se asemejan en cuanto a la forma de vestir, preferencias musicales o zonas delimitadas para salir. Sin embargo, la conformación sociocultural de los jóvenes, aporta una fuerte diferencia en las pautas de ocio del conjunto de jóvenes ceutíes.

5.2.1. ANÁLISIS DE SITUACION EN CEUTA. SEGÚN ENCUESTAS:

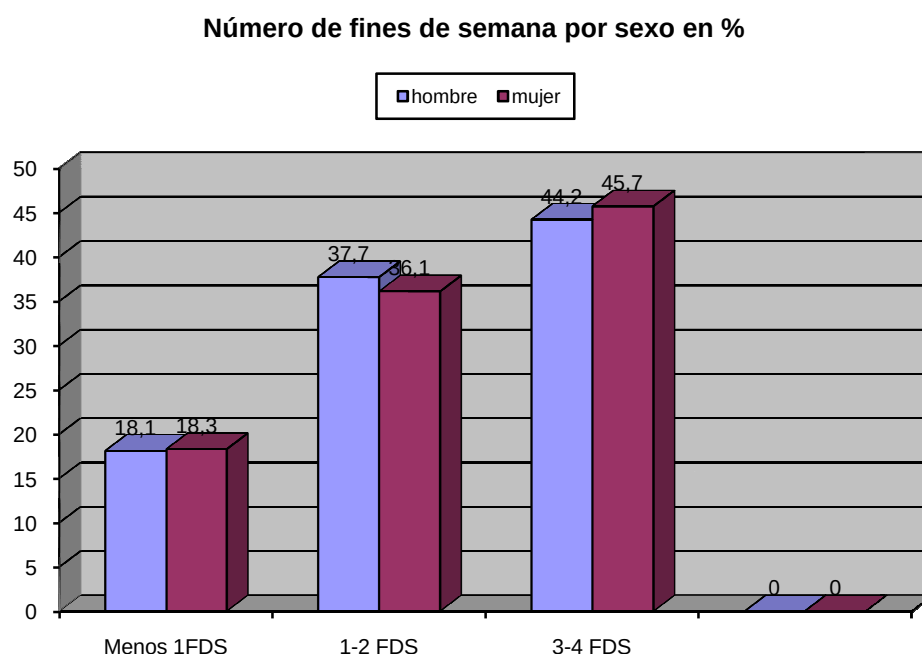
A. ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO RECREATIVO DE DROGAS ENTRE LOS JÓVENES CEUTÍES 2011. Sociopolis

Existe una relación entre el tiempo de ocio, que es fundamental para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 25 años y que además vertebraba todas sus actividades y la banalización del consumo de drogas que se realiza durante estos tiempos de ocio. Se hace pues necesario conocer de forma más profunda y específica conocer la realidad del consumo recreativo de las drogas y su dimensión dentro de los espacios de ocio de los jóvenes de Ceuta:

- Los jóvenes ceutíes representan el 21,9% del total de la población de Ceuta (siete puntos superior a la proporción de la media europea y cuatro puntos mayor que la que se da en el conjunto de España, superada tan solo por la ciudad de Melilla). Sus rasgos generales son que tres de cada cuatro viven con su familia, un tercio está estudiando y la mitad poseen estudios secundarios.

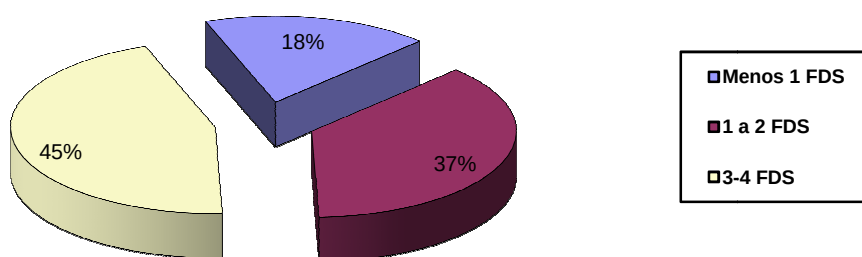


- La relación con los amigos es una de las actividades principales en la que los jóvenes ocupan sus horas de ocio, si bien se diferencia de la media nacional en que priorizan el uso de las redes sociales (comunicación con los amigos por medios telemáticos) que en charlar directamente con ellos (en segundo lugar). Esta dependencia de relación con sus amigos resulta fundamental para entender las justificaciones que los jóvenes de Ceuta aducen para salir de marcha o hacer botellón.
- Los bares y cafés son los lugares menos frecuentados por estos jóvenes frente al botellón, donde la mitad dice acudir con asiduidad (52,3% lo hace a menudo a casi siempre).
- ¿Qué consumen los jóvenes que salen de marcha en Ceuta?, el 66,3% de los entrevistados asegura consumir algún tipo de droga, incluido el alcohol.
- Existe una mayor proporción de mujeres que acuden al botellón (57,6%) frente al de hombres (49%). Sólo en pubs y cafés es mayoritaria la presencia masculina.



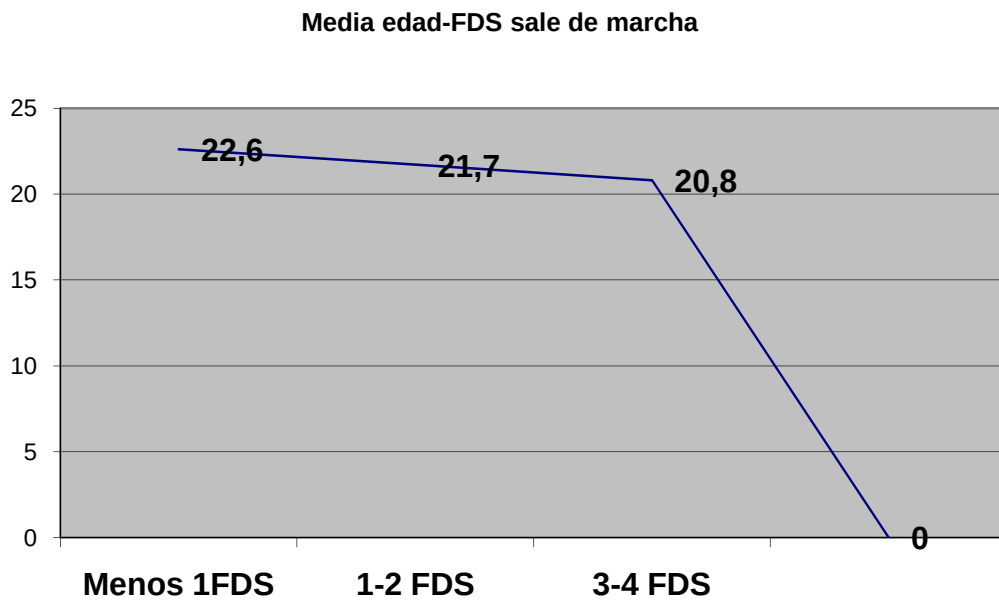
- Debido a la benigna meteorología de la ciudad, muchos jóvenes se reúnen en determinadas zonas al aire libre, además de la zona de botellón.
- El 44,8% de los jóvenes sale los fines de semana, frente a un 18,2% que sale menos de un fin de semana al mes. Y cuanto más jóvenes son, más fines de semana salen al mes 3 o 4 fines de semana con una edad media de 20,8), disminuyendo la frecuencia según ascendemos en edad (1 fin de semana 22,6).

% Fines de semana que salen de marcha

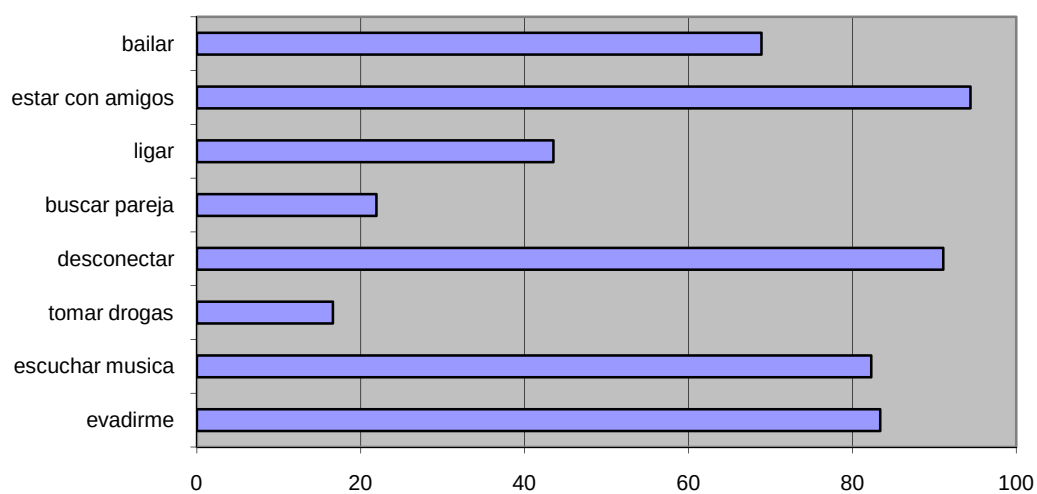


- Salen más los fines de semana los estudiantes y los que poseen un trabajo temporal, al igual que los solteros/as, divorciados/as o separados/as.
- En cuanto a la relación entre status social podemos concluir que aquellos que se autoubican en un status medio/alto son los que más salen de marcha (íntimamente relacionado con la disponibilidad económica para salir más de 1 fin de semana al mes).
- El alcohol es el concepto en el que gastan dinero 7 de cada 10 jóvenes de los que salen de marcha.
- De los que se posicionan en un status alto, dicen gastar 69 € de media en drogas durante los fines de semana. Cantidad que desciende según bajamos el status social. Los estudiantes gastan en alcohol una media de 11,5€ mientras que los que tienen trabajo estable gastan una media de 34€.

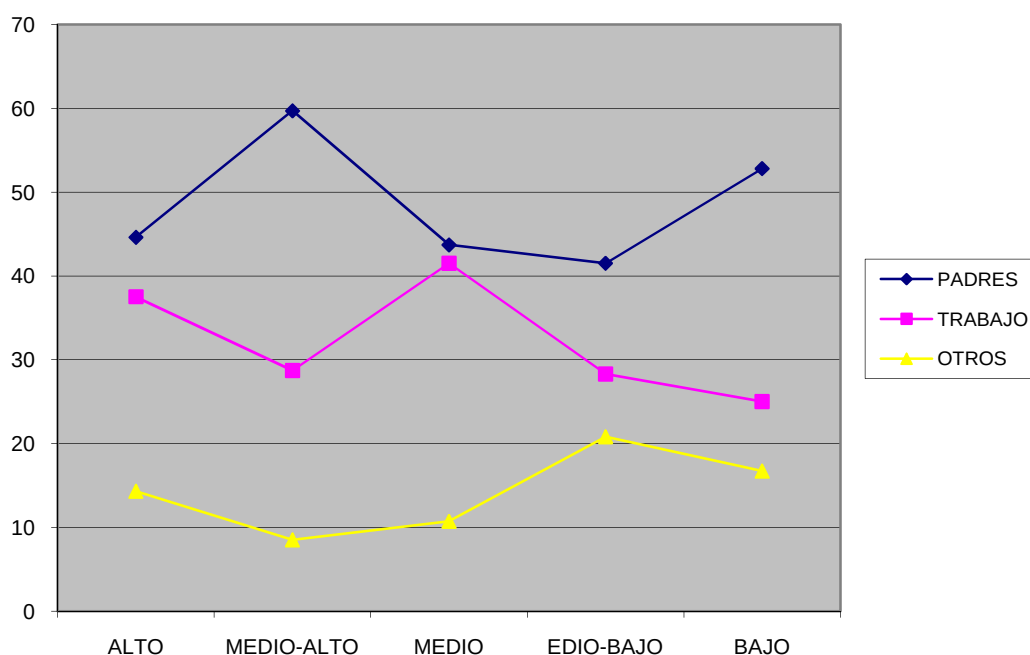
- La edad es otra de las variables que condiciona el número de horas dedicadas a salir de marcha, encontrándose las medias más altas entre los 16 y los 25 años.



- La motivación principal para salir de marcha es estar con los amigos y/o desconectar de la rutina.



- En cuanto al control paterno sobre hábitos de diversión, el 60,2% cree que sus padres han ejercido poco o ningún control sobre sus hábitos. Las mujeres están más controladas en un 47,5% frente al 35% de los hombres. Se extrae a través del cruce de datos que a mayor control paterno percibido, menor consumo. Y aquellos jóvenes que dicen no tener control paterno, gastan el triple que los que perciben un control excesivo.



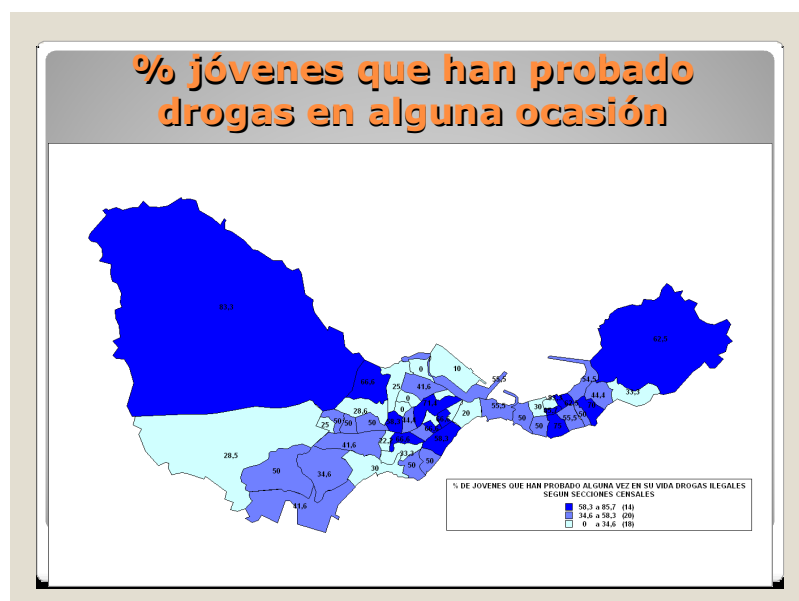
- Los jóvenes que salen de marcha los fines de semana presentan unas prevalencias en el consumo de tabaco muy superiores a las que registra el conjunto de la población joven ceutí. En el estudio sobre consumo de drogas 2007, el porcentaje de consumidores habituales y ocasionales se elevaba al 41,1% mientras que de los jóvenes objeto de estudio, que salen de marcha, un 60% dice fumar habitualmente en estos espacios. Lo que nos indica la relación entre el consumo y el ocio nocturno. Los hombres fuman más que las mujeres (62,4% frente a un 56,3%) y según la edad crece y el status social, aumenta la prevalencia.
- En cuanto al consumo de alcohol y drogas, 2007, se realiza un estudio sobre el comportamiento de los jóvenes ceutíes tras comprobar las altas prevalencias registradas en el estudio general sobre drogas realizado en la ciudad en 2005. En

estos estudios observamos unas altas prevalencias de consumo de determinadas sustancias (cannabis y cocaína) junto con el alcohol entre los jóvenes de forma asociada a la diversión los fines de semana. En concreto el 44,7% ha probado el cannabis en alguna ocasión y el 15% ha hecho lo mismo con la cocaína. Otras sustancias que presentaban una prevalencia alta entre los jóvenes eran las drogas de síntesis (10,9% lo ha probado alguna vez) o los alucinógenos (8,1%). En la mayoría de los casos, el consumo entre los jóvenes presenta un fuerte carácter experimental que queda reflejado en las prevalencias en consumos recientes (último año y último mes) y que se reducen drásticamente con respecto a la prevalencia de quien lo ha probado en alguna ocasión. Si bien se aprecian excepciones como para el caso del cannabis que mantiene una fuerte habitualidad, así como para la cocaína que refleja un inquietante 4,7% de jóvenes que lo han consumido en el último mes.

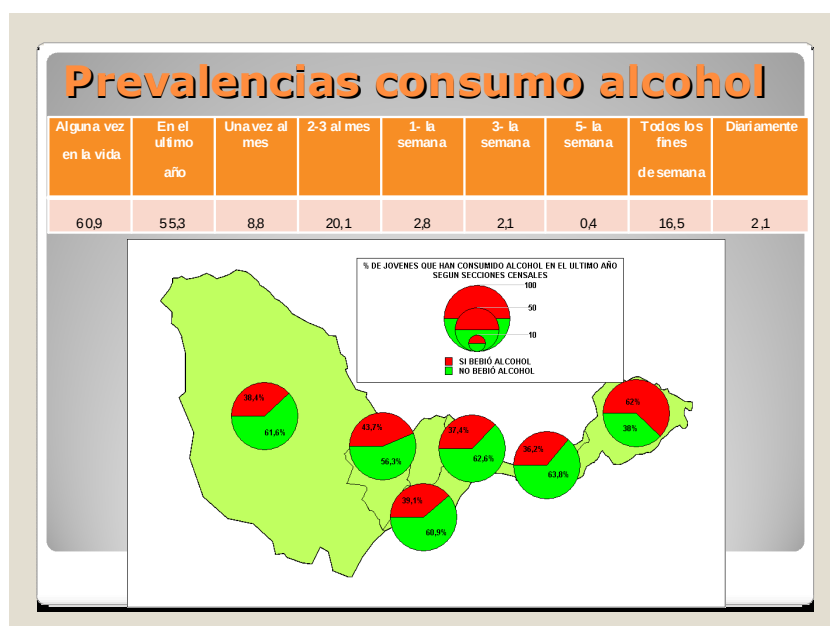
B. ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LA POBLACIÓN JÓVEN DE CEUTA 2007. Sociopolis

- Los jóvenes de Ceuta diferencian dos grupos de drogas según la percepción del riesgo que les atribuyen. En un grupo estarían alcohol y tabaco (para ellos menos peligrosas); a este grupo se ha añadido el cannabis, droga ilegal pero que han “normalizado” muchos jóvenes. En el segundo grupo estarían el resto: cocaína, crack, heroína, alucinógenos, etc.



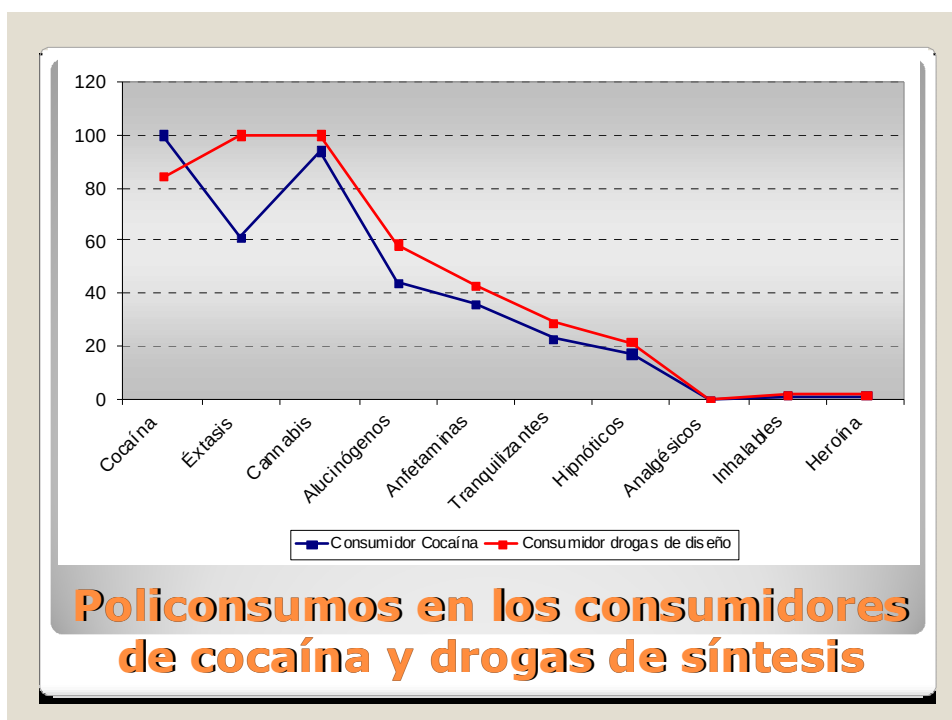


- Un factor de protección frente al consumo de alguna sustancia psicoactiva (alcohol) en Ceuta podría ser la práctica religiosa.



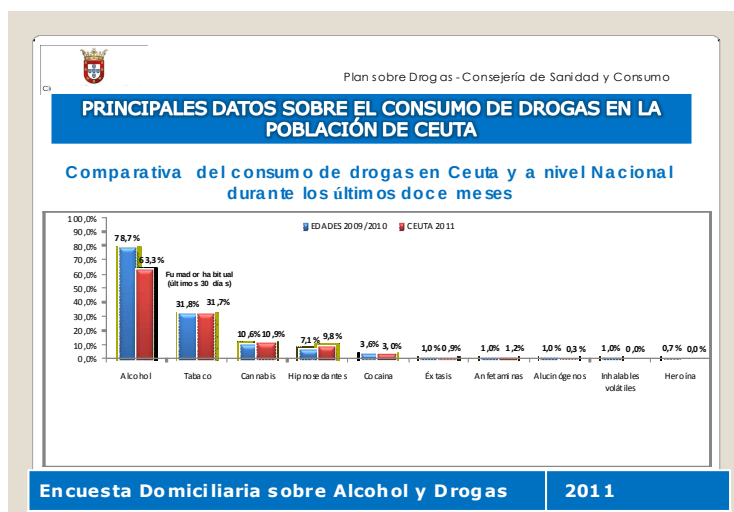
- La principal fuente de información de los jóvenes son los medios de comunicación social. Más de un 30% lo utilizan como fuente principal de información en sus conocimientos sobre drogas, seguido del grupo de iguales 20% y de la información que reciben en la calle 18%.

- Existen dos perfiles básicos entre los jóvenes consumidores de drogas en la ciudad:
1º, el joven consumidor que vive en el centro de la ciudad, de origen sociocultural europeo, que sigue estudiando y aún vive con sus padres, que ha probado diferentes sustancias psicoactivas pero no mantiene un consumo habitual y se reserva dicho consumo para los fines de semana, asociando el consumo de alcohol.
2º, joven que reside en la periferia de la ciudad, de origen sociocultural árabe, emancipado, que ha dejado de estudiar, trabajando o en situación de desempleo y que consume una sola sustancia de forma habitual y constante.
- La accesibilidad a la cocaína y a las drogas de síntesis es alta, no sólo por la facilidad para conseguirla sino por los bajos precios. Cabe señalar que el 90%-99% de los consumidores confirman que han sido “invitados”, lo que confirma el modo en el que se inicia el consumo de dichas sustancias.



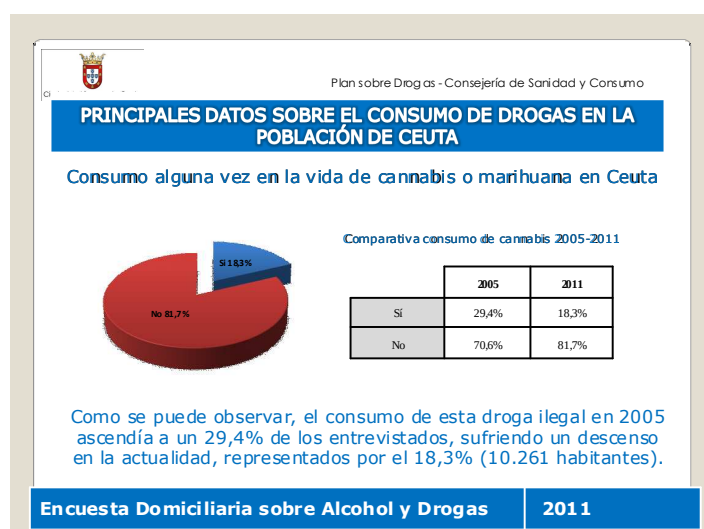
C. ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS 2011. INTERSERVICIOS

- El 63% de la población entre 15 y 64 años, afirma haber consumido alcohol alguna vez. El 33,9% de la población de Ceuta consumen alcohol los días laborales, mientras un 47,2% afirman consumirlo los fines de semana, siendo el consumo superior en hombres.



La motivación para iniciarse en el consumo de alcohol en ambos sexos es coincidente: por influencia o presión del grupo de iguales.

- El 31,7% de la población afirma ser consumidora habitual de tabaco.
- El cannabis es consumido por un 18,3% de la población. Dentro de las drogas ilegales, es la de mayor consumo en Ceuta durante los últimos 12 meses, representando el 10,9%, respecto al 10,6% a nivel nacional.



- El 5,9% de la población afirma haber consumido cocaína
- El 4,2% y el 3,4% de la población afirma haber consumido alguna vez tranquilizantes y somníferos sin receta médica.



- El 1,6% de la población tiene sensación de deber modificar su conducta hacia el juego



5.2.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN EL C.A.D. CEUTA. 2010

Otra forma de valorar las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas es analizar el indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio.

El indicador de tratamiento mide el número anual de personas que son admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas de nuestra Comunidad Autónoma.

Las admisiones a tratamiento hacen referencia a los casos nuevos que se incorporan a tratamiento durante el año o los reinicios entendiéndose estos como casos que demandan tratamiento después de seis meses sin contacto con el centro terapéutico.

Admisiones a Tratamiento

Las admisiones hacen referencia a los casos que se incorporan a tratamiento durante el ejercicio, pueden ser casos nuevos denominados acogidas o casos censados, o reinicios de tratamiento, entendiéndose esto como casos que demandan tratamiento después de seis meses sin contacto con el centro terapéutico de referencia, en este caso, el Centro de Atención a las Drogodependencias.

Este año la distribución de las admisiones ha sido la siguiente:

Admisiones	Nº	%
Acogidas (casos nuevos)	49	44,14 %
Reinicios (Censados)	62	58,86 %
Total	111	100 %

Distribución de las admisiones según la dependencia por la que se demanda tratamiento:

Sustancia/dependencia	Nº	%
Heroína más base de cocaína	52	46,84
Heroína	7	6,30
Cocaína	18	16,21
Benzodiacepinas	9	8,10
Cannabis	8	7,21
Alcohol	17	15,31
Juego patológico	0	0
Otras	0	0
Total	111	100

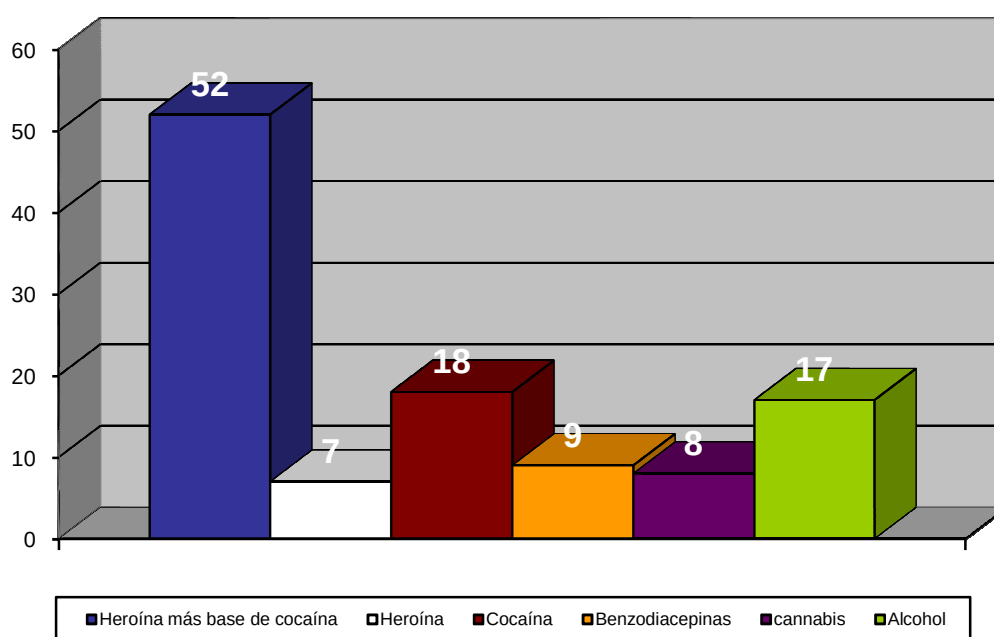
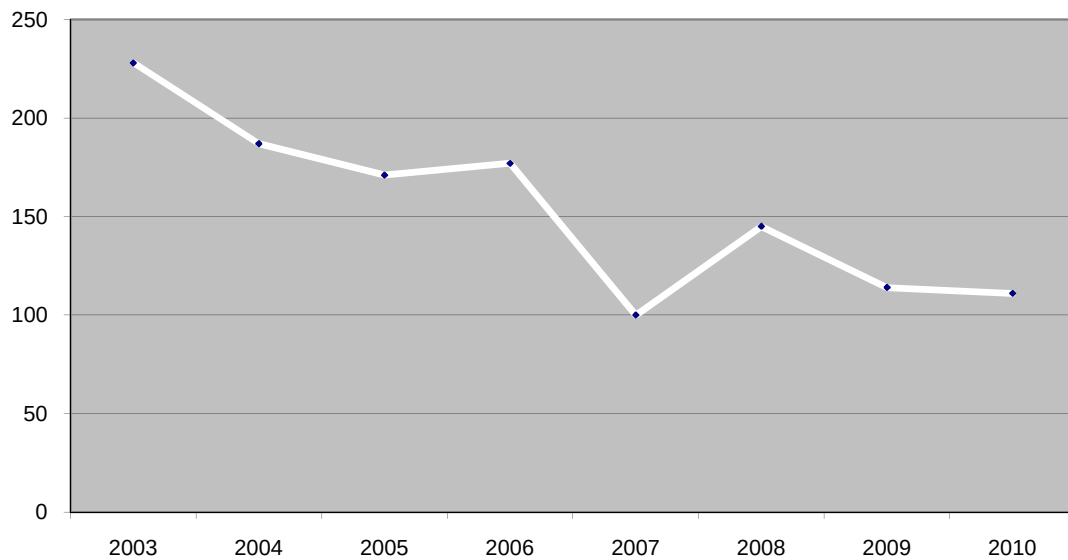


Tabla comparativa 2003-2010
Evolución de las Admisiones a Tratamiento

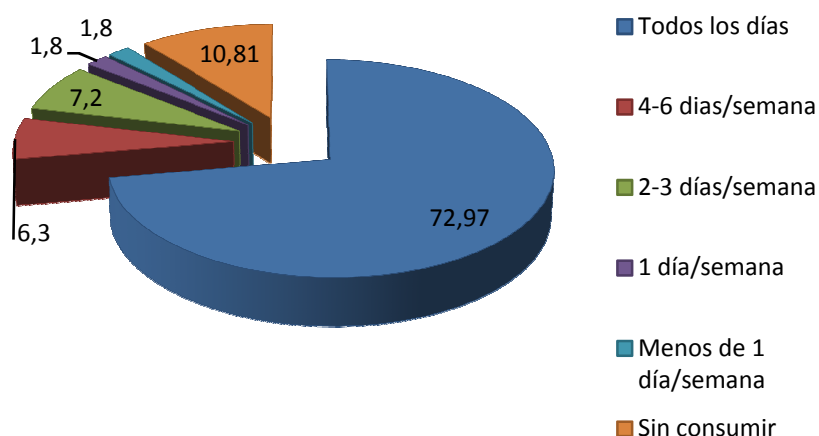
AÑO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Admisiones	228	187	171	177	100	145	114	111



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS PSICOACTIVAS.

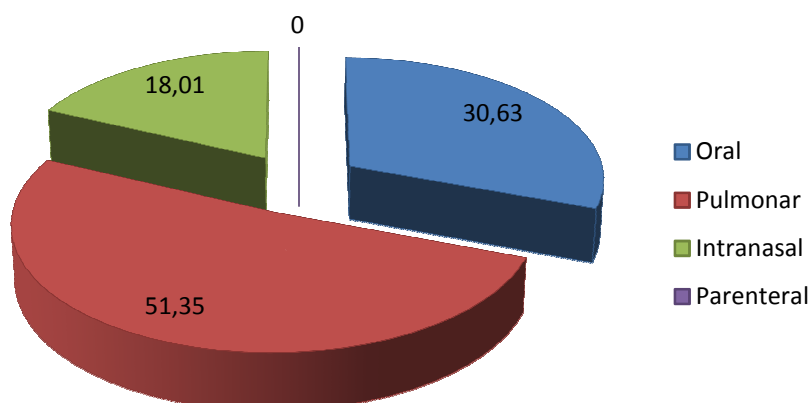
Como rasgos más destacados se pueden señalar los siguientes datos correspondientes al año 2010:

Frecuencia consumo días previos

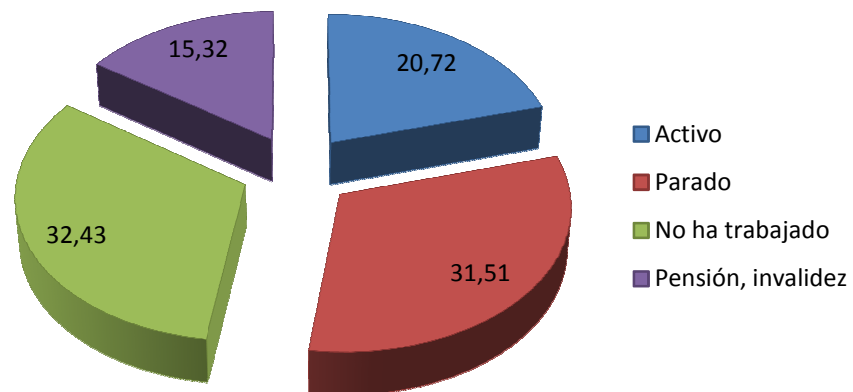


ADMITIDOS A TRATAMIENTO

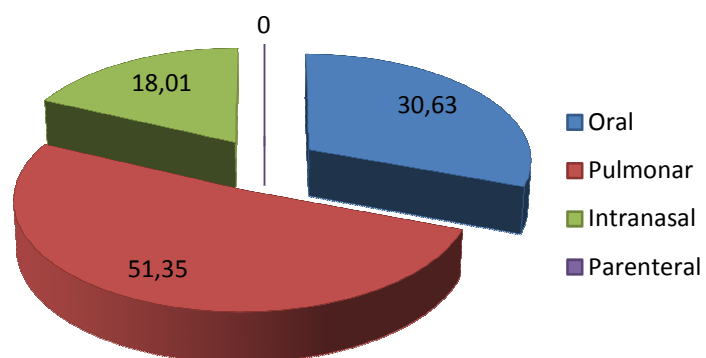
Vía de Administración



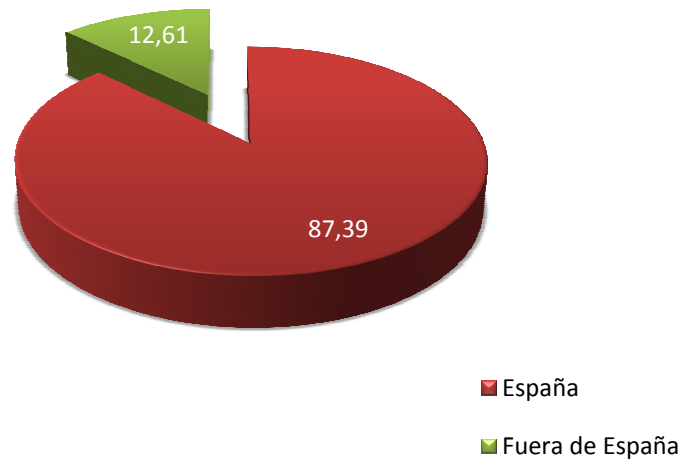
Situación Laboral



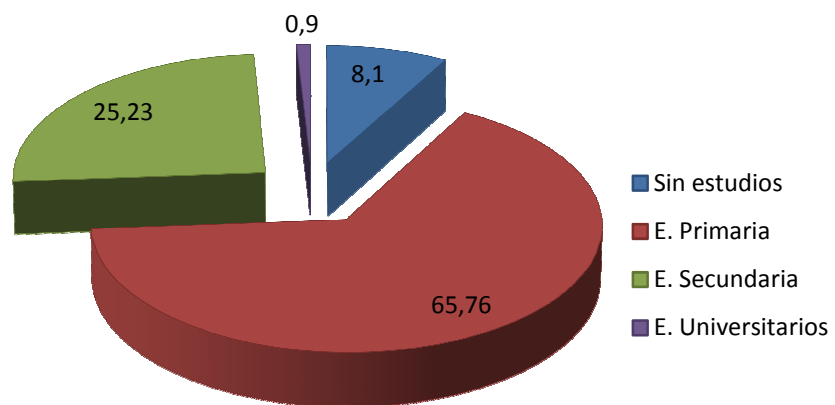
Vía de Administración



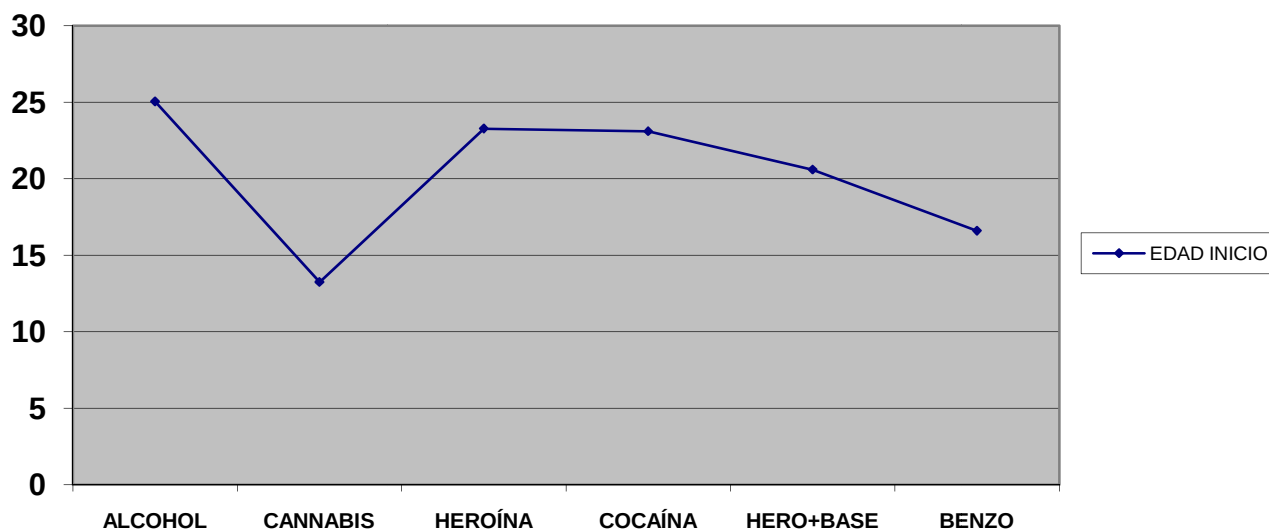
Nacionalidad



Nivel de Estudios

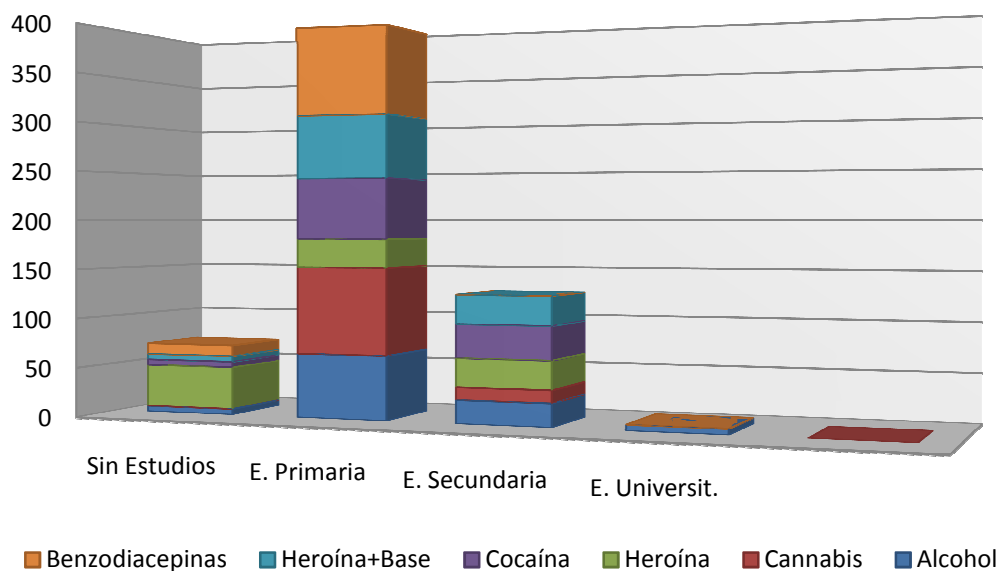


EDAD MEDIA EN LA QUE REFIEREN UN CONSUMO PROBLEMÁTICO

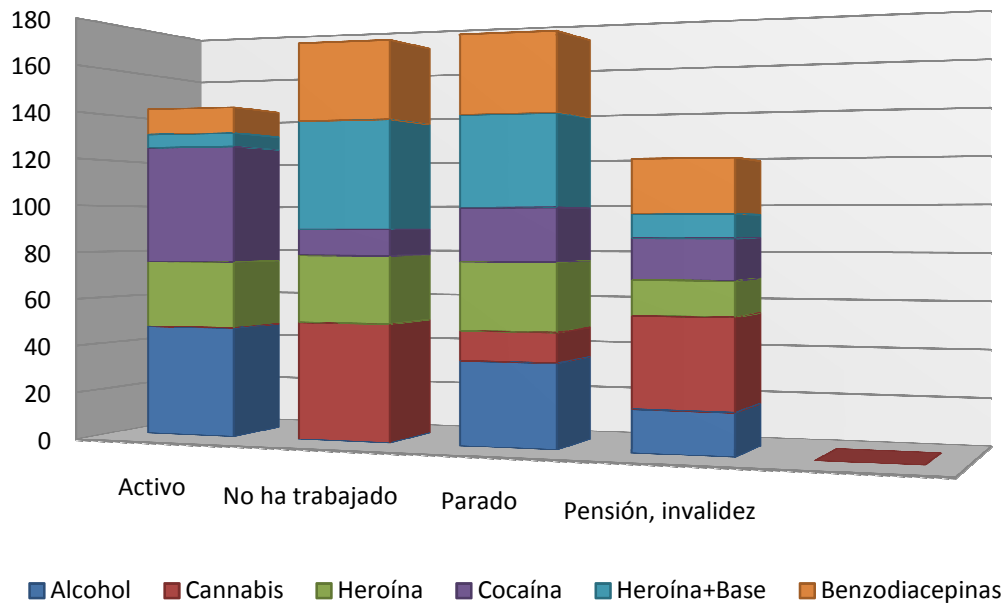


CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CANNABIS, BENZODIACEPINAS, COCAÍNA, HEROÍNA O HEROÍNA + BASE DE COCAINA.

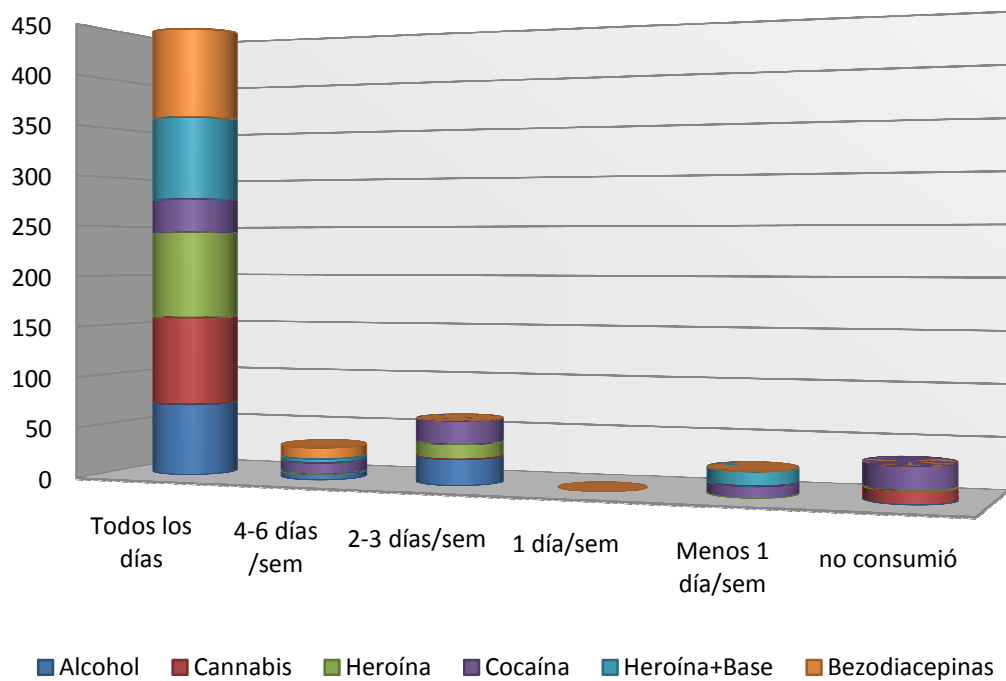
Nivel de Estudios



Situación Laboral



Frecuencia de Consumo los días previos



Perfil de los usuarios en proceso terapéutico

En cuanto al perfil total de usuarios en proceso terapéutico podemos destacar:

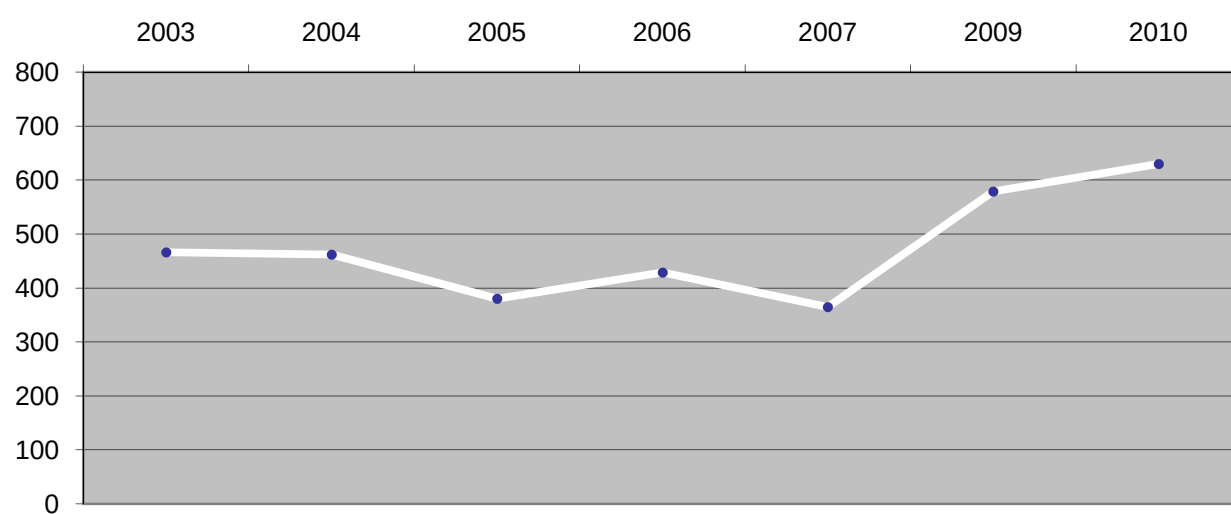
- Pacientes en Programa Libre de Drogas 158
- Pacientes en Programa de Mantenimiento con Metadona..... 453
- Pacientes en Programa de Buprenorfina-Naloxona 19

El número total de usuarios es de 630 pacientes en proceso terapéutico:

- 74,92% de los usuarios se encuentra en Programa de Mantenimiento con Agonistas Opiáceos, frente al 25,08% que se encuentra en Programa Libre de Drogas.
- El número de varones representa 90,95% frente al de mujeres que es un 4,28%.
- En cuanto a la droga principal, el 78,09% de los usuarios consume heroína, ésta sigue siendo la droga más consumida aunque se puede destacar el descenso con respecto a los años anteriores. El 9,36% de nuestros usuarios consumen cocaína (Aumenta considerablemente con respecto al año 2009), el 5,23% alcohol, 4,92% cannabis, 2,54% benzodiacepinas.
- En relación a los usuarios atendidos con patología dual 32 son hombres y 2 son mujeres.

Tabla comparativa 2003-2010
Evolución de los Usuarios en Proceso Terapéutico

AÑO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nº Usuarios	466	462	380	429	365	717	579	630



6. PRINCIPIOS RECTORES

El Plan Sobre Drogas y otras Adicciones, se estructura en torno a cinco áreas fundamentales de actuación y un Plan anexo (El Plan Integral de Tabaquismo): Prevención, Asistencial, Inserción Socio-laboral, Planificación y Formación e Investigación, que contienen objetivos generales y específicos a alcanzar a través de estrategias concretas materializando, de este modo, los principios fundamentales de la filosofía que los inspira.

1. **RESPONSABILIDAD PÚBLICA:** mediante la adscripción por los poderes públicos de recursos financieros, humanos y materiales adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.
2. **PARTICIPACIÓN SOCIAL:** mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de grupos poblacionales en situación de alta vulnerabilidad.
3. **IGUALDAD Y UNIVERSALIDAD:** mediante la atención de todos los ciudadanos sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, edad, ideología o creencia.
4. **NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN:** mediante la utilización de los cauces que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia.
5. **PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN:** mediante la adecuación de los recursos a las necesidades sociales y la armonización de las entidades públicas con la iniciativa social.
6. **INTERSECTORIALIDAD:** Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.
7. **INTEGRALIDAD:** Abordaje de la atención al drogodependiente de forma integral abarcando tanto la prevención como asistencia y la inserción social y laboral a través de la coordinación de la red de recursos existentes en la comunidad.

8. **CONSIDERACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA:** en función de la misma y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia, se definirán, priorizarán y desarrollará, las intervenciones.
9. **ACCESIBILIDAD:** la problemática relacionada con el consumo de drogas puede prevenirse y tratarse con mayores probabilidades de éxito si las personas afectadas pueden contar con un acceso fácil, sin barreras burocráticas ni geográficas, a los servicios más apropiados para atender sus necesidades.
10. **PERSPECTIVA DE GÉNERO:** hombres y mujeres asumen diferentes riesgos y comportamientos ligados al consumo de drogas, lo que origina diferentes necesidades de intervención. En este sentido el Plan incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir y en la planificación y desarrollo de las actuaciones a realizar.
11. **EVALUACIÓN:** la evaluación sistemática de programas y actuaciones guiará el desarrollo del Plan como forma de validar y mejorar la calidad de las intervenciones existentes o en desarrollo.
12. **ANTICIPACIÓN:** el conocimiento y análisis permanente de los factores que influyen en el consumo de drogas y sus consecuencias, así como el de las políticas desarrolladas y sus resultados, servirá de base para detectar con anticipación los desafíos que debe afrontar el Plan Sobre Drogas, revisando y adaptando con flexibilidad sus programas operativos para adaptarlos a las exigencias cambiantes de cada momento.

7. COORDINACIÓN

Según las directrices del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a través de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, el principio básico para el correcto desarrollo de la misma es el de la coordinación, entendiendo “coordinación” como un instrumento cuya finalidad es potenciar la participación social y optimizar la colaboración y cooperación entre las distintas instituciones.

Por ello se hace necesario asistir y participar en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y en la Comisión Interautonómica, como ejes de coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

Así como también se hace necesario fomentar la colaboración y cooperación entre las distintas Administraciones Públicas, Consejerías e Instituciones y Entidades Privadas.

Este principio de coordinación supone rentabilizar de manera más racional todos los recursos, tanto humanos como materiales existentes, para la consecución de los objetivos de nuestro plan.

8. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.

1. ÁMBITO DE PREVENCIÓN:

La Estrategia Nacional 2009-2016, considera prioritaria la prevención de las drogodependencias en el abordaje de los problemas generados por el abuso de drogas, encuadrándola en el marco de la promoción de estilos de vida saludables.

Esto conlleva la puesta en marcha de iniciativas que modifiquen o mejoren la formación integral y la calidad de vida de las personas, fomentando alternativas incompatibles con el consumo de drogas. Para ello es necesario contar con el respaldo de las instituciones tanto públicas como privadas desarrollando estrategias preventivas en los principales ámbitos en los que la persona realiza su vida: escolar, familiar, laboral y de ocio-tiempo libre.

En función de los destinatarios de nuestras intervenciones, distinguimos tres niveles preventivos de intervención:

- Prevención Universal: cuando las intervenciones se dirigen a la población general. Se refiere a aquellas destinadas a la promoción de hábitos saludables y al refuerzo de factores de protección frente al consumo de drogas.
- Prevención Selectiva: cuando nuestras acciones estén dirigidas a grupos de la población que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad y que presentan mayor probabilidad para iniciarse en el consumo de drogas. Son aquellas actuaciones que inciden en reducir los factores de riesgo que facilitan un uso problemático de drogas.
- Prevención Indicada: cuando implementamos acciones dirigidas a un subgrupo de la población consumidora de drogas y que manifiestan problemas de conducta siendo considerados grupos de alto riesgo. En este caso no sólo pretendemos reducir el consumo sino reducir además los problemas asociados o las consecuencias derivadas de dicho consumo.

El Área de Prevención considera prioritaria la actuación en el Ámbito Educativo con programas continuados en el tiempo y dirigidos a los diferentes niveles de educación,

además de mantener una óptima coordinación con la Dirección Provincial de Educación en nuestra ciudad.

2. ÁMBITO ASISTENCIAL

El fortalecimiento de la red asistencial es otro de los puntos fuertes de la intervención sobre el consumo de drogas, su problemática asociada y las adicciones sin sustancia. Una optimización de recursos y dispositivos de asistencia especializada, así como apoyo para los recursos complementarios, es fundamental para minimizar el impacto personal y social del consumo de drogas y las otras adicciones.

La progresiva especialización y profesionalización de los recursos es necesaria ante un problema con repercusiones sociales cada vez más complejas, y que plantea problemas nuevos que no pueden ser tratados desde estructuras anticuadas, basadas simplemente desde la buena intención, sino que exigen planteamientos actualizados y especializados, como en cualquier otra rama de intervención socio-sanitaria.

Además, la continuada globalidad y normalización que debe regir la asistencia a las personas drogodependientes requiere profundizar en la implicación, participación y coordinación de los servicios generales y especializados de los sistemas de salud y servicios sociales.

Aunque partimos de que no todas las personas con problemas de consumo y adicción sufren problemas de exclusión social, es necesario tener en cuenta que las personas drogodependientes con las que trabajamos a diario sí están en mayoría en alguna de estas situaciones: menor nivel socioeconómico, vivienda precaria, dificultades de acceso al mercado laboral y/o mantenimiento del empleo, problemática asociada al deterioro de su salud física o psíquica, carencias formativas y problemas jurídico-penales, entre otras. Por lo que la atención debe ser una intervención integral que incida en todos los ámbitos de su vida. El sistema de asistencia e incorporación social del drogodependiente en nuestra comunidad autónoma se estructura en tres niveles de intervención:

NIVELES DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
RECURSOS	- Servicios de Salud de Atención Primaria - Servicios Sociales Generales o de Base	- Centro Atención a las Drogodependencias y otras adicciones. - Equipos de Salud Mental de Atención Primaria. - Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario - Asociación de ayuda y autoayuda, Hospital General	- Recursos altamente especializados no polivalentes: incluyen las unidades de desintoxicación hospitalaria, los centros terapéuticos acreditados, pisos de acogida y la reinserción y apoyo a la desintoxicación de personas drogodependientes.

	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
FUNCIONES	- Actuar como puerta de acceso a la red asistencial - Detectar la existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas y en su caso, derivar a los servicios especializados. - Prestar información y asesoramiento básico a las personas y familiares con problemas de drogas y otras adicciones. - Motivar el Tratamiento. - Atender la problemática orgánica y social asociada al consumo. - Participar en el diseño y ejecución de programas de prevención - Actuar como puerta de salida de la red.	- Diagnóstico, evaluación y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones. - Actuar como centros de referencia de la red asistencia, coordinando las actuaciones de los diferentes servicios que intervienen en el proceso rehabilitador. - Derivar a los usuarios a servicios con mayor grado de especialización (de tercer nivel) cuando precisan una atención que no pueden dispensar ellos). - Participar junto con los recursos del nivel primario en el desarrollo de programas de prevención y reinserción. - Educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes, infectados por el VIH y personas enfermas de Sida.	- Prestar una atención altamente especializada, durante un período de tiempo limitado. - Derivar los sujetos atendidos al dispositivo de referencia una vez que cesa su intervención.

3. ÁMBITO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN:

El fenómeno del consumo de drogas es dinámico y cambiante. En estos últimos años estamos asistiendo a un cambio en los patrones de consumo, a la existencia de una mayor variedad en la oferta y a la aparición de nuevos tipos de sustancias reiteradamente consideradas como dañinas. De igual manera ha variado el perfil del consumidor, manifestándose como sujeto socialmente integrado y es que lejos de la marginalidad, los jóvenes han comenzado a reducir su nivel de alarma considerando ciertos consumos tolerables y sin riesgos aparentes.

El Plan sobre Drogas y otras conductas adictivas debe posibilitar que los profesionales relacionados con el fenómeno de las drogodependencias estén en constante formación teniendo así en consideración la evolución del fenómeno. Además estará dirigida, por una parte, a los principales colectivos profesionales de la educación, de la sanidad y sociales que ejecutan los programas de intervención en drogodependencias en los diferentes ámbitos.

Por otra, a la formación especializada en materia de drogodependencias entre profesionales que trabajan en este campo promoviendo un abordaje global, de los problemas relacionados con las drogas en la Ciudad Autónoma de Ceuta.

9. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

PREVENCIÓN:

La promoción de estilos de vida saludables en relación al consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, conllevan el desarrollo de modelos de intervenciones preventivas y de reducción del daño. Se trata de acciones orientadas a una mejora de la información y de las actitudes, fomentando la participación activa de la población y dirigiendo actuaciones específicas a los grupos considerados de riesgo.

Todo ello conlleva la adopción de estrategias de intervención integrales que, partiendo de las características, necesidades y potencialidades de las personas a las que van dirigidas, se estructuren en programas de acción continuados y evaluables, en los que las campañas informativas se utilizarán como herramientas que complementen las actuaciones llevadas a cabo.

Un elemento imprescindible para mejorar la eficacia de la prevención es facilitar una información veraz y suficiente sobre las drogas. En este sentido el fomento de la capacitación personal debe contemplar además la formación en habilidades personales y sociales que faciliten la reducción de estereotipos y permitan el establecimiento de relaciones conscientes con el consumo.

OBJETIVO GRAL	1. FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, ASÍ COMO HABILIDADES Y COMPETENCIAS PERSONALES QUE EVITEN Y/O RETRASEN LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Dotar a los alumnos y a los profesores de las herramientas necesarias para afrontar cualquier problema con el consumo de drogas, a través de la implementación de programas educativos evaluados.
	Sensibilizar hacia la necesidad de desarrollar programas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo. Considera la prevención del consumo de alcohol y tabaco.
	Informar y sensibilizar a la población sobre el humo ambiental del tabaco, así como los efectos sobre el organismo especial referencia a los niños y mujeres embarazadas
	Generar cauces de Coordinación Institucional con la Dirección Provincial de Educación al objeto de supervisar las intervenciones puestas en marcha en materia de drogas en el ámbito escolar.
	Involucrar y responsabilizar a los medios de comunicación, las redes sociales y especialmente a los medios televisivos, en relación con la información de los perjuicios del consumo de alcohol por menores de edad y la necesidad de establecer medidas de control para evitar que la publicidad y promoción se dirija a los menores de edad, en los medios o espacios dirigidos a este público.
	Desarrollar campañas públicas de educación y prevención enfocadas a evitar el consumo de alcohol por menores de edad, detectando los factores de riesgo y potenciando los factores de protección.
	Aumentar la cobertura de participación escolar en programas preventivos.
ESTRATEGIAS	Formando a los profesionales implicados directa o indirectamente en la materia, que les permita una adecuada intervención desde sus respectivas áreas de trabajo.
	Aplicando programas acreditados de prevención escolar, adecuado a cada etapa y nivel educativo.

	Ampliando de la oferta de acciones preventivas en centros educativos.
	Poniendo en marcha instrumentos preventivos que utilicen como canal de difusión y accesibilidad las nuevas tecnologías aplicadas.
	Presentando anualmente junto a la Consejería de Educación los programas escolares y los recursos existentes en materia de drogodependencias de nuestra ciudad con el fin de facilitar la accesibilidad de estos al profesorado. Orientando, asesorando y motivando a los equipos docentes para que pongan en marcha acciones y programas preventivos entre el alumnado.

2. INFORMAR Y ASESORAR EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS A LA POBLACIÓN JUVENIL, ASÍ COMO DESARROLLAR EN ELLOS COMPETENCIAS Y HABILIDADES QUE EVITEN EL CONSUMO DE DROGAS.	
OBJETIVO GRAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas en general y de alcohol en particular, generando actuaciones con los jóvenes a través de aquellos agentes que intervienen directamente en la obtención del Permiso de Conducir, tales como la Dirección General de Tráfico y las Autoescuelas de nuestra ciudad.
	Promocionar la salud, centrándonos en los principales factores psicológicos y sociales que propician el inicio en el consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela, a través de la ocupación del ocio y el tiempo libre.
	Fomentar la práctica del deporte, así como actividades creativas y artísticas. Impulsar y publicitar la oferta pública de actividades de ocio para menores (principalmente deportivas y culturales) alternativas al consumo de alcohol en el colectivo.
	Realizar campañas de sensibilización e informativas sobre las diferentes sustancias y los riesgos asociados a su consumo.
ESTRATEGIAS	Realizando campañas de información y sensibilización sobre la magnitud de los daños producidos por el abuso de drogas y sobre la importancia de que la población respalde las acciones preventivas.

	Realizando programas o acciones preventivas de carácter extraescolar incompatibles con el consumo de drogas, que potencien los factores de riesgo.
	Desarrollando programas que disminuyan la aparición de los factores de riesgo y aumenten el fortalecimiento de los factores de protección.
	Adaptando los programas acreditados de prevención a las características singulares de los principales colectivos de inmigrantes.
	Incluyendo información sobre las diferentes drogas en los centros juveniles oficiales.
	Difundiendo los programas a través de los medios de comunicación social.
	Difundiendo material informativo sobre las distintas sustancias y sus consecuencias, en espacios recreativos de ocio nocturno.

3. PREVENIR Y REDUCIR EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL.	
OBJETIVO GRAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Orientar las acciones formativas generales desde los diferentes ámbitos en materia de drogodependencias.
	Favorecer la puesta en marcha de programas de prevención desde otras instituciones
	Conseguir el consenso de los profesionales que trabajan en los ámbitos próximos a los ciudadanos (educación, salud, servicios sociales...)
	Proporcionar a los profesionales implicados directa o indirectamente en el fenómeno de las drogodependencias, la formación y el asesoramiento que les permita una adecuada intervención desde sus respectivas áreas de trabajo.
	Diseñar actuaciones de carácter preventivo en los diferentes ámbitos de intervención.

	Formar a mediadores sociales en prevención de drogodependencias en el medio laboral.
	Diseñar y editar una guía de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.
	Potenciar y coordinar políticas de actuación dirigidas a la población afectada, directa o indirectamente, por el tráfico y consumo de drogas, identificando y divulgando los mejores programas para convertirse en un referente de consulta para las entidades locales que desarrollen o vayan a desarrollar programas preventivos.
ESTRATEGIAS	Realizando y distribuyendo de una guía de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral teniendo en cuenta las características de los diferentes sectores o gremios profesionales.
	Desarrollando programas de prevención en los centros de trabajo, priorizando actuaciones en sectores con una mayor concentración de factores de riesgo y con posible consecuencias negativas para terceros.
	Consensuando a los profesionales que trabajan en los ámbitos próximos a los ciudadanos en materia de drogodependencias (educación, salud, servicios sociales..).

OBJETIVO GRAL	4. FORMAR A PADRES Y MADRES EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS, AUMENTANDO COMPETENCIAS EDUCATIVAS Y AYUDANDO A MINIMIZAR LOS OBSTÁCULOS EN LA COMUNICACIÓN SUS HIJOS/AS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Ofrecer a los Padres y Madres de la Ciudad Autónoma de Ceuta, la información y conocimientos básicos en prevención de drogodependencias con la finalidad de permitirles una mayor capacitación en la tarea de educar, así como dotarlos de un mayor número de recursos educativos para desempeñar sus funciones parentales lo más adecuadamente posible y lograr así el desarrollo de la personalidad de sus hijos.
	Aumentar la cobertura de participación parental en programas preventivos.
	Prevenir la aparición de problemas derivados del consumo de drogas desde la familia, optimizando las habilidades de comunicación y concienciándolos sobre la importancia de su papel modélico como agentes de salud.
	Sensibilizar a los padres y madres respecto a la percepción del riesgo en el consumo de drogas legales y sus consecuencias.
	Dotar de recursos a las familias y a los entornos sociales del menor para incrementar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol por menores.
ESTRATEGIAS	Desarrollando programas acreditados de prevención familiar a nivel universal, selectivo e indicado según lo requiera el grupo, así como realización de cursos y sesiones de formación adaptadas al entorno familiar.
	Ampliando la oferta formativa a padres y madres a través de los centros educativos, AMPAS, asociaciones de vecinos, etc.
	Aplicando nuevos programas de prevención dirigidos a menores en situación de riesgo, como por ejemplo: hijos e hijas de drogodependientes con dificultades de adaptación social, menores infractores, etc.
	Realizando campañas informativas sobre las diferentes sustancias y las consecuencias de su consumo
	Editando y distribuyendo material específico sobre prevención familiar de las drogodependencias.

OBJETIVOS DEL ÁMBITO DE ASISTENCIA

OBJETIVO GENERAL	1. DISMINUIR EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES Y LA PREVALENCIA DE OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Ofertar atención integral a través de la red asistencial a las personas consumidoras de drogas legales e ilegales.
	Facilitar el acceso de la población drogodependiente a los servicios de la red asistencial.
	Facilitar el abandono del abuso y la dependencia de las drogas y otras conductas adictivas.
ESTRATEGIAS	Ofreciendo información actualizada sobre recursos, programas y actuaciones de la red asistencial.
	Realizando tratamientos de la dependencia a drogas legales e ilegales en los centros específicos de asistencia ambulatoria.
	Adaptando los servicios de las unidades asistenciales a las nuevas demandas de tratamiento.

OBJETIVO GENERAL	2. GARANTIZAR UNA ASISTENCIA INTEGRAL DE CALIDAD, ADAPTADA A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE TODAS AQUELLAS PERSONAS, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SE ENCUENTRAN AFECTADAS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Gestionar la atención integral de la persona adicta a través de una oferta terapéutica suficientemente diversificada y actualizada que permita ajustarse a la heterogeneidad del problema.
	Mejorar la atención integral de las personas drogodependientes con patología psiquiátrica asociada (patología dual).
	Promover la participación familiar en el tratamiento.
	Fomentar la orientación legal y facilitar los cumplimientos alternativos a los usuarios de la red asistencial.
	Implantar programas asistenciales adaptándolos a las distintas culturas existentes en nuestra ciudad.
	Ofrecer programas específicos de intervención con menores drogodependientes.
ESTRATEGIAS	Fomentar la colaboración, implicación y coordinación con la red de recursos asistenciales de la Ciudad Autónoma de Ceuta (Ingresa, Servicios Sociales, Instituciones Penitenciarias, Juzgados, etc.)
	Facilitando la derivación a otros recursos de tercer nivel.
	Integrando y apoyando a las familias en el proceso de tratamiento de las personas drogodependientes.
	Ofertando tratamiento integral a los internos drogodependientes del Centro Penitenciario de Ceuta.
	Contemplando y adaptando el proceso de intervención a las características especiales de colectivos como inmigrantes y mujeres adictas.
	Aplicando un programa de atención a menores drogodependientes y especialmente a los que tienen medidas de protección o reforma.

OBJETIVO GENERAL	3. DESARROLLAR PROGRAMAS DIRIGIDOS A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS Y A LOS QUE PERMANECEN AL MARGEN DE LA RED ASISTENCIAL POR DISTINTAS CAUSAS, PARA MEJORAR SUS NIVELES DE SALUD E INTENTAR MOTIVARLES PARA PROGRESAR A OTRAS FORMAS DE INTERVENCIÓN EN LAS QUE EL CONSUMO DE DROGAS NO FORME PARTE DE SUS VIDAS. ASÍ COMO REDUCIR, EN GENERAL LOS EFECTOS SOCIALES Y SANITARIOS INDESEABLES DERIVADOS DEL USO DE DROGAS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Implementar actuaciones y recursos de prevención y promoción de la salud para consumidores en activo. Impulsar recursos y programas asistenciales que tengan como población diana aquellos colectivos de drogodependientes que no acuden habitualmente a dispositivos socio-sanitarios y/o se encuentran en situación de mayor riesgo de exclusión social o presentan enfermedades y conductas de riesgo. Potenciar el desarrollo y mejora asistencial del Programa de Reducción de Daño. Prevenir los comportamientos de alto riesgo en las personas consumidoras de drogas, en especial, los episodios intensos de consumo de alcohol, la utilización de la vía intravenosa, el consumo múltiple de drogas y las relaciones sexuales sin protección. Reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los progenitores. Promover la adquisición de estrategias y habilidades necesarias para afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo. Intensificar las actividades de prevención de infecciones asociadas al consumo de drogas, como VIH, Hepatitis, Tuberculosis e ITS, en colaboración con el Plan Sobre Sida de Ceuta.

ESTRATEGIAS	Potenciando dispositivos móviles en los escenarios de consumo que favorezcan la reducción de riesgos y daños.
	Ampliando la oferta de programas de reducción del daño y sustitutivos opiáceos.
	Promoviendo programas de reducción del daño minimizando las consecuencias que eviten los daños en el desarrollo infantil.
	Desarrollando intervenciones específicas con progenitores consumidores que eviten los daños en el desarrollo infantil.
	Desarrollando el Programa de Intercambio de Jeringuilla (PIJ) dirigido a usuarios de drogas vía parenteral.
	Informando y formando a los usuarios sobre los mecanismos de prevención frente al VIH y otras ITS (Infecciones de transmisión sexual).
	Facilitando el diagnóstico precoz de patologías relacionadas con el consumo de drogas.
	Disponiendo y ofertando preservativos masculinos y femeninos en todas las instituciones y centros sanitarios.

OBJETIVO GENERAL	4. INTEGRAR SOCIAL Y LABORALMENTE A LOS DROGODEPENDIENTES EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE UNA SERIE DE MEDIDAS QUE LOGRARÁN MEDIANTE LA FORMACIÓN Y EL TRABAJO, QUE ESTAS PERSONAS NORMALICEN PROGRESIVAMENTE SUS RELACIONES SOCIALES, FAMILIARES Y LABORALES, HASTA CONSEGUIR SU PLENA INTEGRACIÓN SOCIAL.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Potenciar formas de trabajo en red que permiten la imbricación de la persona, su proyecto de inserción socio-laboral y el mercado de trabajo, evitando la duplicidad de los recursos. Sensibilizar y propiciar la participación de todos los agentes sociales implicados en el proceso de inserción socio-laboral de las personas desempleadas, a través de campañas informativas. Fomentar la colaboración, implicación y coordinación con otras instituciones. Dotar al sujeto de la formación, habilidades y destrezas necesarias que le faciliten su incorporación y adaptación al mercado laboral, incorporándolos a itinerarios de inserción socio-laboral ajustados y realistas. Acercar los recursos socio-laborales a los drogodependientes en proceso de incorporación social. Mejorar el grado de autonomía personal y de participación social en su entorno como sujeto de derechos y deberes. Proporcionar apoyo técnico, asesoramiento y orientación de forma continuada a los empresarios, organismos e instituciones implicadas en el proyecto. Tutelar a los sujetos durante el desarrollo de su proyecto individual de inserción socio-laboral, al objeto de reforzar sus aprendizajes y consolidar sus logros. Potenciar estrategias de actuación desde la perspectiva de género, ya que si al fenómeno de las drogodependencias unimos el hecho de ser mujer, se dificulta aún más la integración social y laboral de estas personas.
ESTRATEGIAS	Contactando, colaborando y coordinando de manera continuada con instituciones implicadas en materia de formación y empleo. Acercándose continuamente con el tejido empresarial para conocer sus demandas, fomentando su responsabilidad social y abordando conjuntamente sus miedos y dificultades ante la contratación de las personas

con problemas de drogas y su mantenimiento en el puesto de trabajo.

Acompañando al usuario durante todo su proceso de inserción socio-laboral.

Promoviendo actividades que faciliten el acercamiento de este colectivo al mercado de trabajo.

Informando y asesorando al usuario sobre recursos tanto normalizados, como específicos en materia de formación profesional, ocupacional y empleo.

Facilitando formación a drogodependientes en tratamiento a través de programas adaptados a sus características y necesidades.

OBJETIVO GENERAL	5. JUEGO PATOLÓGICO: LA LUDOPATÍA ES UNA FORMA DE ADICCIÓN SIN DROGAS. CONDUCTAS NORMALES, INCLUSO SALUDABLES COMO JUGAR, COMER O UTILIZAR EL ORDENADOR SE PUEDEN HACER ANORMALES EN FUNCIÓN DEL GRADO DE INTERFERENCIA NEGATIVA EN LAS RELACIONES FAMILIARES, SOCIALES Y LABORALES DE LAS PERSONAS IMPLICADAS. EL PRINCIPAL OBJETIVO TERAPÉUTICO TIENE COMO META LA ABSTINENCIA AL JUEGO, PARA ELLO SE DISEÑARÁN LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS PARA CADA PACIENTE, APLICANDO TÉCNICAS CONDUCTUALES, CONTROL DE ESTÍMULOS Y EXPOSICIÓN EN VIVO CON PREVENCIÓN DE RESPUESTAS, PRINCIPALMENTE SEGUIDAS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Motivar y sensibilizar al paciente hacia el tratamiento
	Estabilizar los logros conseguidos
	Prevenir las recaídas, realizando psicoterapia individual y de grupo
ESTRATEGIAS	Realización de cursos de formación continua para los profesionales implicados en el programa de juego patológico.
	Divulgación a través de la pagina web del Plan Sobre Drogas de Ceuta, del Programa de Ludopatía
	Realización de un Manual de Juego Patológico para informar y sensibilizar a la población en general y específicamente a los familiares de personas que presentan problemas con el juego.

OBJETIVOS DEL ÁMBITO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL	1. EL PLAN SOBRE DROGAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA, VELARÁ POR UNA ADECUADA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y POBLACIÓN GENERAL INTERESADA. ASÍ MISMO PROMOVERÁ LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN Y FOMENTARÁ LA INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Conseguir una formación continuada multidisciplinar de los profesionales que desempeñen su trabajo en el Plan sobre Drogas y otras conductas adictivas.
	Facilitar recursos formativos adaptados al ejercicio de las funciones específicas de los distintos profesionales.
	Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en el campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.
	Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.
	Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas
ESTRATEGIAS	Realizando estudios sociológicos sobre el consumo de drogas en el medio escolar y en la población general de 15 a 64 años.
	Creando la página Web del Plan sobre Drogas y otras conductas adictivas.
	Difundiendo los estudios y publicaciones que en materia de drogodependencias son promovidos, directa o indirectamente por el Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y por instituciones ceutíes.
	Formando a los profesionales del área de las drogodependencias y promoviendo la asistencia a cursos, jornadas y congresos especializados en la materia.
	Difundiendo información sobre drogas en otras páginas web.

Reactivando el fondo documental del área de prevención del Plan sobre Drogas y otras conductas adictivas.

Facilitando la accesibilidad a los fondos documentales y bibliográficos especializados en drogodependencias tanto a profesionales implicados como en general a la población interesada.

10. FINANCIACIÓN

Las actuaciones desarrolladas por el Plan Sobre Drogas y otras Conductas Adictivas están sustentadas por un importante volumen de recursos humanos, materiales y financieros procedentes de distintas administraciones Públicas y de instituciones privadas que colaboran en su desarrollo.

La Consejería de Sanidad y Consumo, como fuente principal de financiación del Plan sobre Drogas y otras Conductas Adictivas, en sus presupuestos anuales consignará una partida presupuestaria suficiente, que garantice el mantenimiento y continuidad de los programas y servicios que a lo largo del tiempo (muchos de ellos se llevan desarrollando desde hace más de una década) han demostrado su eficacia y viabilidad, así como el desarrollo e implantación de nuevos programas.

La financiación de las actuaciones previstas para el período 2011-2016, deberá ajustarse a la consecución de los objetivos marcados en el presente Plan. Se realizará mediante la dotación de recursos humanos y materiales ya existentes en La Consejería de Sanidad y Consumo, así como la asignación presupuestaria específica para su desarrollo.

11. EVALUACIÓN

La evaluación se ha convertido en una herramienta indispensable para valorar, reorientar, modificar y potenciar nuestras actuaciones, con el objeto de distribuir los recursos y los esfuerzos con los mejores resultados posibles.

La evaluación es una parte indispensable para el desarrollo del plan, ya que es el único mecanismo que nos permite detectar desviaciones en las acciones claves y en las metas operativas previstas, introduciendo las medidas correctoras oportunas que permitan avanzar en la consecución de los objetivos.

Además, la evaluación nos va a permitir contemplar la identificación de nuevas necesidades o de problemas emergentes que requieran adaptaciones o nuevas actuaciones en las diferentes líneas estratégicas del Plan.

El planteamiento de las acciones evaluadoras deberá de garantizar el cumplimiento y consecución de los objetivos, de obtener información adecuada y de realizar el tratamiento más idóneo de la misma.

Para ello se plantearán análisis:

- Con estrategias de muestreo y criterios de selección muestrales rigurosos.
- Atendiendo a la validez interna de los estudios realizados de forma que los instrumentos utilizados garanticen ser adecuados en sus funciones de tratamiento de la información.

Otros instrumentos básicos son:

- 1.- Sistema de información digital que permita en todo momento acceder al historial clínico de los usuarios, garantizando la confidencialidad.
- 2.- Las bases de datos para tratamiento estadístico de la información.
- 3.- Las evaluaciones desde el punto de vista de los profesionales y de los movimientos sociales.
- 4.- Los indicadores de calidad de vida de los pacientes y de la sociedad en general.

Los indicadores a utilizar en esta evaluación son:

- a) Indicadores de resultados basados en los objetivos generales y específicos de cada área.
- b) Indicadores del proceso en función de las actividades llevadas a cabo a fin de conseguir los objetivos.
- c) Indicadores de prestación de servicios que informarán de las acciones realizadas para incrementar la calidad de las actuaciones.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ciudad Autónoma de Ceuta. Memoria del Plan Sobre Drogas de Ceuta 2009 (PSDCE). Consejería de Sanidad y Consumo. Documento auto editado.
2. Ciudad Autónoma de Ceuta. Memoria del Plan Sobre Drogas de Ceuta 2010. (PSDCE). Consejería de Sanidad y Consumo. Documento auto editado.
3. Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012). Disponible en: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/es/04/st15/st15074.eso4.pdf>
4. Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2009-2012. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:326:0007:0025:ES:PDF>.
5. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FrameworkSP.pdf>
6. Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:ES:PDF>.
7. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2010. Disponible en: www.emcdda.europa.eu
8. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de drogas. UNODC; 2009
9. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Informe >The evidence of health effectiveness> de la Unión Internacional de Promoción de la salud y educación para la salud -IUHPE para la Comisión Europea. OEDT; 2002
10. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Viena; 2004.
11. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>

12. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Ministerio de Sanidad y Política Social; Madrid; 2009. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Acción sobre Drogas España 2009-2012. 2010. Disponible en:
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf.
14. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Sondeo de opinión y situación de la gente joven (2.ª encuesta 2007). Uso de TIC, ocio y tiempo libre, información. INJUVE. Observatorio de la Juventud de España.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre alcohol. Comisión Clínica de la Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007.
17. Observatorio para la prevención del tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008. Disponible en:
http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf.
18. Junta de Castilla y León. VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.
19. Gobierno de Cantabria. Estrategia Sobre Drogas de Cantabria 2009-2013. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
20. Alfonso Ramírez de Arellano Espadero. Actuar localmente en (drogo) dependencias. Diputación de Huelva. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID). 2002.
21. Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. 2001. Federación Española de Municipios y Provincias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Gobierno de España.
22. Calvo Botella H et al. La calidad en el proceso de inserción del drogodependiente. Salud y Drogas 2007; 7 (1):159-174

23. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4) 4. Oxford: Update Software Ltd.
24. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2008 (2).
25. Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007, 2009. Observatorio Español sobre Drogas (OET). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
26. Encuesta Estatal sobre el uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Observatorio Español sobre Drogas (OET). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
27. Encuesta Sobre el Consumo de Drogas entre la Población Joven en Ceuta. 2007. Sociópolis. PSDCE. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.
28. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas 2011. Interservicios. Plan sobre Drogas. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.
29. Encuesta sobre Hábitos Tabáquicos. 2011. Interservicios. Plan sobre Drogas. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.
30. Avance Estudio sobre Consumo Recreativo de Drogas entre los jóvenes de Ceuta. 2010-2011. Sociópolis. PSDCE. Consejería de Sanidad y Consumo. Ciudad Autónoma de Ceuta.