

PLAN DE ADICCIONES DE DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

2017-2021

DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL

Servicio de Prevención, Infancia y Familia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

pag. 4

MARCO NORMATIVO

pag. 5

1. Comunidad Autónoma del País Vasco
 - 1.1.- Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias.
 - 1.2.- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.
 - 1.3.- Ley 10/2015, de 23 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas.
2. Ayuntamiento de San Sebastián
 - 2.1.- Ordenanza sobre el civismo, reguladora del uso y la limpieza de la vía pública y la protección del paisaje urbano.
 - 2.2.- Ordenanza reguladora de la instalación de vallas publicitarias.
 - 2.3.- Reglamento de Transporte de Donostia-San Sebastián
3. Estado Español
 - 3.1.- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
 - 3.2.- 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.

MODELOS TEÓRICOS, LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PLANES DE ACCIÓN

pag. 14

1. Modelos teóricos.
2. Estrategia y Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2021).
3. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016.
4. VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017-2021.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC-S)

pag.36

1. Investigación europea sobre riesgos y oportunidades online para los menores.
2. Riesgos y oportunidades en Internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (9-16 años).
3. Diagnostico de la situación de la juventud de Euskadi 2017 (15-29 años).
4. Jóvenes y comunicación. La impronta de lo virtual.

1. Informe mundial sobre las drogas.
2. Informe europeo sobre las drogas (tendencias y novedades).
3. Datos de la XI edición de la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES 2015).
4. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Informe 2016 (1994-2014)
5. El consumo de drogas en la CAPV.

PROYECTOS

pag.85

- Intervención en momentos festivos
 - Campaña de alcohol en fiestas.
 - Dispensación responsable
 - Testing
- Diseño y difusión de materiales sobre drogas y TICs.
- Formación en riesgos asociados al uso de tecnologías de la información y comunicación (TICs)
- Información y orientación en los locales de jóvenes.
- Medidas alternativas a las sanciones
- Riesgo Alcohol

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

pag.118

BIBLIOGRAFIA

pag. 119

INTRODUCCIÓN

El Plan de Adicciones es el instrumento de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de las administraciones públicas vascas en esta materia, tal y como lo determina la Ley 1/2016 de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

Desde el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián, creemos en la obligación de continuar la labor comenzada décadas atrás, con las elaboraciones de los planes locales. Este instrumento recoge el conjunto ordenado de programas y actuaciones que en materia de prevención de se llevarán a cabo en el período 2017-2021, haciendo especial hincapié en la prevención selectiva e indicada, apostando por la reducción de riesgos, no sólo en materia de drogas, sino también en elementos cada vez más habituales en nuestra sociedad, como son las Tecnologías de la información y comunicación.

Para su elaboración se ha tenido en cuenta, tanto las diferentes evaluaciones técnicas de los programas y acciones hasta ahora desarrolladas, así como también, la adaptación a las nuevas necesidades detectadas y su adecuación a las nuevas legislaciones que afectan directamente a este plan. (Ley 1/2016 de 7 de abril de atención integral de adicciones y drogodependencias de la CAV).

Este proyecto nace del trabajo conjunto del departamento de servicios sociales con diversos agentes sociales y cuenta con la indispensable colaboración interdepartamental, siendo el marco necesario para reunir, analizar y satisfacer los intereses y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con las condiciones de vida y las relaciones de convivencia.

MARCO NORMATIVO

1.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

1.1.- Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias.

El punto de partida del Plan Local de Prevención de Adicciones lo encontramos en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias. Esta ley pretende un abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones, haciendo especial énfasis en la educación para la salud en todos los ámbitos y áreas que tienen incidencia en las adicciones. En efecto, hasta ahora, la materia de las drogas se ha ubicado en ámbitos diversos, pero ya no solo se trata de una cuestión de orden público, ni únicamente meritoria de atención sanitaria o desde los servicios sociales; según se admite mayoritariamente en el momento actual, las adicciones son una cuestión en la que está comprometida la salud pública y cuyo abordaje requiere la concurrencia del compromiso y de la responsabilidad social.

Artículo 13.- Prevención de las adicciones.

1.- En el marco de esta ley, las medidas de prevención se aplicarán a las adicciones, a los factores de riesgo precursores de estas, a los consumos problemáticos y a las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales.

2.- Las administraciones públicas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, y muy especialmente en el sistema de salud, en el de los servicios sociales y en el educativo, medidas preventivas orientadas a la sensibilización e información de la población:

- a) Sobre el fenómeno social de las adicciones.
- b) Sobre el potencial adictivo de determinadas conductas, en particular la dedicación excesiva a los juegos de azar y a las tecnologías digitales y a sus nuevas aplicaciones.
- c) Sobre las características y consecuencias perjudiciales de todos ellos.

3.- Los poderes públicos, dentro de los ámbitos de actuación que les correspondan, potenciarán intervenciones preventivas para mejorar las condiciones de vida, para superar los factores personales, familiares o sociales de exclusión que inciden en las adicciones, y para facilitar la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

Según lo establecido en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, las actuaciones de estos que se dirijan al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión, a la integración de la ciudadanía en su entorno personal, familiar y social, y a la promoción de la normalización social, se considerarán como áreas de actuación preferente, y deberán ser potenciadas dentro de los programas de servicios sociales existentes.

4.- De forma complementaria a los objetivos generales en materia de educación para la salud establecidas en el artículo 9 de la presente ley, los servicios de salud pública y de atención primaria de salud actuarán preventivamente, en coordinación con los agentes del ámbito comunitario, mediante estrategias y programas para promover hábitos de vida saludable, así como acciones informativas, campañas de detección precoz y modificación de hábitos inadecuados o abusivos.

5.- Las actuaciones de prevención se dirigirán al conjunto de la población en todas las etapas de la vida y, en particular, serán objeto de especial atención las personas y grupos expuestos a factores de riesgo, las personas menores de edad y la juventud y las personas y colectivos de población en situación de mayor vulnerabilidad.

6.- Los ámbitos prioritarios de actuación preventiva serán el familiar, el comunitario, el educativo y el laboral, que deberán coordinarse entre sí y con agentes sociales, sobre todo comunitarios, para la efectiva eficacia de las medidas a aplicar.

Artículo 14.- Objetivos en el ámbito de la prevención de adicciones.

La acción preventiva desarrollada en el ámbito de la presente ley se orientará a la consecución de los siguientes objetivos:

- a) Extender y fortalecer los factores de protección como inhibidores de los consumos problemáticos de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva y de la aparición de conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
- b) Eliminar o, en su caso, minimizar los factores de riesgo capaces de generar daños específicos de carácter individual, familiar, laboral y del entorno.
- c) Retrasar al máximo la edad de inicio del consumo de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como de inicio en conductas excesivas que conlleven riesgo de desarrollo de adicciones comportamentales.
- d) Eliminar y, en su caso, limitar los consumos problemáticos de riesgo y abusos, así como otras conductas excesivas con riesgo de generar adicciones comportamentales.
- e) Promover la adopción de pautas de moderación y responsabilidad en conductas y consumos que, cuando son excesivos, presentan el riesgo de generar adicciones.

Artículo 15.- Prevención en el ámbito familiar.

1.- Siendo la familia un elemento fundamental en la educación y formación de los hijos e hijas y en la transmisión de estrategias, valores habilidades y competencias para prevenir las adicciones, se pondrán en marcha intervenciones y programas destinados a sensibilizar a las personas progenitoras o tutoras sobre la transcendencia de su papel en la promoción de factores de protección durante la infancia y la adolescencia.

2.- En el marco de la intervención preventiva, la familia será objeto de especial protección, con el fin de:

- a) Mejorar las competencias educativas y de gestión familiar.
- b) Reforzar la resistencia del núcleo familiar a la exposición y el consumo.

c) Reducir los factores de riesgo e incrementar en las hijas e hijos los factores de protección frente a los consumos problemáticos de sustancias, reforzando así la función de la familia como agente de prevención, en especial en el caso de las familias que cuentan con personas menores de edad y jóvenes.

3.- Las administraciones públicas establecerán cauces de colaboración y coordinación efectivos y eficientes entre todos los organismos públicos competentes, asociaciones de padres y madres, y entidades privadas y entidades sin ánimo de lucro que intervienen en este ámbito de actuación.

Artículo 16.- Prevención en el ámbito comunitario.

1.- La prevención en el ámbito comunitario, que tiene carácter de prioritaria, alcanza aquellos recursos y personas que mayor influencia tienen sobre la población o los grupos de mayor interés como centros educativos, servicios socioculturales, asociaciones juveniles, culturales, deportivas y de voluntariado, colectivos de profesionales y centros de trabajo.

2.- La prevención en el ámbito comunitario se desarrollará preferentemente, en función de sus competencias, por parte de los ayuntamientos y mancomunidades, por la cercanía de los servicios que prestan a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Artículo 17.- Prevención en el ámbito educativo.

1.- El ámbito educativo constituye un pilar básico en las actuaciones preventivas, dado que el medio escolar es fundamental para que la persona, desde sus etapas infantiles y juveniles, llegue a desarrollar competencias sobre cuestiones relativas a su salud y bienestar de forma constructiva y respetuosa hacia sí misma y hacia las otras personas.

Artículo 22.- Prevención en el ámbito del deporte, del ocio y del tiempo libre.

1.- Las administraciones públicas vascas competentes en materia de salud, juventud, deportes, cultura y educación fomentarán una política integral de modelos del uso del tiempo libre alternativos al consumo de sustancias, comportamientos adictivos y otras conductas de riesgo y excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales, fundamentalmente entre jóvenes y adolescentes.

Artículo 31.- Suministro y venta de bebidas alcohólicas.

1.- Se prohíbe la venta o el suministro de bebidas alcohólicas a las siguientes personas:

a) A personas menores de edad.

Artículo 33.- Consumo de bebidas alcohólicas.

1.- Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por personas menores de 18 años.

Artículo 68.- Competencias de los ayuntamientos.

1.- Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en sus respectivos ámbitos territoriales:

- a) La elaboración, el desarrollo y la ejecución del Plan Local sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta ley y en el Plan sobre Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.
- b) La creación y el régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.
- c) La gestión de los premios y los reconocimientos en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.
- d) La supervisión y la vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas en esta ley.
- e) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

2.- Para la realización de las tareas encomendadas, los ayuntamientos podrán actuar de forma individual o mancomunada.

Artículo 69.- Compromisos presupuestarios.

Los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las diputaciones forales y ayuntamientos, deberán prever los créditos destinados a la ejecución de las actividades contempladas en esta ley que sean de su competencia, conforme a las disponibilidades presupuestarias, los programas que se aprueben y los convenios suscritos a tal fin.

Artículo 72.- Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones.

2.- La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones estará presidida por la consejera o el consejero titular del departamento competente en materia de adicciones y estará compuesta por representantes, con la condición de altos cargos, de los departamentos o áreas de la Administración General de la Comunidad Autónoma y por representantes, con la condición de altos cargos o miembros electos, de las diputaciones forales y de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Euskadi competentes en las materias de salud, políticas sociales, educación, cultura, juventud, deportes, seguridad, justicia, empleo, consumo, igualdad, trabajo y comercio, juego y otras relacionadas con las adicciones.

Artículo 84.- Clubes privados de personas fumadoras.

1.- A los clubes privados de personas fumadoras, legalmente constituidos como tales, no les será de aplicación lo dispuesto en esta ley en relación con la prohibición de fumar y a la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco, siempre que se realice en el interior de su sede social, mientras en ellos haya presencia única y exclusivamente de personas socias.

2.- A los efectos de esta disposición, para ser considerado un club privado de personas fumadoras deberá tratarse de una entidad con personalidad jurídica, carecer de ánimo de lucro y no incluir entre sus actividades u objeto social la comercialización o la compraventa de cualesquiera bienes o productos consumibles.

3.- En ningún caso se permitirá la entrada de menores de edad a los clubes privados de personas fumadoras.

1.2.- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Artículo 2.- Marco institucional de la salud.

1.- Corresponde a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica, con el fin de estimular los hábitos de vida saludables, la eliminación de los factores de riesgo, la anulación de la incidencia de efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde.

2.- Compete al Gobierno Vasco preservar ese marco institucional de la salud en Euskadi, dirigiendo las recomendaciones o adoptando las medidas que estime oportunas para velar por su consideración en todas las políticas sectoriales, así como propiciando el diseño de acciones positivas multidisciplinarias que complementen a las estrictamente sanitarias para lograr una mejora continua del nivel de salud de la población.

3.- Se establecerán los cauces necesarios de cooperación con las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales al objeto de garantizar la continuidad en la atención a los problemas o situaciones sociales que concurren en los procesos de enfermedad o pérdida de la salud.

Artículo 13.- Plan de Salud de Euskadi.

1.- El Plan de Salud de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del sistema, por el que se establecerán los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definirán las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

2.- Corresponderá su aprobación al Gobierno Vasco, a propuesta del órgano superior responsable en materia de sanidad, y deberá ser elevado al Parlamento Vasco para su tramitación reglamentaria como comunicación. Incluirá principalmente las siguientes determinaciones:

a) Evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como de las condiciones de acceso a los servicios sanitarios.

b) Prioridades de política sanitaria con respecto a patologías, riesgos de salud y grupos sociales de atención preferente, así como en relación a modalidades asistenciales y tipología de servicios a desarrollar preferentemente.

c) Directrices y criterios estratégicos sobre la cartera de prestaciones sanitarias del sistema y sobre los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para el desarrollo del plan de salud.

d) Indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.

3.- Corresponde al Departamento competente en materia de sanidad elaborar anualmente y remitir al Parlamento un informe con la evaluación de los objetivos y determinaciones del Plan de Salud de Euskadi.

1.3.- Ley 10/2015, de 23 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas.

Artículo 19.- Protección a menores de edad.

1.- Con el fin de proteger a la infancia y adolescencia se establecen las limitaciones para el acceso y permanencia de las personas menores de edad en espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos previstas en este artículo.

2.- Queda prohibida la entrada y permanencia de las personas menores de edad en establecimientos donde se efectúen, exhiban o realicen actividades calificadas como no aptas para menores, o se acceda, por cualquier tipo de medio, a material o información no apto para los mismos, y singularmente quedan prohibidas:

b) La entrada y permanencia de personas menores de edad en establecimientos y locales de juegos, de conformidad con su normativa específica.

c) La entrada y permanencia de las personas menores de edad en salas de fiesta, salas de baile y discotecas, sin perjuicio de lo dispuesto para las salas de baile o discotecas con autorización para realizar sesiones para menores de edad o salas de juventud.

d) La entrada y permanencia de las personas menores de dieciséis años en bares especiales, pubs y disco-bares, salvo que estén acompañados de mayores de edad, sin consumo de alcohol y hasta las 22:00 horas.

4.- Aquellos establecimientos e instalaciones que dispongan de acceso a Internet para la clientela deben adoptar las restricciones de contenidos y cautelas necesarias para evitar que las personas menores de edad puedan acceder a información que pueda dañar el adecuado desarrollo de su personalidad o su formación. En todo caso, queda prohibida la entrada a las personas menores de edad en los cibercafés cuando las conexiones a las redes informáticas de Internet no tengan ningún tipo de limitación referida a la edad de la persona usuaria.

a) La publicidad de dichos establecimientos referente a las sesiones para personas menores de edad no puede referirse ni contener, directa o indirectamente, mensajes ni referencias que no sean aptas para las mismas.

b) Está prohibido el suministro o dispensación por cualquier medio de todo tipo de bebidas alcohólicas o tabaco.

c) No pueden explotarse, durante el horario de apertura de estos establecimientos públicos, máquinas y sistemas de juego.

d) El horario de finalización no puede superar la hora que se establezca reglamentariamente, independientemente de que, pasada una hora, el local pueda reabrirse sin permitir el acceso a menores de dieciocho años.

e) No pueden desarrollarse espectáculos ni instalarse elementos decorativos o emitirse propaganda que pongan en riesgo la integridad física, psíquica o moral de las personas menores de edad.

6.- Las personas titulares de los establecimientos públicos o instalaciones, así como las personas organizadoras de espectáculos públicos o actividades recreativas, pueden exigir, directamente o a través de personal a su servicio, la exhibición del documento nacional de identidad o documento equivalente como medio de acreditación de la edad del público asistente. Deben impedir el acceso y, en su caso,

desalojar, directamente o a través de personal a su servicio, a quienes no acrediten documentalmente su edad o no cumplan con el requisito de la edad a los efectos de lo establecido en esta ley.

7.- A las personas menores de edad que accedan a establecimientos o instalaciones en que se celebren espectáculos públicos o actividades recreativas no se les puede vender o suministrar bebidas alcohólicas ni productos del tabaco y se estará a lo dispuesto por la legislación vigente en tales materias.

Artículo 53.- Infracciones leves

12.- El consumo de bebidas no procedentes de locales de hostelería en la calle o espacios públicos por grupos de personas, cuando, como resultado de la concentración o de la acción del consumo, se puedan causar molestias a las personas que utilicen el espacio público a los vecinos, deteriorar la tranquilidad del entorno o provocar situaciones de insalubridad.

2.- AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

En Donostia podemos encontrar dos ordenanzas y un reglamento relacionadas con el tema de las adicciones:

2.1.- Ordenanza sobre el civismo, reguladora del uso y la limpieza de la vía pública y la protección del paisaje urbano.

TITULO I.- Comportamiento ciudadano en la vía pública.

Artículo 15.- Consumo de drogas y bebidas alcohólicas. Consumo de bebidas en grupo. Armas e instrumentos peligrosos.

1. El consumo de drogas y bebidas alcohólicas, así como el portar y utilizar armas e instrumentos peligrosos, se ajustará a las normas contenidas en la legislación vigente en la materia.
2. La Guardia Municipal procederá al decomiso inmediato de las drogas, sustancias estupefacientes, psicotrópicas y de las armas e instrumentos peligrosos.
3. En lo referente al consumo de tabaco, se prohíbe fumar de forma absoluta en todas las dependencias municipales, salvo las que se encuentren al aire libre o en lugares habilitados para ello. En caso de que no se delimitaran esos lugares, se mantendrá la prohibición de fumar en dichas dependencias.
4. Queda prohibido el consumo de bebidas en grupo, cuando ello genere molestias e imposibilite el disfrute de los espacios públicos por parte de otros usuarios.

2.2.- Ordenanza reguladora de la instalación de vallas publicitarias.

TITULO IV.- Condiciones relativas al contenido de la publicidad.

Artículo 13.-El Ayuntamiento, sin perjuicio de las responsabilidades de todo orden en que pueden incurrir sus autores, ordenará la retirada inmediata de los carteles o vallas publicitarias cuyo contenido atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente en lo que se refiere a la infancia, la juventud y la mujer, así como la que infrinja lo dispuesto en la normativa que regule la publicidad de determinados productos, bienes, actividades o servicios, especialmente en lo que se refiere a la incitación del consumo de droga (alcohol, tabaco, etc.).

2.3.- Reglamento de Transporte de Donostia-San Sebastián

Artículo 28: publicidad en los vehículos:

La publicidad en los vehículos de transporte público no deberá afectar a los espacios de visión de los conductores.

La publicidad no dificultará la identificación de los autobuses como vehículos de transporte urbano público. No se permitirá en ningún caso la publicidad en la parte frontal de los autobuses.

Los contenidos de la publicidad respetarán, en todo caso, la legislación vigente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en particular, en lo relativo a la Prevención de Drogodependencias.

3.- ESTADO ESPAÑOL

3.1.- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.

3.2.- 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.

MODELOS TEÓRICOS, LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PLANES DE ACCIÓN

1.- MODELOS TEÓRICOS

Partiendo de que el fenómeno de las drogodependencias es un fenómeno multifactorial y multicausal, esta propuesta tiene como punto de partida un conjunto de modelos surgidos en diferentes campos del conocimiento y de la intervención. Cada uno de ellos supone un aporte específico que puede ser útil en el ámbito preventivo.

El **modelo ecológico** recoge la importancia de orientar la intervención preventiva hacia la interacción de la persona y su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles que rodean a los individuos. Entiende al individuo inmerso en una serie de espacios de relación más o menos cercanos, sobre los que es preciso intervenir en su conjunto si queremos conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas.

Los distintos niveles donde se mueve una persona podrían representarse como círculos concéntricos, donde el más cercano sería el de los espacios primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y el más lejano sería el de las condiciones macrosociales, políticas y económicas. Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de la persona de forma más o menos directa, interrelacionándose entre sí y, por lo tanto, todos tienen que ser considerados para entender un fenómeno social como el de las adicciones.

De esta manera, hay que tener en cuenta tres grandes elementos que se encuentran interrelacionados: el objeto de la adicción (sustancia o no), el sujeto (factores psíquicos y psicosociales) y el medio (la valoración social de la adicción, condiciones sociales generales).

Por otro lado, el **modelo biopsicosocial** destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social.

Una de las principales aportaciones de este modelo biopsicosocial, en el ámbito preventivo, es el concepto de "factor de riesgo". El factor de riesgo ha sido una de las definiciones más reveladoras en el campo de la prevención, no sólo por lo que significa, sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con la adicción. Desde este enfoque se entiende como factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales o sociales que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en una adicción. Son condiciones de posibilidad que pueden confluir en un momento determinado y aumentar la vulnerabilidad de una persona respecto a una adicción.

No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y adicción, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos y pueden generar una predisposición favorable a la adicción.

Desde este modelo, la prevención debería incidir en la reducción de factores de riesgo. La modificación del fenómeno, dentro de este marco de promoción de la salud no sería sólo responsabilidad de instituciones e instancias sociales, también pasaría por la estimulación de la participación social en el ámbito de la prevención.

El **modelo de competencia social**, a diferencia del anterior, pone el interés en la conceptualización positiva de la salud y la focalización de las competencias existentes más que en los déficits de los individuos o de los grupos. Este modelo se centra en actividades preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socioemocionales que proporcionarán comportamientos más adaptativos y, por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales. La competencia individual para la interacción social actúa como factor de protección frente a las adicciones, por lo que es imprescindible formar a los individuos para dotarles de más recursos a la hora de afrontar situaciones de riesgo.

Por último, la intervención de acuerdo con un **modelo comunitario** supone asumir el influjo de los contextos microsociales (la familia, el grupo de amigos, el barrio, etc.) en el origen y/o evolución del fenómeno y aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, debido a la importancia de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad.

Se interviene a partir del compromiso conjunto de los y las responsables políticos (que han de decidir dar prioridad a la prevención, respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y coordinación), las y los profesionales (dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

Impulsar la prevención de las adicciones según un enfoque comunitario supone señalar un marco caracterizado por:

- La comunidad como territorio simbólico, sujeto y destinatario de la acción.
- El ámbito local, como escenario articulador de las propuestas a impulsar.
- La necesidad de dinamizar a la comunidad organizada, impulsando redes entre las entidades implicadas.
- La creación de espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas.
- El papel clave de la figura del mediador social.
- La formación de los diversos agentes sociales comprometidos con la prevención, en una tentativa de socializar un saber para la acción.
- La multiplicidad de programas: en función de espacios, poblaciones, etc.

2.- ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN DE LA UE EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA (2013-2020).

En toda Europa, el consumo de sustancias ilegales y el uso indebido de otras sustancias, en general, constituyen un grave problema tanto para las personas como para las familias y las comunidades. Aparte de las repercusiones que tiene para la salud y la sociedad el uso indebido de determinadas sustancias, en el mercado ilícito de las drogas reside uno de los principales elementos de la actividad delictiva en la sociedad europea y, en realidad, del mundo entero.

La presente Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga proporciona el marco político general y las prioridades de actuación de la UE en esta materia determinados por los Estados miembros y las instituciones de la UE para el período 2013-2020. El marco, la finalidad y los objetivos de la Estrategia servirán de base para dos Planes de acción cuatrienales consecutivos en materia de lucha contra la droga.

El fenómeno de la droga es una cuestión nacional e internacional que requiere ser tratada en un contexto mundial. A este respecto, la acción coordinada llevada a cabo a nivel de la UE desempeña un papel importante. La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga proporciona un marco común y empíricamente contrastado para responder al fenómeno de la droga dentro y fuera de la UE. Al proporcionar un marco para la realización de acciones conjuntas y complementarias, la Estrategia garantiza que los recursos invertidos en este ámbito se usen de forma eficaz y eficiente, a la vez que tiene en cuenta tanto las limitaciones como las capacidades institucionales y financieras de los Estados miembros y de las instituciones de la UE. La presente Estrategia tiene por finalidad contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta de droga en la UE, así como a reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales, que proporcione un marco para la realización de acciones conjuntas y coordinadas y que constituya la base y el marco político para una cooperación exterior de la UE en este ámbito. Todo ello se conseguirá mediante un planteamiento integrado, equilibrado y empíricamente contrastado.

La presente Estrategia contiene nuevos planteamientos y se enfrenta a nuevos retos que han aparecido en los últimos años, entre otros:

- La tendencia cada vez mayor al uso de polisustancias, incluida la combinación de sustancias legales, como el alcohol y la medicación controlada prescrita y las sustancias ilegales.
- La tendencia al uso de drogas no opiáceas, así como la aparición y difusión de nuevas sustancias psicoactivas.
- La necesidad de garantizar y mejorar el acceso a la medicación controlada prescrita.
- La necesidad de mejorar la calidad, cobertura y diversificación de los servicios de reducción de la demanda de droga.
- La alta incidencia persistente de enfermedades de transmisión sanguínea, especialmente del virus de la hepatitis C, entre los consumidores de drogas por vía intravenosa y los riesgos potenciales de nuevos brotes epidémicos de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea relacionadas con el consumo de droga por vía intravenosa.
- La persistencia de cifras elevadas de muertes relacionadas con la droga en la UE.

- La necesidad de tratar el consumo de droga mediante un planteamiento de atención sanitaria integrado que tenga en cuenta, entre otras cosas, la comorbilidad psiquiátrica.
- La dinámica de los mercados de las drogas ilegales, en particular los cambios de ruta del tráfico de droga, la delincuencia organizada transfronteriza y el uso de nuevas tecnologías de la comunicación para facilitar la distribución de drogas ilegales y nuevas sustancias psicoactivas.
- La necesidad de prevenir el desvío de precursores, pre-precursores y otros productos químicos esenciales empleados para la fabricación de drogas del comercio legal al mercado ilegal y el desvío de determinados productos químicos usados como sustancias de corte.

Los objetivos de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga son los siguientes:

- Contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia de la droga y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga.
- Contribuir a la desorganización del mercado de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas.
- Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE.
- Seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la UE y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas.
- Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

La Estrategia se articula en torno a dos ámbitos de actuación: reducción de la demanda de drogas y reducción de la oferta de drogas, y tres temas transversales: a) la coordinación; b) la cooperación internacional y c) la investigación, información, control y evaluación. Sus dos Planes de acción consecutivos, que elaborarán las Presidencias correspondientes en 2013 y en 2017, proporcionarán una lista de acciones específicas acompañadas de un calendario y determinarán las partes responsables de las acciones, los indicadores y los instrumentos de evaluación de estas.

Ámbito de actuación: reducción de la demanda de droga

El objetivo de reducción de la demanda de droga se persigue mediante una serie de medidas de igual importancia y que se refuerzan mutuamente, en particular la prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), la detección e intervención tempranas, la reducción de los riesgos y perjuicios, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social y el restablecimiento.

En el ámbito de la reducción de la demanda de droga, el objetivo de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) es contribuir a una reducción cuantificable del consumo de drogas ilegales, posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de droga, de la dependencia de la droga y de los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga mediante un planteamiento integrado, pluridisciplinario y empíricamente contrastado, así como a través del fomento y el mantenimiento de la coherencia entre las políticas de sanidad, social y de justicia.

En el Plan de Acción se recogen los siguientes puntos:

Objetivo 1: Prevenir el consumo de drogas y, en segundo lugar, retrasar el comienzo del consumo de drogas.

Actuaciones:

1. Mejorar la disponibilidad y eficacia de las medidas de prevención, teniendo en cuenta: a) los factores de riesgo de la población, tales como la edad, el sexo, factores culturales y sociales, b) los factores de riesgo debidos a la situación, tales como la carencia de hogar; el consumo de drogas relacionado con la vida nocturna y las diversiones; el lugar de trabajo; la conducción bajo los efectos de drogas, y c) factores personales de riesgo, tales como la salud mental; los comportamientos problemáticos y el desarrollo psicosocial y otros factores conocidos por afectar a la vulnerabilidad personal al consumo de drogas, tales como la herencia genética y las circunstancias familiares.
2. Además de la prevención del consumo de drogas, reforzar y dirigir mejor la prevención y las medidas de desviación a fin de retrasar la edad del comienzo del consumo de drogas ilegales.
3. Concienciar a la población de los riesgos y consecuencias del consumo de drogas y de otras sustancias psicoactivas ilegales.
4. Permitir una respuesta más documentada al desafío del consumo incorrecto de opioides y otros medicamentos psicoactivos prescritos por un facultativo u obtenidos sin receta médica.

Objetivo 2: Aumentar la eficacia de los tratamientos contra la adicción y de la rehabilitación, incluyendo servicios para personas afectadas de comorbilidad, a fin de reducir el consumo de drogas ilegales; el consumo problemático de drogas, la dependencia de las drogas y riesgos y los daños causados por la droga a la salud y a la sociedad, y apoyar la recuperación y la integración o reintegración social de los consumidores de drogas problemáticos y dependientes.

Objetivo 3: Arraigar los enfoques basados en la coordinación, las buenas prácticas y la calidad en relación con la reducción de la demanda de drogas.

Ámbito de actuación: reducción de la oferta de drogas

El objetivo de la reducción de la oferta de droga se persigue mediante la prevención y la disuasión y desarticulación de la delincuencia relacionada con la droga, en particular la delincuencia organizada, a través de la cooperación judicial y policial, la prohibición, la incautación de los bienes de procedencia delictiva, la investigación y la gestión de las fronteras.

En el ámbito de la reducción de la oferta de droga, el objetivo de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) es contribuir a la reducción mensurable de la disponibilidad de drogas ilegales mediante la interrupción del tráfico ilegal de drogas, el desmantelamiento de los grupos de delincuencia organizada que participan en la producción y el tráfico de drogas, la utilización eficaz del sistema judicial penal, la aplicación eficaz de la legislación penal basada en la información y un mayor intercambio de información. A escala de la UE se hará hincapié en la delincuencia a gran escala, transfronteriza y organizada.

Tema transversal: Coordinación

En el ámbito de la política de lucha contra la droga de la UE, el objetivo de la coordinación es doble, esto es, garantizar las sinergias, la comunicación y el intercambio eficaz de información y de puntos de vista en apoyo de los objetivos políticos, y al mismo tiempo alentar un discurso político activo y el análisis de las novedades y retos en el ámbito de las drogas a escala de la UE e internacional.

Tema transversal: cooperación internacional

El objetivo de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) en el ámbito de la cooperación internacional es reforzar en mayor medida el diálogo y la cooperación entre la UE y los países terceros y las organizaciones internacionales en temas relativos a las drogas, de una forma general y equilibrada.

Tema transversal: información, investigación, seguimiento y evaluación

El objetivo de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) en los ámbitos de la información, la investigación, el seguimiento y la evaluación es ayudar a comprender mejor todos los aspectos del fenómeno de las drogas y el impacto de las medidas, con el fin de aportar pruebas sólidas y completas a las distintas políticas y acciones. Además, la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) pretende ayudar a mejorar la divulgación de resultados del seguimiento, la investigación y la evaluación a escala tanto de la UE como nacional, garantizando el fortalecimiento de las sinergias, y el equilibrio en la asignación de los recursos financieros y evitando la duplicación de los esfuerzos. Todo ello puede lograrse armonizando las metodologías y utilizando las redes y mediante una cooperación más estrecha.

3.- ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, aprobada por Acuerdo de Consejo del Consejo de Ministros, en su reunión de 23 de enero de 2009 señala que, como desarrollo y complemento al marco establecido en la misma, se elaborarán dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos, que abarcarán todo el período de vigencia de la misma.

Objetivos del **Plan de acción sobre drogas 2013-2016**:

1.- Coordinación

Objetivo 1: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español.

Prioridades:

- Elaboración de criterios y documentos de consenso.
- Elaboración de proyectos conjuntos e intercambio de experiencias.
- Coordinación de políticas e integración de la temática de las drogas en otros sectores con competencias indirectas.
- Creación de mecanismos de coordinación DGPNSD-PADONG - Expertos.

2.- Reducción de la demanda.

Objetivo 2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

Prioridades:

- Aumentar percepción riesgo, especialmente en grupos vulnerables.
- Consensuar mensajes a la población basados en la evidencia.
- Utilización de nuevas tecnologías.

Objetivo 3: Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

Prioridades:

- Desarrollo de habilidades y capacidades como factor de protección frente al consumo.
- Puesta en marcha de programas selectivos e indicados, escolares y familiares, basados en la evidencia.
- Ampliar cobertura programas universales

Objetivo 4: Retrasar la edad de inicio.

Prioridades:

- Homogeneización y refuerzo de la legislación sobre alcohol y menores.
- Vigilancia y cumplimiento legislación vigente.
- Proyectos integrales para menores en el ámbito local.
- Unificar ordenanzas, reglamentos

- Control de la venta de drogas por Internet.

Objetivo 5: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.

Prioridades:

- Detección e intervención precoz con menores en ámbito escolar y sanitario.
- Prevención de accidentes en los entornos de ocio y laboral.
- Implicación del sector hostelero.
- Programas en universidades.
- Asesoramiento a jóvenes consumidores y familias.
- Formación en autoescuelas.

Objetivo 6: Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.

Prioridades:

- Mantener servicios de reducción de daños a las poblaciones más necesitadas.

Objetivo 7: Garantizar una asistencia de calidad adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumos de drogas. Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

Prioridades:

- Accesibilidad.
- Enfoque de género.
- Investigación nuevas opciones terapéuticas.
- Tratamiento patología dual.
- Tratamiento nuevos patrones de consumo.
- Elaboración de protocolos, guías, catálogos carteras de servicios...

Objetivo 8: Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

Prioridades:

- Integración laboral de drogodependientes en tratamiento.
- Coordinación de la red asistencial con instituciones penitenciarias.
- Integración laboral en instituciones penitenciarias.
- Promoción de la implicación del sector empresarial en la incorporación social de drogodependientes.

3.- Reducción de la oferta

Objetivo 9: Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.

Prioridades:

- Mejorar la coordinación de las acciones policiales con las de Reducción de la demanda.

Objetivo 10: Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero.

Prioridades:

- Mejorar la coordinación de las acciones policiales con las de Reducción de la demanda.

4.- Mejora del conocimiento científico básico y aplicado.

Objetivo 11: 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.

Prioridades:

- Mantener los actuales sistemas de información (Encuestas, indicadores SEIT).
- Más rapidez y transparencia con el uso de procedimientos telemáticos (Open data).
- Mejorar la accesibilidad a los datos de las encuestas.
- Mejorar la investigación sobre factores de riesgo, legislación alcohol. Internet y nuevas adicciones, nuevas opciones terapéuticas, género y drogas.
- Intercambio de experiencias en investigación. Difusión de resultados.

Objetivo 12: Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.

Prioridades:

- Promover programas basados en la evidencia y la calidad en el diseño en implementación de programas de RD.
- Garantizar que los programas que se aplican cumplen con unos requisitos mínimos de calidad.

5.- Formación

Objetivo 13: Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

Prioridades:

- Formación y acreditación a docentes.
- Formación a orientadores escolares para detección precoz.
- Formación y acreditación a profesionales sanitarios para detección precoz e intervención breve.
- Promoción de plataformas de formación acreditadas para profesionales y voluntarios de la red de drogas.
- Módulos formativos para agentes de salud y seguridad comunitarios.

6.- Cooperación Internacional

Objetivo 14: Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general.

Prioridades:

- Mayor participación en foros europeos e internacionales y difusión de la información proveniente de organismos internacionales relevantes.
- Intercambio de experiencias con otros países.
- Difusión de información de fuentes internacionales.

3.- VII PLAN DE ADICCIONES. EUSKADI 2017-2021

El VII Plan de Adicciones es el instrumento de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias e intervenciones que se desarrollan en Euskadi en materia de adicciones (concretamente, en lo relativo a prevención, reducción de la oferta, asistencia e inclusión social de las personas afectadas), así como en promoción de la salud. Se trata de una herramienta necesaria para integrar actuaciones en torno a las adicciones, que constituyen una materia muy transversal, en la que confluyen además de la salud, otros ámbitos como educación, cultura, juventud y deporte, inclusión social, política comunitaria, salud laboral, vivienda, medio ambiente, seguridad, administración de justicia, instituciones penitenciarias, publicidad y medios de comunicación.

Principales conclusiones de la evaluación del VI Plan:

- El trabajo en prevención de las adicciones y promoción de la salud constituye una de las principales herramientas para consolidar hábitos saludables y reducir los consumos y conductas de riesgo.
- Se ha reducido la incidencia del tabaquismo, por los importantes esfuerzos realizados en este ámbito, aunque es fundamental seguir trabajando y no bajar la guardia, para evitar dar pasos atrás.
- Sigue siendo preocupante el consumo intensivo de alcohol, muy especialmente el cambio de patrones entre las personas más jóvenes.
- A pesar de su reducción general, los consumos en Euskadi siguen a la cabeza de Europa, especialmente en el caso del alcohol, tabaco o cannabis, y se constata una baja percepción del riesgo, sobre todo en el caso del alcohol y del cannabis.
- Ante el ritmo acelerado con que nuevas sustancias ilegales irrumpen en el mercado, es preciso incidir en la vigilancia sobre su posible toxicidad.
- Asistimos a una emergencia de nuevas conductas y patrones asociados a las tecnologías digitales, también en lo relativo al juego, que apuntan a una necesidad de reforzar la prevención en este campo.

Los instrumentos de coordinación de las políticas en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi son dos:

- La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones. Su creación implica la desaparición de la Comisión Interdepartamental (integrada únicamente por departamentos del Gobierno Vasco) y la incorporación a este foro de ayuntamientos y diputaciones forales, junto con el Ejecutivo.
- El Consejo Vasco sobre Adicciones, de carácter consultivo y asesor, en el que se ha introducido la representación de asociaciones de personas consumidoras de drogas y de personas con ludopatías y adicciones comportamentales, de medios de comunicación, etc.

Dada la diversidad y heterogeneidad de instituciones y agentes implicados en el ámbito de las adicciones, es preciso mencionar numerosos planes, estrategias y programas en marcha, iniciativas de las diferentes instituciones que constituyen elementos a considerar en el contexto en el que se enmarca el presente Plan.

- Plan de Salud 2013–2020.

El VII Plan de Adicciones se alinea con los objetivos del Plan de Salud 2013–2020. En concreto, en el área prioritaria 5 (Entornos y conductas saludables) se recoge en el objetivo de Adicciones: prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, así como minimizar el daño derivado de las adicciones.

- El Programa Menores y Alcohol, que, entre otros, establece como objetivos intensificar la acción institucional ante el consumo de alcohol por parte de los y las menores, disminuir la cifra de menores que comienzan a consumir alcohol y retrasar la edad de inicio; reducir los consumos excesivos y de riesgo; incrementar la participación de los y las jóvenes en políticas relacionadas con su salud; y reducir las presiones para beber en la gente joven, especialmente las promociones, patrocinio y disponibilidad de alcohol.
- La Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco, basada en la estrategia MPOWER de la OMS y diseñada para reducir la prevalencia del consumo de tabaco.
- El III Plan de Inclusión Activa.
- El VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV, que contempla la reducción de conductas de riesgo y del consumo de sustancias potencialmente peligrosas para la salud (alcohol, tabaco, drogas, hipnosedantes y barbitúricos) como objetivo operativo del Eje Cambio de Valores y Empoderamiento de las Mujeres. A su vez, se subraya la importancia de modificar el estereotipo social que vincula consumo de alcohol y drogas con violencia de género.
- El IV Plan de Justicia Juvenil 2014–2018.
- El III Plan Joven de Euskadi 2020, en el área de Salud, y desde una concepción integral y multidimensional de la salud, plantea la necesidad de romper el binomio tiempo de ocio y consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; orientar el trabajo de prevención y sensibilización de manera especial hacia los colectivos que presentan más riesgo de adicción; trabajar para retrasar la edad de inicio en el consumo de tales sustancias, y poner en marcha líneas de trabajo para el aprendizaje de usos y consumos responsables en diferentes ámbitos relacionados con adicciones no tóxicas o socioadicciones. Asimismo, como líneas estratégicas incluye reforzar las medidas orientadas a la reducción del consumo de alcohol y de nuevas sustancias. En el Área de Ocio, señala la línea de intervención de fomento entre las y los jóvenes del ocio participativo y alternativo.
- III Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2011–2015 contiene como acciones:
 - Desarrollo de recursos destinados a la prevención con adolescentes altamente vulnerables (con graves problemas de conducta, de salud mental, con consumo frecuente de drogas aún sin adicción) y sus familias.
 - Promoción de recursos personalizados y grupales de información, orientación e intervención psicológica y socioeducativa para familias con hijos e hijas con comportamientos de riesgo ante el uso de drogas y el juego en coordinación con los servicios municipales y forales.

- Desarrollo de una línea de sensibilización e información familiar con mensajes homogéneos relacionados con la promoción de la salud mental y la prevención del consumo de drogas, y la implicación de padres y madres en la educación de hijos e hijas.

1.- Principios del VII Plan.

a) Enfoque de salud pública y salud en todas las políticas.

Las adicciones son un problema de salud pública cuyo abordaje requiere la concurrencia del compromiso y de la responsabilidad social. Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de las adicciones están alineadas con las contenidas en el Plan de Salud 2013-2020.

Asimismo, asumen el paradigma de Salud en Todas las Políticas, que se basa en la acción intersectorial efectiva y sostenible en todos los niveles de la administración, para producir políticas sectoriales que contribuyan al logro del máximo nivel de salud y bienestar de la población vasca.

Desde ese punto de vista, el Plan de Adicciones tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud, también llamados “causas de las causas” que intervienen “aguas arriba” y tienen un gran impacto en el nivel de salud poblacional y en el control de las personas sobre sus vidas. Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, no sólo basándose en medidas de atención individual, sino también en actuaciones orientadas a crear entornos saludables y a influir en factores más estructurales de orden social, económico y político.

b) Visión integral de las adicciones.

Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse con una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la asistencia a las personas con problemas de adicciones y facilitando la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

La promoción de la salud y la prevención de las adicciones constituyen un área de actuación prioritaria. Se proponen acciones dirigidas a capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre sus conductas, mediante la creación de entornos saludables, la adquisición de habilidades para disminuir el consumo y la reducción de los factores de riesgo.

En segundo lugar, y de forma complementaria al área anterior, las estrategias en materia de adicciones deben incorporar acciones para reducir y controlar la oferta y reducir la demanda. Entre otras, se incluyen acciones que limitan y regulan los usos de sustancias, persiguen los usos sancionables y velan por la salud de terceras personas y la de los propios usuarios y usuarias.

El tercer eje central de actuación se orienta a garantizar la asistencia sanitaria y sociosanitaria de las personas con problemas de adicciones. Se trata de ofrecer una atención física, psicológica y social, centrada en las necesidades de estas personas, buscando la integración de los servicios y recursos de la red sanitaria y sociosanitaria pública.

Como ámbito transversal, el fenómeno de las adicciones requiere la participación coordinada de todos los agentes, públicos y privados, que trabajan en este campo. En este sentido, el Plan de Adicciones, como instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación, marca las prioridades en materia de adicciones, establece los ámbitos donde enfocar las actuaciones y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la coordinación y cooperación entre todos los agentes implicados, tanto públicos como privados.

Finalmente, para garantizar un enfoque correcto, actualizado y eficaz en las estrategias de intervención, es necesario gestionar eficazmente el conocimiento. Para ello, es preciso promover la generación de conocimiento, a través de estudios de investigación y su difusión posterior, y también potenciar las actividades de formación dirigidas a los y las profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

c) Adicciones con sustancias, comportamentales y nuevas problemáticas.

El fenómeno de las adicciones abarca distintas problemáticas y comportamientos, y así se pretende abordar en el presente Plan.

Se contemplan por un lado, las sustancias con capacidad adictiva, algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol y el tabaco, y otras, como los derivados del cannabis, los opiáceos, los psicoestimulantes, los alucinógenos, los medicamentos psicotrópicos, los derivados anfetamínicos y otras sustancias sintéticas y procedentes de la fabricación química. Asimismo, otros dispositivos susceptibles de liberación de nicotina se incluyen como generadores de comportamientos adictivos.

Pero además, las estrategias de actuación en materia de adicciones incorporan la atención a otros comportamientos que, realizados de forma repetida o excesiva, pueden hacer surgir problemas graves y generar los patrones adictivos similares a las sustancias con capacidad adictiva. Hablamos del juego patológico y también de nuevas realidades sociales, como las redes sociales, las tecnologías digitales y las nuevas aplicaciones para ellas diseñadas, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción.

d) Intervención a tres niveles: persona, entorno social y comunitario, y contexto socioeconómico y político.

Este plan contempla las intervenciones en materia de adicciones en distintos niveles, teniendo en cuenta que las causas de las adicciones son muy complejas y variadas, incluyendo factores de vulnerabilidad de índole personal, factores del entorno comunitario y también otros de carácter macroeconómico y social.

El modelo de intervención sitúa a la persona en el centro, como sujeto principal al que proteger y dar asistencia. Desde esta perspectiva, las actuaciones deben considerar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos adictivos de cada persona, tanto factores hereditarios como conductas relacionadas con la salud.

Por otra parte, el abordaje individual se plantea desde el modelo bio-psico-social, debido a que la conducta adictiva está regulada por factores de las tres esferas (biológica, psicológica y social). Por ello, se considera la adicción, no como una circunstancia crónica de la persona, sino como la consecuencia de diferentes factores que pueden cambiar e incluso desaparecer a lo largo de la vida. Las intervenciones individuales también tienen en cuenta la autonomía personal como elemento esencial para entender por qué las personas optan o no por conductas saludables. En este sentido, se plantea el reto de empoderar a la persona para aumentar el control sobre su vida. Reconocer sus derechos pero también establecer sus deberes y obligaciones, no sólo como usuarias de los servicios sociales o de salud, sino también en aceptación de la libertad personal, siempre que sean mayores de edad.

Por lo que respecta al ámbito comunitario, se destaca el valor propulsor de los entornos más cercanos a la persona (familiar, escolar/educativo, ocio y deporte, laboral, etc.), buscando la implicación y la participación de todos ellos en las intervenciones propuestas. En este punto, es relevante el papel de las instituciones locales, por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Finalmente, es importante considerar el contexto socioeconómico y político, que ejerce una influencia importante sobre los patrones de estratificación social, generando desigualdades socio-económicas, que a su vez son determinantes para el consumo de sustancias y la adopción de conductas no saludables.

e) Universalidad, solidaridad y equidad. Universalismo proporcional.

Siempre tomando como punto de partida la persona, el Plan de Adicciones se cimienta en los principios de universalidad, solidaridad y equidad, que deben impregnar todas las estrategias y actuaciones.

El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y asistencia.

Con un criterio de solidaridad, el Plan de Adicciones prioriza la protección de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión, asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos, sin tener en cuenta su capacidad económica o procedencia.

Siguiendo un principio de equidad, el Plan busca que todas las personas cuenten con las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones, independientemente de sus condiciones sociales, de género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios o país de origen.

Se inspira para ello en el concepto de universalismo proporcional, lo que implica que las actuaciones en materia de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades. Dentro del principio de equidad, la perspectiva de género adquiere una importancia destacada en el marco de este plan. En primer lugar por la imprescindible consideración de las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres con respecto al consumo de sustancias. En segundo lugar, porque las mujeres, por un lado, están adquiriendo conductas de consumo que antes solo estaban socialmente admitidas en los hombres, y por otro, por su mayor consumo de fármacos depresores del sistema nervioso central. En tercer lugar, por la necesidad de promover programas sensibles al género, capaces de superar los obstáculos que afrontan las mujeres para acceder al tratamiento de las adicciones. Por ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta el sexo y el género, es decir las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres.

f) Sostenibilidad.

Las políticas públicas requieren cada vez más un mayor esfuerzo para garantizar la sostenibilidad de las actuaciones, de tal manera que se cubran las necesidades actuales y futuras. Para ello, se hace necesario trabajar en favor de la eficiencia, trabajando coordinadamente y en red con otros agentes e iniciativas para el aprovechamiento de sinergias. Asimismo, se requiere un esfuerzo de evaluación y control de actuaciones, que permita aprender de la experiencia y mejorar en el futuro.

2.- Objetivos y ejes principales.

El objetivo general del VII Plan de Adicciones es disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

Para ello, el Plan se estructura en 5 ejes de actuación, 3 de ellos en relación con la educación y prevención, la reducción y control de oferta y la asistencia e inserción, y otros 2 más transversales relacionados con la coordinación institucional y el desarrollo y gestión del conocimiento en este ámbito.

Eje 1: Prevención de las adicciones y promoción de la salud.

Objetivo general: Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos específicos y acciones:

1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo biopsicosocial de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.

- Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud en las intervenciones llevadas a cabo con los diferentes sectores sociales e interinstitucionales que trabajan en materia de adicciones.

- Promover la participación de la comunidad en redes locales para identificar factores generadores de salud y bienestar que ayuden a evitar conductas adictivas, con especial énfasis en los grupos sociales más vulnerables.

- Impulsar los programas de promoción de la salud y prevención universal de las adicciones en los ámbitos familiar, escolar, de ocio y diversión y comunitario. En concreto:

- Generar recursos didácticos y herramientas específicas de promoción de la salud y prevención universal dirigidos a la comunidad educativa.

- Elaborar recursos didácticos y herramientas de promoción de la salud y prevención universal para su aplicación en educación no reglada y no formal.

- Impulsar actuaciones que proporcionen a menores y jóvenes capacidades, habilidades y herramientas que favorezcan la adopción de conductas saludables.

- Fomentar el desarrollo de iniciativas de ocio alternativo y saludable para personas jóvenes (fuera del horario escolar).

- Apoyar los programas ya existentes de promoción de la actividad física y del deporte.

- Apoyar programas de promoción de la salud y prevención de adicciones en el ámbito laboral.

- Potenciar desde el currículo educativo el desarrollo de factores generadores de salud y de protección de las adicciones.

- Desarrollar acciones de sensibilización y concienciación sobre el impacto de las adicciones en la salud y calidad de vida de las personas y su entorno. En concreto:

- Campañas y demás acciones de sensibilización poblacional sobre sustancias concretas y adicciones comportamentales, con especial énfasis en los perjuicios de aquellas sustancias que como el alcohol tienen mayor aceptabilidad social y de las adicciones que afectan a la población joven.

- Actividades dirigidas a profesionales, en especial de la educación y la comunicación.

- Diseño e implementación de estrategias de comunicación en redes sociales.

- Desarrollar las intervenciones evitando considerar a la población como un todo homogéneo, donde domine la visión masculina, de forma que incorporen la perspectiva de género atendiendo a las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres que originan en cada caso las adicciones.

1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.

- Reforzar las intervenciones efectivas para la detección temprana de familias, menores y personas en situaciones de riesgo y especial vulnerabilidad, así como sistemas de seguimiento y evaluación.

- Consolidar los programas dirigidos a colectivos y personas en situación de mayor riesgo o vulnerabilidad en los ámbitos comunitario, escolar, familiar, laboral y de ocio y festivo.

- Impulsar los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes con consumos problemáticos de sustancias adictivas y adicciones comportamentales, así como los que aborden un uso adecuado de las tecnologías digitales.

- Poner en marcha acciones de sensibilización dirigidas a la población joven, que contribuyan a aumentar la percepción del riesgo y conocimiento del impacto de las drogas y los juegos de azar y online en la salud y autonomía personales.

1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.

- Avanzar en la identificación de medidas preventivas que disminuyan los riesgos derivados del consumo de drogas (sustancias) y los abusos sexuales en los espacios de ocio.

- Reforzar los programas de prevención y/o reducción de riesgos dirigidos a ámbitos festivos y de ocio.

- Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a aumentar la percepción del riesgo del consumo de sustancias adictivas con énfasis en el caso del cannabis, teniendo en cuenta la baja percepción del riesgo que supone su consumo.

- Diseñar programas y actuaciones de prevención del uso abusivo de fármacos psicotrópicos especialmente en mujeres.

- Diseñar programas y actuaciones de prevención dirigidos a reducir los riesgos asociados a un uso inadecuado del juego y de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones, así como a otras conductas excesivas susceptibles de generar adicciones.

1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

- Reforzar la estrategia “Euskadi Libre de Humo de Tabaco”.
- Desarrollar el programa Menores y Alcohol. 18. Desarrollar un programa específico sobre sensibilización en el uso del cigarrillo electrónico y los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.
- Desarrollar un programa específico sobre sensibilización en el uso del cigarrillo electrónico y los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

Eje 2: reducción de la oferta

Objetivo general: Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Objetivos específicos y acciones:

2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción.

- Reforzar las intervenciones en relación con la reducción de oferta y el consumo contempladas en la normativa sobre adicciones, a través de una mejor coordinación entre los agentes implicados.
- Desarrollar programas de reducción y control de la oferta dirigidos tanto a la hostelería como a otros espacios, eventos y puntos de consumo y venta, potenciando el autocontrol y la responsabilidad en la promoción y dispensación teniendo en cuenta, desde una perspectiva de género, la incorporación creciente de las mujeres adolescentes.
- Protocolizar los procedimientos existentes en el ejercicio de la competencia inspectora y sancionadora en materia de tabaco, cigarrillos electrónicos y alcohol.
- Mantener y, en su caso, mejorar el actual sistema de control y registro sobre la dispensación y el comercio ilícito de medicamentos psicotrópicos.
- Potenciar las medidas alternativas a las sanciones –tanto en el caso de sustancias legales como en el de las ilegales– , para fomentar la responsabilización de los propios actos

2.2. Controlar el comercio de drogas ilegales y reducir su oferta y presencia.

- Reforzar las intervenciones sobre drogas ilegales y organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala, fomentando una mayor colaboración entre la Ertzaintza y los cuerpos policiales locales.
- Potenciar el sistema de vigilancia y alerta temprana (SVAT).

2.3. Controlar la oferta e introducir valores de moderación y responsabilidad en la oferta de actividades relacionadas con el juego y tecnologías digitales.

- Impulsar medidas orientadas al autocontrol y responsabilidad del sector en la publicidad y oferta de juego y tecnologías digitales.

Eje 3: asistencia sanitaria y sociosanitaria e inclusión social

Objetivo general: Minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de servicios sociales de Euskadi, dar respuesta continuada, coordinada, eficaz y con perspectiva de género a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

Objetivos específicos y acciones:

3.1. Ofrecer el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género.

- Ofrecer el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género.

- Identificar áreas de mejora en la atención a colectivos específicos o más vulnerables: estudiar sus necesidades específicas, mejorar los recursos de detección y tratamiento y potenciar la coordinación entre servicios sociales, servicios de atención primaria y salud mental. En concreto, se atenderá de forma específica a:

- Personas con patología dual y multipatologías.
- Mujeres, que debido a una mayor presión para asumir sus responsabilidades familiares y una mayor estigmatización social, encuentran más barreras que los hombres para incorporarse al tratamiento y tienen peor evolución.
- Personas menores de edad con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas
- Personas mayores de 65 años con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas.
- Consolidar los programas de desintoxicación y deshabituación existentes.
- Colaborar con Osakidetza en la coordinación de las intervenciones de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento del consumo de alcohol.
- Desarrollar iniciativas de detección, asistencia y tratamiento para personas con problemas asociados al consumo del cannabis.
- Reforzar las iniciativas de atención integral y tratamiento y abordaje desde los servicios públicos a personas con problemas de juego patológico, uso adictivo de tecnologías digitales y otras conductas susceptibles de generar adicción.

3.2. Garantizar el acceso a tratamiento, asistencia y recursos a las personas en situación de alta vulnerabilidad y exclusión social.

- Consolidar las actuaciones, recursos e intervenciones y desarrollar acciones que promuevan una atención integral a la persona en situación de alta exclusión y con gran deterioro físico, psíquico y social, que abarque la reducción de riesgos y daños, el acompañamiento y cobertura de sus necesidades básicas, incluyendo a las personas drogodependientes con medidas penales y teniendo en cuenta el mayor rechazo y aislamiento social hacia las mujeres en esta situación.
- Revisar los criterios de acceso a los recursos y programas existentes, favoreciendo una mayor sensibilidad hacia los problemas relacionados con las adicciones

3.3. Potenciar la coordinación sociosanitaria en los protocolos de urgencia y atención a todos los niveles.

- Analizar, y en su caso desarrollar e implantar mecanismos de coordinación entre los sectores de salud y social para garantizar una atención integral y efectiva a las personas con adicciones y con conductas y consumos problemáticos, definiendo de forma consensuada los itinerarios y protocolos de atención.

Eje 4: gestión del conocimiento, formación y evaluación

Objetivo general: Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Objetivos específicos y acciones:

4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones.

- Continuar con la monitorización, con perspectiva de género, de la prevalencia y pautas de consumo de diferentes sustancias adictivas, así como de la situación de las adicciones comportamentales y otras problemáticas emergentes en la población vasca, mediante la encuesta Euskadi y Drogas, la Encuesta de Salud y otros estudios de investigación específicos sobre su efecto en la salud.

- Mantener la colaboración estructurada con entidades que trabajan en el ámbito de la investigación y el conocimiento de las adicciones.

- Desarrollar el conocimiento en materia específica de juego, tecnologías digitales y otras adicciones comportamentales, con el objetivo de dimensionar el fenómeno, profundizar en la conceptualización y clasificación de conductas y establecer criterios comunes para su valoración.

- Generar conocimiento sobre las diferencias y especificidades existentes entre hombres y mujeres en el ámbito de las adicciones, así como sobre las desigualdades de género en la prevención y atención de las mismas.

4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito.

- Potenciar el Observatorio de Adicciones como repositorio de información y difusión de conocimiento entre profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

- Establecer canales para la difusión de información y conocimiento relevante en materia de adicciones: • Estrategia de comunicación en redes sociales.

• Colaboración en la edición de publicaciones y en la organización de actividades formativas de carácter general.

• Desarrollo y difusión de la web del Servicio de Adicciones del Departamento de Salud y del centro de documentación de drogodependencias de Euskadi (Drogomedia), aumentando el fondo documental e incorporando herramientas.

- Desarrollar acciones de formación y crear materiales divulgativos para profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, en base a un análisis de sus necesidades que lleve incorporada la perspectiva de equidad.

- Desarrollar un programa de formación específico sobre las adicciones comportamentales, destinado a las y los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, los servicios de salud de atención primaria, los servicios sociales y tercer sector y que tenga en cuenta las especificidades que se dan en hombres y en mujeres.

4.3. Desarrollar e implantar una sistemática de evaluación de los programas públicos en materia de adicciones.

- Desarrollar un marco metodológico y las pautas de seguimiento y evaluación de los programas e iniciativas desarrollados o apoyados, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

4.4. Impulsar el reconocimiento de aquellas iniciativas que hayan destacado por su labor en este ámbito.

- Impulsar actos e iniciativas para reconocer públicamente la labor o trayectoria de personas o entidades que hayan contribuido con un impacto positivo en materia de prevención de las adicciones, reducción de la oferta, reducción de riesgos, asistencia, inclusión social, formación o investigación. Los tribunales formados para tal fin deberán tener una representación equilibrada, de acuerdo con la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres. A los efectos de esta Ley, se considera que existe una representación equilibrada en los órganos administrativos pluripersonales cuando los dos sexos están representados al menos al 40%.

Eje 5: liderazgo y coordinación

Objetivo general: seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.

Objetivos específicos y acciones:

5.1. Difundir, aplicar y desarrollar la nueva normativa sobre adicciones, así como el VII Plan.

- Dar a conocer, comunicar y compartir con todos los agentes implicados los objetivos y líneas generales de la normativa y el plan.

- Establecer mecanismos de trabajo en los que participen representantes competentes en materia de aplicación de la normativa en los diferentes niveles administrativos, con el objetivo de profundizar en el entendimiento de la normativa y definir unas pautas comunes en el desarrollo de las ordenanzas municipales.

- Desarrollar planes municipales de prevención en coherencia con el presente plan y fomentando la participación comunitaria y el trabajo intersectorial.

5.2. Reforzar el liderazgo, la coordinación y el apoyo mutuo entre los diferentes agentes públicos y privados implicados en el ámbito de las adicciones, fomentando el trabajo intersectorial y el aprovechamiento de sinergias.

- Mantener y mejorar la orden de subvenciones para la creación y mantenimiento de equipos técnicos de prevención y promoción comunitarias, el desarrollo de programas de prevención comunitaria y la realización de proyectos de reducción de riesgos y daños, así como de promoción de conductas saludables en materia de adicciones.

- Impulsar las actividades desarrolladas en este campo por parte de entidades privadas y fomentar la colaboración entre diferentes agentes e instituciones, a través de la Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones, del Consejo Vasco sobre Adicciones y de otros foros operativos o técnicos “ad hoc”, siempre con participación equilibrada de hombres y mujeres y considerando la perspectiva de género y la diversidad de colectivos y situaciones.
- Mantener la coordinación con el Plan Nacional de Drogas y con otras estructuras de ámbito estatal o europeo.

COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO CONCRETO DE LAS ADICCIONES

Gobierno Vasco

- Aprobación de la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito las adicciones derivadas de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
- Aprobación y desarrollo del Plan sobre Adicciones de Euskadi, así como la memoria de cumplimiento anual y la memoria de evaluación final de dicho plan.
- Evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la Ley 1/2016.
- Establecimiento de un sistema centralizado de información sobre adicciones que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo y de los problemas asociados.
- Realización de las funciones de investigación, información y documentación en materia de adicciones a través del Observatorio sobre Adicciones.
- La aprobación de la estructura y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional sobre Adicciones y del Consejo Vasco sobre Adicciones.
- Gestión de premios y reconocimientos en materia de adicciones.
- Asesoramiento a las entidades forales y locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con las adicciones.
- Ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en por la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.
- Adopción, en colaboración con otras administraciones públicas, de todas aquellas medidas que sean precisas para asegurar el buen desarrollo de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.

Diputaciones Forales

- Elaboración, desarrollo y ejecución del Plan Foral sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en la Ley 1/2016 y en el Plan de Adicciones de Euskadi.
- Creación y régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial del correspondiente Territorio Histórico.
- Gestión de los premios y reconocimientos en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.

(La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi establecerá relaciones de colaboración y cooperación con las Administraciones de los Territorios Históricos para la puesta en marcha y la aplicación de las medidas que se lleven a cabo en la esfera de los servicios sociosanitarios).

Ayuntamientos (de forma individual o mancomunada)

- Elaboración, desarrollo y ejecución del Plan Local sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta Ley 1/2016 y en el Plan de Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.
- Creación y régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.
- Gestión de los premios y reconocimientos en materia de adicciones en el ámbito territorial que les corresponda.
- Supervisión y vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas por la Ley.
- Ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos por la Ley.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD: TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC-S)

1.- INVESTIGACIÓN EUROPEA SOBRE RIESGOS Y OPORTUNIDADES ONLINE PARA LOS MENORES

Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TICs), sobre todo Internet, aumentan las posibilidades de exposición de los menores a diversos riesgos que pueden resultar perjudiciales tanto para su bienestar físico como psicológico y paralelamente contribuyen positivamente a su desarrollo personal. El impulso de contribuir con el desarrollo y la promoción de las oportunidades que brinda Internet para los menores debería ser la meta a conseguir tanto por la EU Kids Online, industria, gobiernos, padres, profesores y demás agentes sociales encargados de velar por la seguridad del menor en Internet. Sólo sabiendo y entendiendo lo que el menor ha de hacer desde que comienza a utilizar Internet se podrán establecer políticas de regulación acordes con las necesidades de éstos. El género, la edad, el estatus socioeconómico y el contexto cultural del que está rodeado el menor son factores imprescindibles a tener en cuenta a la hora de determinar qué es lo adecuado para éstos y qué es lo no adecuado.

Riesgos y oportunidades

Es fundamental aclarar la clasificación de las diferentes formas de riesgos y oportunidades que se presentan online, en este sentido EU Kids Online ha desarrollado una aproximación en torno a 3 Cs: contenido, contacto y conducta. Esta clasificación se deriva de los tres modos de comunicación que permite Internet:

- Contenido: de uno a muchos (el menor como receptor de contenidos distribuidos de manera masiva).
- Contacto: de un adulto a un menor (el menor como participante en una situación interactiva dirigida fundamentalmente por el adulto).
- Conducta: esta situación puede darse entre iguales o entre menor/adulto. Pero normalmente en estas situaciones el menor es el iniciador o el perpetrador de la situación.

Basándose en estos tres modos de comunicación, los menores pueden encontrar cuatro formas principales de riesgos que pueden repercutir en su desarrollo y su bienestar (comercial, agresiva, sexual, y de valores) y cuatro categorías principales de oportunidades online (educación y aprendizaje, participación e compromiso social, creatividad, identidad y conexión social), (HASEBRINK et al, 2008).

Clasificación de las oportunidades y riesgos en la red para los niños

		Contenido: niño como receptor	Contacto: niño como participante	Conducta: niño como actor
Oportunidades	Aprendizaje, capacidad y conocimiento digital	Recursos educativos	Contacto con otros niños que comparten los mismos intereses	Aprendizaje por iniciativa propia o en colaboración
	Participación y compromiso social	Información global	Intercambio con otros grupos de interés	Formas concretas de participación social
	Creatividad y expresión	Diversidad de recursos	Haber sido invitado/inspirado para crear o participar	Creador de contenido
	Identidad y conexión social	Recomendaciones (persona, salud, sexualidad, etc.)	Participar en redes sociales, compartir experiencias con otros	Expresión de la propia identidad
Riesgos	Comercial	Publicidad, spam, patrocinios	Ser observados/o información personal es recopilada	Apuestas, descargas ilegales, hackeo
	Agresivo	Contenido violento/ sanguinolento/agresivo	Ser víctima acosada o perseguida	Victimizar o acosar a otro
	Sexual	Contenido pornográfico/ sexual dañino	Conocer extraños, sufrir grooming	Crear / subir a la red material pornográfico
	Valores	Racismo, información y sugerencias equívocas (ej. drogas)	Infringir daño a sí mismo, ser víctima de sugerencias indeseables	Dar consejos, ej. suicidio/ pro anorexia

Fuente: Livingstone y Haddon (2009).

A edades tempranas, el menor aún no ha desarrollado las habilidades necesarias para distinguir entre lo que es un riesgo y una oportunidad, pues aún no tiene capacidad crítica para evaluar las consecuencias que pueden derivar de un uso inefectivo de las Nuevas Tecnologías y es aquí donde los padres juegan un papel imprescindible (BYRON, 2008). Es necesaria una búsqueda de equilibrio entre oportunidades y riesgos en Internet.

La excesiva protección que se les está dando a los menores pueden derivar en consecuencias negativas como la falta de sentido crítico y la posibilidad de no saber cómo enfrentarse a situaciones de la vida real (GILL, 2008). La provisión de contenidos favorables para los menores y nuevas medidas de sensibilización y alfabetización digital puede ser una forma de minimizar riesgos y maximizar oportunidades.

El rol de los padres

¿Cuál es la relación de uso existente entre padres y menores? y ¿Cómo puede afectar esta relación a la alfabetización digital de ambos? Una de las evidencias encontradas es que el uso que los padres influye de forma positiva en el uso que los menores hacen de Internet.

La provisión de contenidos favorables en Internet

Entre los beneficios que se han identificado gracias a la provisión de contenidos adecuados para el menor están la reafirmación personal tanto en su entorno como en su comunidad de iguales, promoción del conocimiento y la apreciación de otras culturas y extensión de capacidades para ser creativo, aprender y participar.

Hay cada vez más evidencias de que la provisión de contenidos positivos (en el caso de que sean valorados y utilizados por los menores), benefician tanto a su desarrollo como a la reducción del riesgo online mediante la promoción de actividades útiles además de valoradas por los menores. Es por lo tanto fundamental prestar más atención a la puesta a disposición de los menores de más oportunidades online, especialmente en lo que se refiere a contenidos de origen público más que privado.

Prioridades para maximizar oportunidades y minimizar riesgos: sensibilización y acciones

La Comunidad Europea describe la sensibilización como “las acciones que pueden contribuir a la confianza de padres y profesores en uso más seguro de Internet por parte de los menores”.

A nivel individual, la prioridad en la labor de sensibilización ha de centrarse en los niños más pequeños (así como sus padres y profesores) ya que ellos (más que los adolescentes) son el grupo de usuarios que crece de modo más rápido y se sabe muy poco de sus actividades, sus capacidades y sus riesgos online.

Parece que Internet ya es una herramienta normal para los niños a los diez años y se está convirtiendo en una herramienta cada vez más atractiva para los menores entre 6 y 10. Es probable que hasta niños menores estén ya online, pero este aspecto apenas ha sido estudiado. Esto enfatiza la necesidad de investigar a los niños más pequeños y desarrollar medidas que apoyen el uso más seguro de Internet en todos los grupos de edad.

Aunque niños y niñas usan Internet en un nivel similar, se pueden establecer diferencias en sus patrones de uso y por tanto en los riesgos, por lo que las acciones de sensibilización y las estrategias para enfrentarse a los riesgos tendrían que dirigirse de manera diferente a niños y niñas. Es más, en la medida en que parece que los riesgos en Internet son desproporcionadamente experimentados por niños de los estatus socioeconómicos más bajos, en los que los padres tienen menos capacidades para apoyarles, es importante centrarse en las familias, los barrios y los colegios menos privilegiados.

2.- RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN INTERNET Y USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES ENTRE MENORES ESPAÑOLES (9-16 AÑOS)

Presenta los datos de una encuesta a 500 menores españoles usuarios y usuarias de Internet de entre y a su padre o madre.

Acceso, uso, oportunidades y habilidades

Localizaciones de acceso y uso

Con la difusión de los dispositivos móviles y los social media las formas de conectarse se están diversificando. Los smartphones en particular se están convirtiendo en parte integral de la ecología mediática que habitan los y las menores: entre todos los dispositivos analizados, los smartphones son los que los menores más frecuentemente poseen (63%) y habitualmente se conectan por lo menos diariamente en todos los contextos analizados.

Aunque los smartphones son los dispositivos más susceptibles de ser utilizados en trayectos, se utilizan principalmente en casa, más en una habitación común que en una privada. El 70% de los y las menores utiliza Internet diariamente en casa: el acceso doméstico a Internet (bien sea en su habitación o en algún otro espacio) aumenta con la edad del 50% entre los niños y niñas de 9-10 años al 90% entre los adolescentes mayores. Los usuarios de Internet móvil usan mucho más Internet en casa diariamente (92-94%) que los menores que no usan smartphones o tabletas para conectarse (26%).

Estos datos sugieren que Internet está mucho más arraigado en las vidas de los menores que acceden a dispositivos móviles para conectarse. Además, la casa es todavía un lugar estratégico para la concienciación relativa a los riesgos en Internet y para promover usos más seguros y responsables de Internet. Sin embargo, tal y como se ha visto, los smartphones y tabletas en general son medios personales y portátiles integrados en la vida cotidiana de los menores y en la de sus padres y madres.

Por lo tanto, las condiciones cada vez más privadas de uso de Internet pueden inhibir o desafiar las estrategias de mediación parental habituales, como la mediación activa de las experiencias de los y las menores. Luego, los padres y las madres, más que nunca, necesitan comunicarse con los y las menores sobre sus experiencias online. Más aun, es de vital importancia que la industria, los gobiernos, los actores políticos, ONGs, investigadores y otros actores cooperen en la construcción de una mejor Internet para los y las menores.

La escuela es el segundo lugar de acceso más frecuente a Internet; por término medio el 15% de los y las menores encuestados afirman usar Internet en la escuela todos los días. El acceso en la escuela está también estructurado en función de la edad, entre los y las adolescentes la frecuencia de uso diario (28%) es más de cinco veces superior a la de los y las menores de 9 a 10 años (5%). Los usuarios de smartphones (20%) y tabletas (21%) también acceden a Internet con más frecuencia diariamente desde la escuela que los no usuarios (7%). A pesar de las enormes diferencias, no se debe minusvalorar el papel de las escuelas como lugar donde educar a los menores para la seguridad online, particularmente para aquellos cuyos padres y madres no sean usuarios de Internet y smartphones. Además, las escuelas pueden también proporcionar la oportunidad de que se ejerza la mediación entre los grupos de iguales.

La edad de inicio para conectarse es cada vez más temprana, así los y las menores de 9 a 10 años se iniciaron en el uso de Internet a los 7 años, mientras los de 15 a 16 años se iniciaron a los 10 años. Además de los niños y niñas que reciben un smartphone a la edad de 8 años, hay también otros menores que toman prestada la tableta de su padre o madre o de hermanos mayores. Por eso, es importante garantizar contenidos y condiciones adecuadas a su edad en todos los dispositivos.

Actividades

La comparación de las actividades a través del tiempo muestra que son los juegos con otras personas, ver vídeos en diversas plataformas y la publicación de mensajes en una web o blog los que presentan un mayor incremento. El 45% de los y las menores españolas tiene al menos un perfil en una red social, y el 41% tiene un perfil en una plataforma para compartir como es el caso de YouTube o Instagram; la tendencia en relación con la edad es similar en ambos *social media*: a más edad mayor es el porcentaje de menores con perfil propio. El uso de las redes por debajo de los límites de edad se ha reducido entre los niños y niñas de 11 a 12 años. En cambio, llama la atención que entre los niños y niñas de 9 a 10 años haya aumentado ligeramente el porcentaje de quienes tienen un perfil propio en una red social (del 11% al 15%). Esto implica la necesidad de concienciar específicamente a los progenitores de los y las niñas menores.

Comunicación

Los usuarios de smartphones y tabletas contactan diariamente más con sus amigos y amigas, padres y madres en las redes sociales y, sobre todo, a través de mensajería instantánea. Llama la atención la reducción de la frecuencia e intensidad del uso de las redes sociales en favor de la mensajería instantánea. Más de tres de cada cuatro menores usa la mensajería instantánea diariamente para contactar con sus pares, mientras más de la mitad la utiliza también para contactar con sus progenitores diariamente. El contacto diario con pares a través de las redes sociales crece con la edad hasta alcanzar el 71% entre los adolescentes mayores; en cambio el contacto con progenitores más frecuente se produce entre los niños menores (25%). Mientras el contacto con pares a través de mensajería instantánea es aún mayor, a partir de los 13 años supera el 85%.

Habilidades

Ante estos datos podemos corroborar la “hipótesis del uso”: cuanto más usan los niños y niñas Internet, disfrutan de más oportunidades y desarrollan más habilidades.

Los y las usuarias de smartphones y tabletas usan más Internet, tanto en casa como en la escuela (así como en todos los lugares planteados), desarrollan más frecuentemente las actividades analizadas y dicen tener el doble de habilidades que los y las menores que no usan dispositivos móviles para conectarse a Internet.

Riesgo y daño

Las experiencias de riesgo online no necesariamente causan daño, según afirmaron los y las menores. Más aun, la investigación precedente demostró que los y las menores que encuentran más riesgos online, no son necesariamente quienes experimentan más daño. Por el contrario, habitualmente son más hábiles y desarrollan más su resiliencia (Livingstone *et al.*, 2011, 2012).

El riesgo más común de los y las menores en el uso de Internet consiste en ver imágenes sexuales, bien sea online u offline, más de la mitad de los menores (52%) afirma haber visto este tipo de imágenes.

La recepción de mensajes sexuales es junto con el visionado de contenidos potencialmente negativos generados por los usuarios/as (relacionados con el odio, pro-anorexia, auto-lesión, consumo de drogas o suicidio), es también bastante frecuente, ya que casi uno de cada tres menores (32%) afirma haber accedido a tales contenidos.

De forma similar, el 31% de los niños y niñas de entre 9 y 16 años dice haber sufrido alguna forma de acoso online u offline. Sin embargo, la frecuencia de menores que afirma haber sido objeto de cyberbullying bien en Internet o a través de teléfonos móviles es sensiblemente inferior: el 12%.

Tampoco es desdeñable (29%) el dato relativo a los y las menores que han experimentado otros riesgos online, tales como los virus o el mal uso de sus datos personales. Es también relativamente frecuente comunicarse online con alguien que el o la menor no conocía previamente cara a cara, (21%). Es poco frecuente ir a citas con personas contactadas a través de Internet (11% de los menores entre 9 y 16 años).

Daño

El 18% de los menores dicen que han visto o experimentado algo en Internet que les ha molestado. El bullying es aun la experiencia de riesgo más dañina: casi uno de cada cuatro (24%) de los y las menores víctimas de acoso online u offline afirman sentirse “muy” o “algo” disgustados.

Los riesgos sexuales ocupan el segundo lugar como causantes de daño: casi uno de cada cinco niños o niñas que han visto contenidos sexuales de cualquier tipo (online u offline) se han sentido molestos.

Entre quienes han recibido mensajes sexuales el 14% de los y las menores afirman haberse sentido “muy” o “algo” disgustados.

Por último, las citas cara a cara con personas contactadas online es la experiencia de riesgo menos frecuente, y es la menos dañina de todas: tan solo el 1% de los niños afirma haberse sentido disgustado por la experiencia.

Mediación

Los padres y madres participan de forma similar en la mediación activa en el uso (84%), en la mediación activa en la seguridad (84%) y en la mediación restrictiva (83%), seguida a gran distancia por la mediación técnica (29%).

Comparando estos datos con los de EU Kids Online (2010) ha aumentado notablemente la mediación activa en la seguridad (del 63% al 84%), ha mejorado también la mediación activa en el uso (del 71% al 84%) y la mediación técnica (del 16% al 29%). Por el contrario, se ha reducido ligeramente la mediación restrictiva (del 85% al 83%). Uno de cada dos menores afirma recibir algún tipo de mediación de sus pares y el 82% dice que en caso de tener algún problema es muy probable que se lo contaran al menos a una persona.

Conclusiones finales

Los datos muestran que hay una creciente concienciación sobre los riesgos online entre padres y madres y menores: elementos importantes (tales como la mayor participación de los progenitores en la mediación de la seguridad de los menores online, y el desarrollo de habilidades de seguridad o la adopción de medidas preventivas entre los y las niñas) señalan esta tendencia.

No se debe asumir que el uso de dispositivos móviles es, *per se*, un factor de vulnerabilidad. De hecho, la máxima del “más oportunidades, más riesgos” constituye un marco válido para entender los cambios relacionados con los smartphones y las tabletas, cambios que conducen a un Internet más ubicuo y omnipresente en el día a día de los y las menores.

El bullying continúa siendo el riesgo que más daño causa a quienes lo sufren, pero pese a un cierto discurso social y mediático y a las posibilidades que las redes sociales dan para amplificar situaciones de abuso, aún son muchos más los casos de ciberbullying que se concreta en el cara a cara que los que, en palabras de los y las afectados, tienen lugar fundamentalmente en el espacio online.

En cualquier caso, y a pesar de que los y las menores son más conscientes de los peligros asociados al ciberacoso u otras situaciones potencialmente conflictivas, sigue siendo necesario promover usos de la comunicación móvil más seguros y responsables. Esto podría pasar por incrementar la conciencia sobre las cuestiones relacionadas con la privacidad, las aplicaciones diseñadas para denunciar o bloquear, las funciones vinculadas al control y la geolocalización o los riesgos asociados a la escalada de intercambios que a veces se dan en casos de conflictos online (Marwick & Boyd, 2014).

Los centros escolares, en particular, deberían jugar un rol tan activo como fuese posible, dado que la mayor parte de la interacción a través de social media se produce entre pares y compañeros de clase.

Por último, mencionar que persisten ciertas desigualdades en el uso de Internet entre los y las menores en función de su estrato sociocultural, particularmente en materia de mediación parental. Los niños y niñas de familias más desventajadas reciben menos mediación por parte de sus padres y en sus casas suelen emplearse menos herramientas de mediación técnica tanto en los ordenadores como en los dispositivos móviles. De ahí que las iniciativas que promueven la inclusión digital de los y las menores deban seguir constituyendo una prioridad.

3.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE LA JUVENTUD DE EUSKADI 2017 (15-29 años)

1.- Las principales actividades de ocio de las personas de 15 a 29 años tienen que ver con las nuevas tecnologías.

Escuchar música es la actividad de ocio que más personas jóvenes de 15 a 29 años afirman realizar a diario o casi a diario (81,9%). Ciertamente es una actividad que permite ser realizada simultáneamente con otras, es decir, no es excluyente, por lo que puede ir unida a estar en la calle, que es la segunda más mencionada, hacer deporte, ver vídeos, etc. Sí que cabe destacar que las actividades de ocio relacionadas con las nuevas tecnologías, como escuchar música en dispositivos móviles (81,9%), o ver películas y series (52,5%), vídeos de Youtube, Vimeo y otras plataformas (43,1%) y jugar a videojuegos (14,8%) parecen ser las actividades más cotidianas, junto con estar en la calle (56,8%) y hacer deporte (23,6%).

Las diferencias más acentuadas entre hombres y mujeres se aprecian en las actividades de ocio relacionadas con las nuevas tecnologías en Internet, tales como ver vídeos en Youtube, Vimeo y plataformas similares (47,1% entre chicos, 38,9% entre chicas); jugar a consolas, juegos de ordenador (18,2% entre chicos, 11,3% entre chicas); subir vídeos a Internet (2,6% entre chicos, 1,8% entre chicas) y escribir en blogs (2,4% entre chicos, 1,1% entre chicas).

2.- El 99% de la juventud es usuaria de alguna red social, principalmente de WhatsApp, Facebook, Instagram y Youtube.

El 99% de la juventud vasca de entre 15 y 29 años es usuaria de alguna red social. La media de redes sociales de la que es usuaria una persona joven en Euskadi es de 4 redes sociales (3,8 más exactamente). Tomando en consideración únicamente a quienes dicen usarlas a diario o casi a diario, vemos que el porcentaje de usuarias y usuarios diarios es del 97,5% (apenas disminuye respecto del total de usuarios y usuarias) y que el número de redes a las que se conectan diariamente es 3 (2,9) de media. Atendiendo a la utilización diaria de estas redes sociales, vemos que las chicas presentan mayores porcentajes que los chicos de uso diario de Facebook, Instagram y Snapchat, mientras que ellos destacan frente a las chicas, sobre todo, por su mayor uso diario de Youtube. Las chicas también presentan porcentajes de conexión diaria a Spotify, Pinterest y Wattpad algo superiores a los chicos y, por el contrario, menores cifras que ellos en cuanto a la conexión diaria a Twitter y Telegram. De acuerdo a la edad, vemos que el colectivo más joven (15-19 años) es el mayor consumidor de Instagram (que es, tras WhatsApp, la red social a la que más se conectan diariamente las personas menores de 20 años), así como también de Youtube, Snapchat, Twitter, Spotify, Ask.fm y Wattpad.

Entre quienes tienen de 20 a 24 años tras WhatsApp encontramos Facebook (casi duplicando los porcentajes de uso diario que se registran entre las y los menores de 20 años) y por detrás quedan Instagram (que cae veinte puntos), Youtube y Twitter. Snapchat quedaría relegada al séptimo puesto, tras Spotify, con un descenso de usuarios y usuarias diarias de más de treinta puntos. Por último, en el colectivo de 25 a 29 años la red social más usada tras WhatsApp (que tiene la hegemonía absoluta en todas las edades) es Facebook, y a bastante distancia le siguen Youtube e Instagram (que vuelve a caer veinte puntos más). Por detrás quedan Twitter y Spotify. Snapchat apenas es utilizada por quienes tienen entre 25 y 29 años y queda más abajo aún en el ranking, por detrás de LinkedIn, que empieza a ser utilizada a partir de los 25 años.

3.- El 37,1% de la juventud aprovechó las redes sociales para promover o difundir debates o denuncias.

Algo más de un tercio de la juventud vasca (37,1%) utilizó en 2016 las redes sociales para promover algún debate, denunciar alguna situación, apoyar o dar su opinión sobre alguna cuestión. A medida que aumenta la edad aumenta el ciberactivismo, entendido como el uso de las redes sociales tanto para promover debates o denuncias como para apoyar, reenviar o expresar su opinión al respecto. El año pasado ciberactuó el 33,2% de las personas de 15 a 19 años, el 37,3% del colectivo de 20 a 24 años y el 40,0% de quienes tienen entre 25 y 29 años. Ligado a la edad, se aprecia que las personas jóvenes con estudios superiores promovieron o secundaron más debates o denuncias en Internet que quienes no alcanzan dicho nivel de estudios. Y entre quienes cuentan con estudios superiores, las personas que más ciberactuaron el pasado año fueron aquellas que cuentan con titulación universitaria (49,3 %). No hay diferencias en este aspecto entre chicos y chicas, pero el interés por la política, en cambio, es decisivo en este caso. Entre quienes afirman tener mucho o bastante interés en la política la mayoría (57,2%) dice haber promovido o secundado debates en las redes sociales, mientras que entre quienes tienen poco o ningún interés el porcentaje de ciberactivismo cae al 12,0%.

4.- La forma de acoso más frecuente en las redes sociales (Cyberbullying) es la expulsión de grupos de WhatsApp.

Sin embargo, el uso de las redes sociales también conlleva una exposición a actitudes de rechazo o acoso, como pueden ser la expulsión de grupos de WhatsApp, la suplantación de identidad en alguna red social o la difusión de imágenes comprometidas o humillantes. La forma de acoso más frecuente en las redes sociales entre las personas jóvenes es la expulsión de grupos de WhatsApp. Una de cada cinco personas jóvenes (19,6%) manifiesta haber sido expulsada de algún grupo de WhatsApp (22,8% entre los chicos y un 16,3% entre las chicas). Un 3,8% manifiesta que esto le ha ocurrido muchas veces y otro 15,8% que le ha ocurrido alguna vez. El 8,4% de las personas jóvenes dicen que han suplantado su identidad en alguna red social: al 0,6 % esto le ha ocurrido muchas veces y al 7,8% restante en alguna ocasión. Y el 6,6% de las personas jóvenes declaran que otras personas han subido a Internet o han difundido por las redes sociales sin contar con su permiso algún video o fotografía que resulta comprometida o humillante. Nuevamente un 0,6% declara que esto le ha ocurrido muchas veces y el 6,0% restante que le ha ocurrido en alguna ocasión.

5.- Las nuevas tecnologías traen consigo un aumento de la participación en actividades artísticas, principalmente en las audiovisuales.

La actividad artística amateur más habitual en la juventud vasca en 2016 es la fotografía con un 28,2% que afirma haberla practicado en los últimos 12 meses; a continuación se sitúa escribir (21,3%), pintar o dibujar (17,8%), hacer videos (14,7%), tocar instrumentos musicales (14,7%) y danza, baile o ballet (11,6%).

Entre 2012 y 2016 se ha producido un intenso aumento en el porcentaje de personas jóvenes que han realizado alguna actividad artística o cultural en los 12 meses anteriores a la encuesta. Si en 2008 ese porcentaje era del 39,8% y en 2012 del 42,9%, en 2016 se alcanza el 55,1%. El incremento en las actividades artísticas se ha producido principalmente entre jóvenes de 15 a 19 años, que de 2008 a 2016 han pasado del 35,8% al 57,8%.

4.- JÓVENES Y COMUNICACIÓN. LA IMPRONTA DE LO VIRTUAL.

Tantas veces se escucha la expresión “nativos digitales” para referirse a adolescentes y jóvenes que han crecido en pleno auge de las tecnologías de la información y la comunicación, y a quienes, por ello, se presupone una capacidad para desenvolverse de forma natural y fácil con esas tecnologías, en ocasiones se pierde de vista que esos mismos jóvenes también experimentan complejos procesos de aprendizaje y socialización en torno a esas TIC. Procesos de maduración en el uso de las redes sociales y las nuevas tecnologías, que además son asumidos como esenciales desde sus propios protagonistas, toda vez que la sociedad en su conjunto parte del lugar común que interpreta que los y las jóvenes han de estar integrados en las TIC como muestra de su adecuada adaptación a “su tiempo”. Desde lógicas que aparentemente surgen del entorno laboral y formativo (hay que saber desenvolverse tecnológicamente para no quedarse fuera de la carrera competitiva, y hay que saber gestionar un yo laboral en torno a las redes sociales y las TIC), pero que inundan todos los aspectos de la vida: la mejor gestión del yo, el mejor aprovechamiento de las oportunidades, los mejores procesos de socialización, pasan por la adecuada integración con las nuevas tecnologías. Tal idea sobrevuela el imaginario colectivo, y a partir de la misma debemos ser conscientes de la manera en que sus implicaciones se ponen en juego en las relaciones que entablan los y las jóvenes, con los pares y con la sociedad en su conjunto.

En primer lugar, porque el reconocimiento general de las nuevas tecnologías y las redes sociales como el lugar en el que hay que estar, procura nuevos procesos de integración y exclusión entre adolescentes y jóvenes. Por un lado porque quien no esté ni use redes sociales quedará abocado al olvido de un grupo de pares que se autogestiona y organiza a partir de las posibilidades y facilidades que ofrece la tecnología, y que además asume con aparente naturalidad la realidad de los procesos de marginación que pueden sufrir esas personas. Por otro lado, porque los propios usuarios y usuarias articulan de tal forma sus relaciones, sus estrategias de comunicación y sus rutinas en torno a las redes sociales, que la temporal ausencia (se estropea el ordenador o el móvil, o simplemente te lo olvidas en casa) provoca lo que se llega a sentir como verdadera “incomunicación”, desde el momento en el que se asume que el grupo y los pares siguen comunicándose y relacionándose, y uno o una queda fuera de todas las cosas que pueden pasar o están pasando. Porque, o todo pasa en las redes sociales, o las cosas que pasan fuera de ellas se gestionan y preparan en las redes sociales. Además, estar eventualmente fuera acentuará la ausencia del otro, de los amigos y demás relaciones, siempre presentes gracias a las redes sociales.

En segundo lugar, porque esas lógicas de la mejor gestión del yo empapan casi todos los aspectos de su vida alrededor de las nuevas tecnologías. Así, no estar integrado en las redes sociales, incluso no estarlo en tiempo real, se interpreta como perder oportunidades, no aprovechar las posibilidades que te brinda el desarrollo tecnológico que define el tiempo presente, y que no sólo te hace la vida más cómoda y práctica, sino que en sí mismo determina buena parte del sentido de las relaciones personales. Lógica que, en última instancia, acepta que hay que estar “por si acaso”, y que a partir de esa misma idea justifica, por ejemplo, los procesos de acumulación de contactos, aún a sabiendas de que buena parte de esos contactos “agregados” nunca o casi nunca serán “usados”, o incluso corresponden a personas que apenas se conocen o con las cuales es complicado establecer un nexo de unión personal.

En relación a la mencionada gestión del yo, resulta esencial el análisis de la manera en que los y las jóvenes procuran y combinan su exposición dentro y fuera de la Red, ejemplo esencial y paradigmático de cómo se establecen actualmente las relaciones en torno a las redes sociales, y con las redes sociales. Así, yo *online* y yo *offline* se entienden como dos caras de una misma moneda, dos maneras

distintas de expresar aspectos diversos de la personalidad, en base a las características y a las ventajas y desventajas que procuran los lenguajes escrito y oral en que se sustentan cada una de las exposiciones de uno mismo. A partir de la asunción de que la tecnología te hace la vida más fácil y te abre nuevos horizontes, adolescentes y jóvenes asumen con naturalidad el hecho de aprovechar las oportunidades que ofrecen las redes sociales para mostrar una parte de uno mismo que facilita algunos procesos de la comunicación y las relaciones, y además permite a personas más tímidas o inseguras participar del juego: elimina la vergüenza, democratiza el flirteo, permite la transmisión reflexionada y orientada de mensajes, posibilita establecer relaciones en las que es posible mantener cierto “control” de la comunicación, etc. En este sentido, el yo *online* será tan yo como el *offline* (éste a partir de los elementos que procuran y determinan las interacciones “físicas”), y en tal asunción descansa también la extendida convicción de que no es necesario, ni conveniente, ni aceptable, mentir en la exposición *online*, pues ello iría contra la propia naturalización de procesos de relación que se aceptan como habituales y “normales”.

Empeñarse en establecer esa distinción entre el yo *online* y *offline* en términos de confrontación, de verdad/mentira, auténtico/falso o importante/superficial, carece de todo sentido desde el momento en que los propios adolescentes y jóvenes se comportan y relacionan como híbridos en los que cuerpo y tecnología forman un todo integrado, por el que los dispositivos tecnológicos están definidos por el ser humano, pero al mismo tiempo las personas y sus relaciones se ven irremediamente mediadas por las características de los dispositivos tecnológicos que usan. Así, ellos y ellas no entienden el yo *offline* sin el *online* y viceversa, pues ya no se asume la posibilidad de estar fuera de las redes sociales, algo que sería considerado fuera de lo “normal” en base a la manera en que actualmente se conciben las relaciones y la comunicación.

De igual forma, esa concepción híbrida procura que las teóricas renunciadas que acarrearía la presencia en las redes sociales no se lleguen a considerar como tales, pues yo *online* y *offline* no actúan uno en detrimento del otro, sino como complemento. Es decir, que no es que los y las jóvenes se relacionen menos por pasar más tiempo en las redes sociales, sino que se relacionan de otra manera, o procuran relaciones de otro tipo en base a la forma en que interactúan sus presencias en la Red y fuera de ella. Que las trayectorias de maduración personal y de educación en valores que procuran esa educación sentimental en torno a las nuevas tecnologías otorguen las herramientas necesarias para afrontar esos procesos de socialización de la mejor manera posible, será otra cosa. Pero eso es algo que también ocurre con las relaciones cara a cara.

Pese a que nadie niega que aprovecharse y disfrutar de las ventajas de las TICs plantea algunas contrapartidas no tan beneficiosas, el clima general entre jóvenes usuarios y usuarias descansa en la percepción de “controlar” la situación, precisamente porque desde el principio creen ser conscientes de las contrapartidas... y aceptan participar porque les compensa.

Ejemplo paradigmático de esta situación es la manera en que se aborda e interpreta el concepto “intimidad”, y las expectativas que genera. La intimidad asociada a la presencia y exposición en las redes sociales es una intimidad modulada, flexible, ampliada, compartida, en la que constantemente se están renegociando los límites de lo privado y lo público. Adolescentes y jóvenes son conscientes de que participando del “juego” pierden parte de su intimidad, o se arriesgan a perderla. Sin embargo, el hecho de que el precio pagado sea, por un lado, modulable en función del propio deseo y las propias intenciones, y que, por otro lado, sea un precio pagado por todos y todas, precisamente para que el juego tenga continuidad (yo dejo que accedan a parte de mi intimidad, la que yo quiero, a cambio de que yo puedo acceder a la de otros y otras), despoja de aparente preocupación a la mayoría de usuarios y usuarias habituales. Por lo menos así lo atestiguan los discursos mayoritarios, algo que no es contradictorio con el hecho de que se preocupen por su privacidad. Lo que sí es cierto es que

debemos situarnos ante una manera de interpretar la intimidad, que parece trascender la esfera de lo personal y estar ligada a la gestión grupal del medio y de las propias relaciones, o cuando menos se sitúa en un contexto de análisis que, sin duda, trasciende los valores tradicionalmente asociados a la exposición pública *offline*.

Al hilo de las contrapartidas señaladas, del “precio a pagar ” por poder disfrutar de las nuevas tecnologías, podemos reflejar toda una serie de dualidades o disyuntivas en torno a las cuales se establecen buena parte de los usos, hábitos y expectativas asociadas a las redes sociales:

La mejor gestión del yo y el acomodamiento

Las nuevas tecnologías permiten tener todo integrado, todo en la mano, a la distancia de un *click*; ventana al mundo que te abre las puertas de la información, la comunicación, el entretenimiento y la diversión, en tiempo real y de forma cómoda y sencilla. Posibilidades que se interpretan desde la perspectiva de esa mejor gestión del yo, del tiempo y de las posibilidades, y que por ello se asume que otorgan autonomía al usuario y usuaria: decido qué quiero hacer, cómo y cuándo. Pero la misma constatación de que los dispositivos electrónicos que integran todas esas posibilidades se constituyen en el centro de nuestros hábitos, rutinas y necesidades, y el ser conscientes de que no es necesario hacer grandes esfuerzos para disfrutar de todo ello (que está en tu mano, en tu smartphone), puede provocar lo que los propios usuarios y usuarias entienden como cierto acomodamiento. En el sentido de mostrar una actitud o predisposición mucho menos activa en los ejercicios de interesarse, relacionarse, investigar, contrastar, acudir a las fuentes, informarse, comunicarse... todo ello desde una perspectiva donde el discurso del deber ser del yo *offline*, no lo olvidemos, justifica la complementariedad con el yo *online* (es decir, que no serán buenos usos tecnológicos si sustituyen a las actividades “importantes” que se hacen presencialmente, y sí lo serán si las complementan y/ potencian).

La libertad y la dependencia

Resulta evidente que las nuevas tecnologías facilitan la vida en muchos sentidos, permiten una gestión del tiempo y de la propia persona que abre nuevos horizontes de comunicación, relación y diversión, y que generalizan muchas posibilidades antes más vedadas, desde el acceso a la información (a muy diversos tipos de información, y en base a los propios criterios de búsqueda y contrastación), la capacidad de comunicación, protesta y movilización, etc., etc. En este sentido, las redes sociales procuran lo que se asume es mayor libertad a quien las usa: mayor capacidad de movimiento, de decisión, de organización, mayores horizontes. En el polo contrario también se explicita cómo en torno a todas esas posibilidades se genera, se ha generado, una dependencia que antes no existía, una necesidad en torno a las TIC y las redes sociales sin las cuales adolescentes y jóvenes se sienten “aislados”, “incomunicados”, incompletos; sin las cuales parecen no saber cómo rellenar sus rutinas, pero además sin las cuales no podrán integrarse en el grupo de pares, ni socializarse de la manera que se espera que lo hagan. Por ello, tal “dependencia”, tal necesidad de “estar siempre pendientes”, de *estar* siempre, se vive de forma tan real e intensa que preguntados sobre si las redes sociales les hacen sentir “más libres o más dependientes”, los argumentos mayoritarios en las dinámicas grupales señalen, sin duda, que “más dependientes”. Otra cosa será que, sea una “dependencia despreocupada”. Porque se asume común a todos y signo del tiempo en el que viven, porque precisamente por ello no estigmatiza, y porque, a la postre, las ventajas siguen “compensando” (los discursos colectivos siempre acentúan los aspectos más críticos, sobre todo cuando se proyectan sobre el grupo; pero los hábitos individuales muestran otros aspectos de la relación con la tecnología).

La vida más fácil y los flujos relacionales más complejos

El hecho de que los dispositivos tecnológicos integren todas las posibilidades de ocio y trabajo, comunicación, información, relación y gestión, sin duda facilita buena parte de la vida de millones de usuarios y usuarias. Esto es algo reconocible y aceptable prácticamente por todo el mundo. Lo que aparentemente no resulta tan reconocible (desde mitos como el de los “nativos digitales”, por ejemplo), es que todos estos aspectos vienen de la mano de procesos que complejizan las maneras en que se entablan las relaciones personales, que ahora deben atender a muy distintos aspectos: desde la manera en que gestionar la exposición de todos mis *yo*es, la adaptación a las cambiantes normas de *netiqueta*, la capacidad de atender a numerosas y diversas circunstancias relacionales (alternando lo individual con lo grupal, lo presencial con lo virtual...), la manera en que “manejar ” los sentimientos y afectos en torno a las redes sociales, etc. Dualidad, por tanto, que oscila entre la individuación y la hiperrelacionalidad.

La presencia necesaria y el exceso de exposición personal

Precisamente uno de los aspectos que contribuyen a complejizar los flujos relacionales es el hecho de encontrar el equilibrio entre la necesidad de estar siempre presente en las redes sociales (para no perder oportunidades de relación, “por si acaso”...), y la de procurar que esa exposición personal no traspase los límites deseables de privacidad e intimidad. Porque el yo *online* encuentra buena parte de su sentido desde la observación por parte de otros y la interacción con esos otros, y tal convicción justifica la necesidad de estar siempre localizable, disponible, incluso adaptar las estrategias de exposición personal para llegar a los interlocutores deseados, o para que esos interlocutores te perciban de la manera en que se desea. De igual modo, tal dualidad incide en el hecho de que en no pocas ocasiones se renuncie a “rechazar ” o “ignorar ” peticiones de comunicación o de “amistad”, prolongando una exposición pública quizás no tan deseada, pero que permite seguir participando del juego de proyecciones; seguir siendo observado u observada, ante la certeza de que otros tampoco te rechazarán o ignorarán, pues juegan con las mismas reglas y premisas. En este proceso, a veces, se asumen pérdidas de determinados grados de intimidad o privacidad, modulables en función de los intereses. En cualquier caso, un proceso complejo, de complicado equilibrio.

La tecnología que acerca y la tecnología que aleja

Las redes sociales permiten mantener y afianzar el contacto con personas físicamente muy alejadas, y facilitan el “roce” y la presencia que asientan afectos y sentimientos, que acortan las esperas, tranquilizan, acompañan y unen a parejas, familias, amigos, conocidos. Esa capacidad de poder sentirse cerca de las personas que están lejos es uno de los aspectos sin duda más destacados de las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías. Sin embargo, a partir de lo que los propios usuarios y usuarias entienden son tendencias a la dependencia y el “enganche”, también se asientan “malos usos” (por lo general atribuidos a “otros”), que incidirían precisamente en el polo contrario: la incomunicación. O más bien la despersonalización o desnaturalización de las relaciones personales, desde la perspectiva del yo *offline*, pero no sólo. Porque se afirma que hacer girar todos los hábitos, el tiempo y las rutinas en torno a las redes sociales, puede aislar del entorno más cercano; porque la necesidad de estar siempre presente y siempre en tiempo real en las interacciones *online* puede provocar que se desatendan las *offline* (*estar físicamente con una persona* mientras se habla con otra por WhatsApp, por ejemplo); y porque el ruido comunicacional (charlas simultáneas, *chats* grupales, conversaciones abiertas, participación sin contenido real o “de provecho”...) genera relaciones de baja intensidad (o “calidad”, como señalan), superfluas, volubles, despersonalizadas.

La comunicación voluble y la que deja rastro

Frente al lenguaje oral (acompañado del gestual) que define la comunicación cara a cara, y al que se atribuye el peso para transmitir las cosas “importantes” y “serias” (generalmente se interpreta que las cosas serias son las malas, problemáticas, o que implican conflicto), el lenguaje escrito en torno al cual se constituye la comunicación *online* (con ayuda del audiovisual y los emoticonos) propiciaría, según señalan los y las jóvenes usuarios, una comunicación distinta: ágil, flexible, voluble, tendente a la intrascendencia y la anécdota. Al tiempo que habitualmente se asume que el lenguaje de las redes sociales tiende a la intrascendencia por su agilidad y por el calado de los mensajes que sustenta, también se reconoce que te ofrece una capacidad de reflexión (revisión y corrección de lo escrito, capacidad de repensar el mensaje a transmitir, mayor posibilidad de controlar la respuesta) que permite proyectar una parte distinta de uno mismo, más pausada, más consciente, más intelectual incluso (aspectos en ocasiones puestos bajo la sospecha del engaño). Por otro lado, porque pese a que se interpreta que es una comunicación flexible y voluble, lo cierto es que deja huella (las palabras se las lleva el viento, pero los mensajes y las conversaciones de WhatsApp permanecen en el teléfono), y permite las rememoraciones tanto personales como grupales, de igual manera que conforman un “rastro” que también contribuye a dar forma a la manera en que eres visto o vista por el resto.

La renovación y la saturación

La asunción de que estar integrado con y en torno a la tecnología supone capacidad de adaptarse a los cambios y al progreso, y el reconocimiento de la obsolescencia tecnológica como estrategia de la industria de las TIC, provoca la constante sensación de movimiento y la continua necesidad de renovarse y “estar a la última”. Tanto, que puede llegar a saturar: el flujo de información llega a resultar inmanejable, el ruido puede apoderarse de la comunicación, algunas relaciones pueden interpretarse como intrascendentes, puede generarse una sensación de añoranza de tiempos más “sencillos” (paradójicamente, como señalamos, se supone que la tecnología facilita la vida)... Las posturas más desencantadas con la tecnología y más saturadas con el nuevo escenario, quedan diluidas entre el discurso mayoritario de adolescentes y jóvenes que disfrutan de las ventajas y las comodidades que les ofrecen las redes sociales, pagan con aparente gusto lo que interpretan que son contrapartidas menores y guían todos sus movimientos y hábitos al respecto en torno a lo que les resulta más práctico en cada momento. El perfil que se comparte en la Red se asume como público y controlado por las grandes corporaciones que manejan la comunicación. Así, el uso de las TIC, frente a la comunicación directa, implica la mediación, la existencia de unos intermediarios cuyo acceso a la información que se comparte se desconoce y se asume con cierta naturalidad. Ese perfil público, además, está inundado de imágenes de la propia vida, como un escaparate vivo del día a día, una memoria gráfica de los sujetos. Y los canales de conexión, interacción e intercambio son gratuitos, o tienen un coste mínimo (tarifa plana), lo que también modifica las formas de acceso y el empleo de unos dispositivos de comunicación y consumo. Cuestiones que indudablemente configuran nuevas formas de relación, de usos, hábitos y expectativas que no podemos dejar de subrayar.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD: DROGODEPENDENCIAS

1.- INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS

Según los datos mas recientes, en lo que respecta a la producción y el consumo de drogas y las consecuencias que este tiene para la salud, la situación no ha cambiado mucho en términos generales.

El consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias

Se estima que una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013. El consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace mas evidente si se tiene en cuenta que mas de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia.

Ello supone una pesada carga para los sistemas de salud publica en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. Unicamente 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento, dado que en muchos países hay un déficit considerable en la prestación de servicios. El numero anual de muertes relacionadas con el consumo de drogas (estimadas en 187.100 en el año 2013) casi no ha variado.

A pesar de las variaciones nacionales y regionales que existen en las tendencias del consumo de drogas, los escasos datos disponibles indican que el consumo de opiáceas (heroína y opio) se ha mantenido estable a nivel mundial. Principalmente debido a la tendencia registrada en América y Europa, el consumo de cocaína ha disminuido en su conjunto, mientras que el consumo de cannabis y el uso no medico de opioides farmacéuticos han seguido aumentando. Las tendencias observadas en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínicos varían de una región a otra, y algunas subregiones, como Asia sudoriental, han notificado un aumento del consumo de metanfetamina.

También hay indicios de que el numero de personas que necesitan tratamiento por consumo de cannabis esta aumentando en la mayoría de las regiones.

El numero de personas que necesita tratamiento por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico también esta aumentando en todo el mundo.

Las nuevas sustancias psicoactivas se comercializan como sustitutos de las drogas sometidas a fiscalización internacional y se afirma que producen efectos similares a los de sus equivalentes tradicionales. Pueden acarrear graves riesgos para la salud y la seguridad públicas. La información y los estudios sobre los posibles daños ocasionados por las nuevas sustancias psicoactivas son escasos, pero la proliferación de esas sustancias, aproximadamente unas 500, entre las que se incluye la mefedrona, plantea una amenaza para la salud de los consumidores de drogas y ha hecho que aumente la demanda de tratamiento por consumo de drogas.

Cada vez son mas los estudios que ponen de manifiesto que muchas de las intervenciones encaminadas a prevenir la iniciación en el consumo de drogas (o una posible deriva hacia trastornos relacionados con dicho consumo) pueden ser eficaces si se tienen en cuenta los distintos aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y ambiental de los niños y los jóvenes, factores que en gran medida no dependen de la voluntad del individuo.

Hay una serie de obstáculos sociales y estructurales que a todas luces obstaculizan el acceso de las mujeres a tratamiento por consumo de drogas en todo el mundo: unicamente uno de cada cinco consumidores de drogas que reciben tratamiento es mujer, si bien uno de cada tres consumidores de drogas es mujer. Cada vez hay mas datos empíricos que ponen de manifiesto que los factores biológicos y sociales relacionados con el inicio en el consumo de sustancias, su continuidad y la aparición de problemas relacionados con dicho consumo varían considerablemente entre hombres y mujeres. La probabilidad de consumir cannabis, cocaína y anfetaminas es tres veces superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres, mientras es mas probable que las mujeres hagan un uso indebido de los opioides de venta con receta y los tranquilizantes. Dado que la probabilidad de que el inicio del consumo indebido de tranquilizantes y opioides de venta con receta de lugar a un consumo habitual o actual de esas sustancias es relativamente alta en comparación con otras drogas, este sigue siendo un ámbito de especial preocupación en lo que respecta a las mujeres.

Oferta y mercados de drogas

Es posible que no haya habido grandes cambios en las regiones donde se cultivan y fabrican drogas ilícitamente, pero los mercados de drogas ilícitas y las rutas que se utilizan para introducirlas de contrabando varían constantemente. La “red oscura”, el mercado en línea anónimo utilizado para la venta ilícita de una amplia gama de productos, incluso drogas, ilustra perfectamente la rápida evolución de la situación y tiene importantes consecuencias tanto para las autoridades encargadas de la aplicación de la ley como para el tráfico de drogas.

Opiáceos

Según la escasa información de que se dispone, la prevalencia mundial del consumo de opioides (el 0,7% de la población adulta mundial, o 32,4 millones de personas) y el consumo de opiáceos (el 0,4%, o 16,5 millones de personas) ha permanecido estable.

Cocaína

En 2013, no solo siguió disminuyendo el cultivo de arbusto de coca (con lo que alcanzó su nivel más bajo desde 1990, cuando empezó a disponerse de estimaciones), sino que la prevalencia anual del consumo de cocaína (el 0,4% de la población adulta) también siguió reduciéndose en Europa occidental y central y en América del Norte.

Cannabis

El consumo de cannabis esta aumentando y sigue siendo elevado en África occidental y central, Europa occidental y central y Oceanía, así como en América del Norte, donde los datos mas recientes disponibles indican que ha aumentado la prevalencia de consumo de cannabis en los Estados Unidos.

Europa sigue siendo uno de los mayores mercados del mundo de resina de cannabis, pero su consumo se concentra en unos pocos países. El consumo de hierba de cannabis se distribuye de forma mas uniforme por los países europeos, y el mercado de Europa occidental y central esta pasando de la resina a la hierba de cannabis. Los avances en las técnicas de cultivo de la planta de cannabis y el uso de determinadas cepas seleccionadas genéticamente han producido un aumento en el numero de cosechas, y un mayor rendimiento y potencia del cannabis.

Lo que ha dado lugar a una preocupación cada vez mayor respecto de la capacidad del cannabis para ocasionar problemas de salud graves. los datos correspondientes a 2013 ponen de manifiesto un aumento en la cantidad de hierba de cannabis y resina de cannabis incautada en todo el mundo.

Drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas

El mercado mundial de drogas sintéticas sigue estando dominado por la metanfetamina. El consumo de metanfetamina cristalizada esta aumentando en algunas regiones de América del Norte y Europa. El aumento de las incautaciones registradas desde 2009 también denota una rápida expansión del mercado mundial de estimulantes de tipo anfetamínico.

Según los datos relativos a las incautaciones, el mercado mundial de éxtasis es menor que el de anfetamina y metanfetamina, y sigue limitándose a algunas regiones.

El mercado de éxtasis lleva algún tiempo contrayéndose en varios países europeos, donde la mefedrona y otras nuevas sustancias psicoactivas podrían estar sirviendo de sustitutos.

El consumo de mefedrona y de cannabinoides sintéticos puede haber descendido en algunos mercados en los últimos anos, pero hay un numero creciente de países que ha notificado la aparición de una mayor variedad de nuevas sustancias psicoactivas y de hechos preocupantes como, por ejemplo, el consumo por inyección de esas sustancias.

Su enorme numero y diversidad, y el carácter pasajero de las nuevas sustancias psicoactivas que se encuentran actualmente en el mercado explican, en parte, por que los datos disponibles sobre la prevalencia del consumo de muchas de esas sustancias siguen siendo escasos. Esas dificultades también explican por que la reglamentación en materia de nuevas sustancias psicoactivas y la capacidad para hacer frente a los problemas de salud relacionados con estas plantean problemas. Distintos países han informado de que las nuevas sustancias psicoactivas continúan proliferando en el mercado, tanto en lo que respecta a su cantidad como a su diversidad. La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas notificadas siguieron siendo los cannabinoides sintéticos (39%), seguidos de fenetilaminas (18%) y catinonas sintéticas (15%).

2.- INFORME EUROPEO SOBRE LAS DROGAS (Tendencias y novedades)

Resurgimiento de la MDMA

El retorno de la MDMA como estimulante común predilecto de los jóvenes sirve para ilustrar algunos de los nuevos retos que comporta el mercado de las drogas contemporáneo. La innovación en la adquisición de precursores, las nuevas técnicas de producción y la oferta a través de Internet parecen favorecer el resurgimiento en un mercado caracterizado por la diversidad de productos. Un mercado en el que están disponibles polvos en altas dosis, cristales y pastillas con una gran variedad de logotipos, colores y formas, producidos bajo pedido y sujetos al uso de técnicas de marketing avanzadas y específicas. Puede que sea una estrategia deliberada de los productores para mejorar la percepción de la droga tras un largo período de reducción del consumo debido a la mala calidad y la adulteración de la misma. En todo caso, hay indicios del éxito de esta estrategia, atendiendo a la popularidad que está adquiriendo la MDMA tanto entre consumidores de estimulantes ya consumados como entre una nueva generación de consumidores jóvenes. De ahí la posible necesidad de adoptar respuestas de prevención y reducción de los daños dirigida a una nueva población de consumidores que pueden estar consumiendo productos en dosis altas sin ser conscientes de los riesgos asociados.

Los nuevos datos destacan pautas regionales en el consumo de estimulantes y los daños resultantes

El consumo de cocaína parece mayor en los países de Europa meridional y occidental, mientras que el consumo de anfetaminas es mucho más habitual en los países septentrionales y orientales. Se ha observado un incremento de la pureza de la cocaína y de las anfetaminas, aunque los precios se han mantenido bastante estables. Los problemas relacionados con los estimulantes son cada vez más visibles. Resulta preocupante el incremento del número de demandas de tratamiento relacionado con las anfetaminas en algunos países, dándose la circunstancia de que casi la mitad de los consumidores que inician tratamiento consumen la droga por vía parenteral.

La respuesta al consumo de cannabis sigue siendo un reto para las políticas europeas sobre drogas

Tanto a escala internacional como en Europa existe un importante debate público y político sobre los costes y las ventajas de las distintas políticas aplicables en relación con el cannabis. Se trata de un tema importante, porque los niveles generales de consumo de cannabis no parecen decaer e incluso es posible que estén aumentando en algunas poblaciones. Cabe destacar que de los países que han realizado encuestas recientemente (desde 2013) la mayoría ha notificado un aumento del consumo de esta droga.

Las nuevas estimaciones muestran que la cuota del cannabis es la mayor del mercado de drogas ilegales en Europa en términos de valor. Su producción se ha convertido en una importante fuente de ingresos para la delincuencia organizada. La importación de cannabis procedentes de diversos países de origen y el aumento de la producción en Europa constituyen retos considerables para los cuerpos y fuerzas de seguridad, con la consiguiente presión sobre los ya escasos recursos policiales y aduaneros. Los delitos relacionados con el cannabis, la mayoría de ellos relacionados con el consumo o la posesión para consumo personal, suponen igualmente unas tres cuartas partes de los delitos relacionados con drogas.

Aumenta asimismo el conocimiento de los costes sanitarios y sociales que puede acarrear el consumo de cannabis. Estos costes son más altos entre los consumidores más frecuentes y antiguos; se calcula que el 1% de los adultos europeos consume cannabis a diario o casi a diario. Los niveles de potencia de la resina de cannabis y de la hierba de cannabis han alcanzado máximos históricos que son motivo de preocupación, debido al aumento del riesgo de problemas de salud tanto agudos como crónicos entre los consumidores. Esta droga es actualmente la responsable de la mayoría de los nuevos tratamientos, aunque los datos al respecto deben analizarse en el contexto de las vías de derivación y de una definición amplia de lo que significa la atención de esta población. Las respuestas políticas en materia de cannabis deben tener en cuenta además que, a diferencia de otras partes del mundo, en Europa esta droga normalmente se fuma con tabaco, lo que resalta la importancia de la sinergia entre las políticas de control del cannabis y las de control del tabaco.

Los cannabinoides sintéticos predominan en las incautaciones de nuevas sustancias psicotrópicas.

Otro problema igualmente complicado de resolver para las políticas internacionales y europeas sobre drogas es el de cómo responder con eficacia al dinámico y cambiante mercado de las nuevas drogas. Existe muy poca información sobre el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas, pero las 50.000 incautaciones notificadas en 2014 ofrecen una idea de su disponibilidad relativa. Más del 60% de estas sustancias son cannabinoides sintéticos, que ocupan también un lugar destacado entre las 98 sustancias nuevas detectadas por primera vez en 2015 y notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE. De ellas, 24 eran cannabinoides sintéticos: drogas que actúan sobre los mismos receptores cerebrales que el THC, uno de los principales compuestos activos presentes en el cannabis natural. No obstante, desde el punto de vista de la salud, muchos cannabinoides sintéticos son considerablemente más tóxicos, responsables de intoxicaciones masivas e incluso muertes. Por lo general, los consumidores de estos productos no saben qué componentes químicos contienen.

La respuesta rápida y eficaz a la venta de productos químicos desconocidos, algunos de ellos muy tóxicos, constituye uno de los mayores desafíos de las políticas en este ámbito.

Aumento de las muertes por sobredosis: la heroína, de nuevo bajo los focos.

La heroína aparece de forma destacada en los datos sobre sobredosis mortales y es también la droga ilegal más común en los nuevos datos a escala urbana sobre visitas a los servicios de urgencias hospitalarias. Las sustancias responsables del mayor número de estas visitas varían considerablemente de unas ciudades a otras, pero destacan el cannabis, la cocaína y otros estimulantes.

Consumo de opioides sintéticos: un motivo de preocupación

Los opioides sintéticos y los medicamentos también parecen desempeñar un papel importante en las muertes por drogas en algunas partes de Europa. Resulta preocupante el uso indebido de las benzodiazepinas y otros medicamentos, obtenidas a través de proveedores sanitarios o de fuentes no autorizadas, aunque aún no se conoce bien el papel que desempeñan estos en las muertes por sobredosis en Europa. Dados los graves problemas de salud pública existentes en América del Norte y en otros lugares por el consumo abusivo de medicamentos opioides, conviene mejorar la vigilancia para detectar el posible auge de problemas análogos en Europa.

Los mercados de drogas por Internet: nuevas amenazas y nuevas oportunidades.

Otro nuevo reto importante para las políticas en materia de drogas consiste en dar respuesta al uso de Internet como medio de comunicación y como fuente emergente de suministro de drogas. La atención se centra principalmente en la amenaza que entrañan los mercados de droga de la red oscura. Es necesario además entender bien el papel creciente de web superficial, en especial en el suministro de nuevas sustancias psicotrópicas y medicamentos falsificados, así como de las redes sociales en la realización de los intercambios. También las plataformas online permiten llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y reducción de daños, por mucho que estas pasen a menudo desapercibidas. El suministro de drogas a través fuentes online parece estar creciendo, aunque desde niveles muy bajos, y su potencial parece considerable. Además, el rápido ritmo de los cambios en esta área, impulsados por el aumento del uso de Internet, la implantación de nuevas tecnologías de pago, las innovaciones en el ámbito del cifrado y las nuevas opciones de creación de mercados en línea distribuidos, dificulta las respuestas de la sociedad.

Estimación del consumo de drogas en la Unión Europea

Se estima que en torno al 25% de los ciudadanos adultos (15-64 años) de la Unión Europea ha consumido drogas ilegales en algún momento de su vida, siendo el cannabis la sustancia más comúnmente consumida.

Cannabis

22,1 millones de personas adultas (6,6%) han consumido durante el último año y 83,2 millones (el 24,8%) a lo largo de la vida. La estimación mas baja de consumo (entre los diferentes países) ha sido del 3,2% y el más alto ha sido del 23,9%.

Cocaína

3,6 millones de adultos (1,1%) han consumido durante el último año y 17,1 millones (5,1%) a lo largo de la vida. Entre las estimaciones nacionales el más bajo ha sido del 0,2% y del 4,2% el más alto.

MDMA

2,5 millones de adultos (0,8%) han consumido durante el último año y 13 millones (3,9%) a lo largo de la vida. La estimación más baja de consumo ha sido del 0,3% y la más alta del 5,5%.

Anfetaminas

1,6 millones de adultos (0,5%) han consumido durante el último año y 12 millones (3,6%) a lo largo de la vida. La estimación más baja de consumo ha sido del 0,1% y la más alta del 2,9%.

Opioides

Consumidores de opioides de alto riesgo: 1,3 millones.

Solicitudes de tratamiento de drogodependencia: droga principal en el 40% de las solicitudes de tratamiento por drogodependencia en la Unión Europea. 664.000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2014.

Sobredosis mortales: se detectaron opioides en el 82% de las muertes por sobredosis.

Se estima que uno de cada cuatro jóvenes de 15-16 años de la Unión Europea ha consumido alguna droga ilícita en algún momento de su vida, siendo el cannabis la sustancia más comúnmente consumida.

Cabe destacar la importancia del grupo de amigos ya que la mayoría de los que habían consumido alguna sustancia nueva en los últimos 12 meses la habían comprado u obtenido de un amigo (68%), la habían consumido en una fiesta o evento (65%) o con amigos (60%). En cuanto a la legalización, más del 90% de los encuestados opinan que tanto la heroína como la cocaína o el éxtasis deberían mantener su estatus de ilegalidad; sin embargo, respecto al cannabis, el 45% opinan que debería regularse, lo que supone una postura más favorable a la legalización que en los últimos resultados de 2011. No obstante, existe una gran variabilidad entre países, desde un 71% de los jóvenes favorables a la regulación del cannabis en la República Checa a solamente el 14% en Rumanía, pasando por un 47% en España.

La principal fuente de información sobre las drogas, sus efectos y riesgos, es Internet. Los encuestados consideran que un uso puntual (una o dos veces), no conlleva un alto riesgo para la salud en el uso del cannabis aunque sí se percibe un riesgo en el uso habitual, mientras que el consumo de otras sustancias como la cocaína o el éxtasis se considera de riesgo, tanto para un uso puntual, como especialmente para un consumo regular.

Los jóvenes españoles consideran que conseguir alcohol o tabaco es muy fácil (prácticamente el 100%), seguido del cannabis (71%). No obstante, el 61% de los jóvenes encuestados afirma no haber consumido nunca cannabis, y sólo un 9% indicaron haberlo consumido en los últimos 30 días.

Cannabis

Adultos jóvenes (15-34): 16,6 millones de personas (13,3%) han consumido durante el último año.

Cocaína

Adultos jóvenes (15-34): 2,4 millones de personas (1,9%) han consumido durante el último año.

MDMA

Adultos jóvenes (15-34): 2,1 millones de personas (1,7%) han consumido durante el último año.

Anfetaminas

Adultos jóvenes (15-34): 1,3 millones de personas (1%) han consumido durante el último año.

Nuevas sustancias psicotrópicas

Adultos jóvenes (15-24): El 3% han consumido durante el último año y el 8% a lo largo de la vida.

3.- DATOS DE LA XI EDICIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (2015)

Las drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas son las legales. En primer lugar, el alcohol (el 77,6% de los encuestados lo ha consumido en los últimos doce meses; el 78,3% lo hacía hace dos años) y en segundo lugar el tabaco (40,2% respecto al 40,7% de hace 2 años). Los hipnosedantes, con y sin receta, son la tercera sustancia (12% actual por 12,2% hace 2 años) y en cuarto lugar se sitúa el cannabis (9,5% por 9,2% de la anterior encuesta).

El consumo de todas las drogas, excepto el cannabis, se ha estabilizado o disminuido en los últimos dos años.

Alcohol

El 9,3% de los encuestados bebe alcohol a diario, la cifra más baja desde que comenzó a realizarse la encuesta en 1995. La cifra más elevada de consumo diario de alcohol (el 15,7%) se alcanzó en 2001.

Los indicadores de consumo de esta sustancia alguna vez en la vida, durante el último año y durante el último mes permanecen estabilizados desde 2005, aunque las prevalencias siguen siendo altas: el 62,1% de la población ha bebido alcohol durante los últimos 30 días. El 46,4% de los encuestados afirma tomar cerveza, el 29,1% vino, el 24,3% combinados y el 16,3% otras bebidas alcohólicas.

El porcentaje de población que asegura haberse emborrachado durante los 12 meses anteriores continúa una tendencia descendente iniciada en 2009, cuando se alcanzó un 23,2% de la población. El dato de la actual encuesta se queda en el 16,8%. Por el contrario, el consumo de atracón o binge drinking (cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión) sigue aumentando y ya dice practicarlo el 17,9% de los encuestados, con mayor prevalencia en el grupo de edad de 15 a 24 años, en el que el 30,6% de hombres y el 22,8% de mujeres afirman que se han dado un atracón de alcohol en el último mes.

Tabaco

El consumo se ha estabilizado, los indicadores de haberlo fumado alguna vez en la vida (72,5%), en el último año (40,2%), en el último mes (38,5) y a diario (30,8%) varían en todos los casos menos de un 1% respecto a la anterior edición de la encuesta.

El 6,8% de la población (2.110.072 personas de 15 a 64 años) afirma haber probado los cigarrillos electrónicos en el último año. De entre ellos, el 74% ha consumido tabaco diariamente en el último mes y el 81% usó cigarrillos electrónicos con nicotina.

Cannabis

Cannabis. Sube ligeramente, hasta el 7,3%, la población que ha consumido cannabis en el último mes respecto al 6,6% de hace 2 años. Este dato supone que más de dos millones doscientos mil españoles han fumado cannabis en el último mes (en 9 de cada 10 casos mezclado con tabaco). El perfil de este consumidor es el de un hombre (74%), de entre 15 y 34 años (60%) y que consume una media de 2,5 porros al día. Además, el 2,1% de los encuestados afirma consumir cannabis a diario.

Entre los consumidores problemáticos, es decir, aquellos que puntúan 4 o más en la escala CAST, se sitúa el 1,8% de la población, lo que supone un descenso desde el anterior dato del 2,2%. Este porcentaje indica que son consumidores problemáticos de cannabis el 19% de la población española que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses. La prevalencia entre hombres triplica a la de mujeres y el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años.

Los consumidores problemáticos de cannabis presentan más frecuentemente que la población general relaciones sexuales de riesgo, accidentes de tráfico, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales, con la policía y con amigos, entre otros. La prevalencia de borracheras y binge drinking entre los consumidores problemáticos de cannabis es muy superior a la de la población general y también el policonsumo de 3 o más drogas.

Aunque siguen siendo mayoría quienes consideran que no ayuda a resolver el problema, aumentan del 33,1% al 37,4% los encuestados que piensan que es importante la legalización del cannabis. Este porcentaje se concentra entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático.

Cocaína

Se confirma la tendencia descendente iniciada en 2005. Las cifras de prevalencia bajan un poco respecto a la anterior encuesta. Ha consumido cocaína (en polvo y/o base) el 9,1% de la población alguna vez en la vida, el 2% en el último año y el 0,9% en el último mes. 3 de cada 4 consumidores de esta droga en los últimos 12 meses son hombres y la edad más frecuente (62%) entre 25 y 44 años.

Heroína

La tendencia sigue estabilizada en niveles muy bajos. El 0,6% ha probado la heroína alguna vez en la vida y el 0,1% en el último año y en el último mes. El perfil mayoritario es el de un hombre mayor de 35 años.

Hipnosedantes

Se frena la tendencia ascendente de los últimos 10 años, aunque es la tercera edición de la encuesta en que los hipnosedantes (con y sin receta) tienen una prevalencia mayor que la del cannabis. Los datos reflejan que el 18,7% de los encuestados los ha probado alguna vez en su vida, el 12% en el último año, el 8,1% en el último mes y el 6% a diario. El consumo problemático de hipnosedantes (DSMV) alcanza al 2,5% de la población.

Este conjunto de sustancias se comienza a consumir, de media, a una edad más tardía (35,6 años) y es la única droga estudiada cuyo consumo está más extendido entre las mujeres (15,8%) que entre los hombres (8,3%). El tramo de edad que presenta mayor inicio de consumo es el de las mujeres de 45 a 54 años.

Éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles.

Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos. Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas para éxtasis (0,6%), anfetaminas (0,5%) e inhalables (0,1%) en el indicador de consumo en los últimos 12 meses. El consumo de alucinógenos aumenta respecto a la encuesta anterior, pero se mantiene en porcentajes muy bajos (0,6%).

Nuevas sustancias psicoactivas

El 3,5% de la población de 15 a 64 años ha probado alguna vez en su vida alguna NSP; sube el porcentaje desde el 3% de la anterior encuesta. Son consumos experimentales practicados mayoritariamente por hombres de 25 a 34 años.

El patrón de policonsumo continúa estando muy extendido. Se concentra en hombres de 25 a 34 años e incluye muy frecuentemente (en el 90% de los casos) el consumo de alcohol y cannabis.

Edades de inicio al consumo

No presentan cambios reseñables. Las sustancias legales son las que se prueban a una edad media más temprana: tabaco 16,4 años y alcohol 16,6. El cannabis comienza a consumirse a los 18,3 años. Los hipnosedantes son los que se comienzan a consumir, de media, a una edad más tardía: 35,6 años. Los hipnosedantes son también la única estudiada cuyo consumo está más extendido entre las mujeres (15,8% frente a 8,3% de hombres). Resulta significativo que en el caso del cannabis el porcentaje de hombres que lo consume duplica ampliamente al de mujeres (13,3% frente a 5,6%) y en el caso de la cocaína esta diferencia de género incluso llega a triplicarse (3,1% hombres y 0,9% mujeres).

Menores de edad

Desciende el consumo de drogas legales e ilegales entre los menores de edad, aunque los consumidores de cannabis entre 15 y 17 años duplican a los mayores de 35 años (12,6% frente a 5,5%).

El 58% de los menores encuestados ha consumido alcohol durante el último año (66,2% en la anterior edición de la encuesta) y el 20,6% tabaco (28,3% hace 2 años).

Los consumidores de cannabis se sitúan en el 12,6% (14,5% hace 2 años), lo que no obsta para que el porcentaje de consumidores de esta sustancia entre los 15 y los 17 años duplique al de los mayores de 35 años (5,5%).

Los hipnosedantes, con o sin receta, alcanzan el 2,1% de prevalencia entre este grupo de edad, mientras que estimulantes como el éxtasis y la cocaína se sitúan en el 0,8% y 0,6% respectivamente.

Percepción del riesgo y de la disponibilidad y visibilidad de las sustancias

Disminuye del 82,4 al 79,8% la población que atribuye riesgo a consumir cannabis una o más veces a la semana, aunque en general aumenta la percepción del riesgo para los consumos esporádicos (una vez o menos al mes) del resto de sustancias estudiadas. En el caso del alcohol, menos de la mitad de la población (45,8%) atribuye bastante o muchos problemas al consumo de 5 o 6 cañas o copas

en el fin de semana. Persiste una elevada percepción del riesgo (91,6%) para el consumo de un paquete diario de tabaco.

En cuanto a la disponibilidad de las sustancias, se confirma la tendencia descendente iniciada en 2009 para todas ellas (no se incluyen tabaco y alcohol, al ser legales). La droga ilegal más accesible es el cannabis: el 64,3% de la población cree que la podría obtener en 24 horas fácil o muy fácilmente.

La visibilidad social de las drogas continúa la tendencia descendente en todas las situaciones planteadas en la encuesta, entre otras, jeringuillas en el suelo, personas inyectándose o esnifando, vendedores que ofrecen drogas, personas fumando porros o chinos, o borrachas. A pesar del descenso, la mayor visibilidad corresponde a personas fumando porros: un 45,1% de la población afirma que se encuentra con esta circunstancia de forma frecuente o muy frecuente.

Utilidad de las acciones contra las drogas

La educación en las escuelas (90,8%), el tratamiento voluntario a los consumidores (83,8%) y las campañas publicitarias (80,7%) continúan siendo las acciones preferidas por los encuestados. La legalización de las drogas es la medida que menos se valora como importante, aunque el 37,4% sí considera importante la legalización del cannabis, lo que supone una subida respecto al 33,1% de la anterior encuesta. Este porcentaje se concentra entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático.

4.- ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (Informe 2016)

Desciende el consumo de todas las drogas. El alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar.

Los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres. Entre la población femenina está más extendido el uso de drogas legales, como el alcohol, el tabaco o los hipnosedantes. Se rompe la tendencia creciente en el consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres.

Desde 2010 disminuye la disponibilidad percibida para todas las drogas, excepto para el alcohol. Los estudiantes de entre 14 y 18 años perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis (percepción que se mantiene desde el año 2010). En el caso de los consumos habituales, las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres.

las medidas que los escolares consideran como más eficaces para luchar contra las drogas la educación en las escuelas, el tratamiento voluntario a los consumidores, el control policial y aduanero y las campañas de publicidad.

Los profesionales sanitarios, los profesores y la familia son por este orden los grupos preferidos por los escolares para recibir información sobre drogas. 1 de cada 3 se siente perfectamente informado sobre estas sustancias, sus efectos y riesgos. 1 de cada 5 se siente informado 'a medias' y sólo el 5,95 considera que está mal informado.

Alcohol

Aunque la prevalencia sigue siendo muy elevada, los datos de esta encuesta revelan un considerable descenso del consumo de alcohol entre la población encuestada. Esta reducción es más acusada en el caso de los consumos intensivos (frecuencia de borracheras en los últimos 30 días y consumo en forma de atracón), lo que demuestra que el trabajo realizado en materia de prevención ha empezado a ofrecer resultados. Aun así, 285.700 estudiantes de entre 14 y 18 años han empezado a consumir alcohol (154.600 son mujeres y el resto hombres)

Los datos de esta encuesta revelan que el 78,9 por ciento de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol. El 76,8% han consumido en el último año. Y el 68,2% lo ha hecho en el último mes.

El porcentaje de estudiantes que bebe aumenta los fines de semana. Beben sobre todo cerveza entre semana y, en fin de semana, combinados seguidos de cerveza y vino. El alcohol lo consiguen ellos mismos directamente o bien a través de mayores de 18 años que se lo proporcionan.

En cuanto al consumo intensivo, destaca que el 1,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días (0,9% a los 14 años y 2,4% a los 17 años).

1 de cada 3 escolares ha consumido alcohol en forma de atracón (binge drinking) en los últimos 30 días. Este patrón de consumo aumenta con la edad: a los 18 años este porcentaje se eleva al 50%.

La prevalencia del botellón desciende ligeramente. 6 de cada 10 (57,6%) han participado en un botellón alguna vez en los últimos 12 meses (frente al 62% de la encuesta anterior). La frecuencia de esta práctica también aumenta con la edad, hasta alcanzar el 71,2% a los 18 años.

También descienden las borracheras: 2 de cada 10 estudiantes se han emborrachado alguna vez en el último mes. Y 3 de cada 10 escolares (31,9%) tiene un consumo de riesgo durante los fines de semana

Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos.

El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de ‘atración’ (5 o más copas en un corto espacio de tiempo) es similar al de las borracheras. El 43% de los estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes.

Tabaco

Continúa el descenso en el consumo de tabaco que se inició en 2004, que se sitúa en mínimos históricos. Aun así, en el último año 137.000 escolares de entre 14 y 18 años empezaron a consumir tabaco.

En 2014, el 38,4% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 8,9% lo fuma a diario, lo que supone un descenso de 4 puntos respecto a la encuesta anterior.

En los últimos diez años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en cerca de un 60%. En 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 8,9% en 2014.

También se reduce ligeramente el promedio de cigarrillos de las personas que fuman a diario: 5,6 cigarrillos de media, frente a los 6,2 que consumían en 2012.

Por otro lado, el 49,7% de los escolares vive en hogares donde se fuma diariamente.

Cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. Desciende ligeramente el consumo de esta sustancia: 3 de cada 10 estudiantes ha probado cannabis alguna vez en su vida y 1 de cada 4 lo ha consumido en el último año.

En cambio, aumenta en dos puntos la proporción de los estudiantes que lo han consumido en los últimos 30 días (18,6%). En este grupo de población, el 65,6% ha consumido principalmente marihuana; un 9% es consumidor de hachís, un 25,4% consume los dos tipos; y un 86,5% mezclan cannabis con tabaco. El consumo de porros consumidos al día es de 3,2.

En el último año empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años

Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

La encuesta demuestra un descenso de más de 2 puntos porcentuales en el consumo problemático de cannabis. Según la escala CAST, el 2,5% de todos los escolares de entre 14 y 18 años son consumidores problemáticos. Este porcentaje asciende al 13,8% en el caso de los estudiantes que han consumido cannabis en el último año. Hablamos de alrededor de 53.000 escolares.

El consumo problemático de cannabis está más extendido entre los varones y aumenta con la edad (7,9% de 14 años, 18,2% de 18 años). En este grupo hay mayor proporción de consumidores de hachís, lo mezclan más con tabaco y fuman más porros al día (una media de 5,2).

Pese a todos estos datos, el consumo de cannabis entre los escolares se ha reducido en más de un 33% en la última década.

Cocaína

La prevalencia de consumo de esta droga muestra una tendencia estable, con muy ligeras variaciones respecto a los consumos registrados en la encuesta anterior, desde que a partir de 2004 la prevalencia comenzó una tendencia descendente tras el máximo registrado aquel año que indicaba que el 9% de los estudiantes habían probado el consumo de esta droga.

En 2014, este porcentaje es notablemente inferior, obteniendo que el 3,5% de los encuestados ha consumido cocaína alguna vez en la vida; el 2,8% en los últimos 12 meses y el 1,8% en los últimos 30 días.

Los estudiantes que han consumido cocaína alguna vez, por término medio, sitúan el primer consumo a los 15 años (en chicos y chicas). Hasta 2004, esta edad media se aproximaba a los 16 años, mientras que a partir de aquel año, se ha venido situando más próxima a los 15 años.

En cuanto al género, los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

Hipnosedantes

Los resultados indican un descenso en el uso de estas sustancias con y sin receta y una clara ruptura en la tendencia creciente que se viene observando desde 1994. Así, el 16,1% los ha consumido alguna vez en la vida; el 10,8% en los últimos 12 meses y el 6,2% en los últimos 30 días.

El consumo de hipnosedantes sigue siendo fundamentalmente femenino. El porcentaje de mujeres que las ha consumido en el último año duplica el porcentaje de hombres consumidores (13,8 % frente a 7,7 %). Las diferencias aumentan con la edad

Continúa el descenso en el uso de hipnosedantes sin receta, que se inició en 2010. El consumo entre las mujeres (6,8% en el último año) también duplica al de los hombres (3,8%)

Anfetaminas, alucinógenos, éxtasis y heroína

El consumo de este tipo de sustancias continúa su tendencia descendentes y se sitúa en niveles más bajos de toda la serie histórica para alucinógenos, éxtasis, anfetaminas e inhalables volátiles (con prevalencias entre el 1,2% y el 0,6% para el consumo en los últimos 12 meses. El consumo de heroína para esta misma frecuencia apenas se da en el 0,5% de los encuestados.

Drogas Emergentes

Son drogas que se venden por Internet y por tanto de gran accesibilidad.

Según este estudio, el 4% de los escolares ha probado este tipo de sustancias alguna vez en la vida. Pero el 53,7% nunca ha oído hablar de ellas. Las prevalencias de consumo para la frecuencia de alguna vez en la vida son las siguientes: Spice (0,8%); ketamina (0,7%); salvia (0,7%), y mefedrona (0,5%).

En nuestro país, el consumo de estas sustancias es experimental y sus usuarios suelen ser consumidores de drogas legales e ilegales, con baja percepción del riesgo y una alta percepción de disponibilidad. Los varones las consumen con más frecuencia que las mujeres y su uso aumenta con la edad.

5.- EL CONSUMO DE DROGAS EN LA CAPV

LOS CONSUMOS DE ALCOHOL

1.- Disminuyen ligeramente los indicadores generales de consumo de alcohol

Contacto con el alcohol

El alcohol es, de todas las sustancias y conductas la que tiene una mayor extensión en la CAPV y desde ese punto de vista, sin duda alguna, la sustancia más 'normalizada'.

Desde el punto de vista evolutivo, cabe señalar que en 2012 se consolida la tendencia observada desde 2006 hacia la reducción de los indicadores generales de consumo de alcohol.

*Evolución de la distribución de la población total en función de la frecuencia de consumo de alcohol.
2000-2012.*

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Soy abstemio/a, no bebo absolutamente nada	12,9	13,6	9,2	7,9	10,0	10,7	11,4
Sólo en ocasiones muy especiales	30,5	28,7	21,4	20,3	25,2	22,3	21,6
Sólo algunos días festivos o fines de semana	17,9	19,9	19,2	21,7	19,8	22,2	21,0
La mayoría de festivos y fines de semana	13,5	15,5	18,0	21,0	17,7	16,8	18,1
La mayoría de los días	20,9	16,4	20,7	23,9	18,6	18,6	14,6
No ha probado el alcohol	4,4	5,8	11,2	5,2	8,3	9,2	13,1
NS/NC	0,0	0,0	0,4	0,1	0,5	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

Es importante destacar que quienes beben la mayoría de los días y/o de los fines de semana, es decir, aquellas personas que mantienen una pauta frecuente de consumo de alcohol han pasado del 45% en 2006 al 32,7% en 2012, lo que supone un retroceso muy importante en el porcentaje de personas que beben alcohol de forma habitual.

Van ganando peso los consumos esporádicos y la abstinencia frente a los consumos habituales. Cerca de un tercio de la población bebe la mayoría de los días de la semana y/o la mayoría de los fines de semana y que, si el análisis se realiza en relación a 2000, el porcentaje es incluso ligeramente superior.

La edad de inicio en el consumo de las diversas sustancias y, concretamente, de alcohol, varía poco a lo largo de los años y se sitúa tradicionalmente entre los 16 y los 17 años. Destaca, en todo caso, cierta pérdida de peso relativo de aquellas personas que se inician en el alcohol superada la mayoría de edad a favor de aquellas cuyo primer contacto se produce entre los 16 y 17 años.

Evolución de la edad de inicio en el consumo de alcohol

Distribución por grupos de edad de inicio y media. 2000-2012

		2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Grupos de edad de inicio	15 o menos años	34,7	41,6	38,6	36,2	31,3	33,3	34,9
	Entre 16 y 17 años	23,4	23,6	27,5	28,7	26,6	29,4	32,1
	18 o más años	36,5	30,1	31,7	34,0	40,6	35,2	29,8
	NS/NC	5,4	4,7	2,2	1,0	1,5	2,1	3,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Media	Edad de inicio	17,1	16,6	16,7	16,9	17,3	17,1	16,4

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

2.- El tipo de bebidas consumidas, la intensidad de los consumos y los consumos excesivos

El 2,5% de la población vasca realiza consumos excesivos o de riesgo en los días laborables y que casi el 70% no bebe alcohol entre semana. Cerca de 40.000 personas realizarían, de acuerdo a los datos de la encuesta, consumos excesivos y de riesgo durante los días laborables.

Distribución de la población en función del tipo de consumo de alcohol en días laborables. 2012.

	Abs.	% de la población
Abstemio	1.138.834	69,1
Casi abstemio	342.849	20,8
Poco bebedor	127.588	7,7
Bebedor excesivo	32.160	2,0
Bebedor de riesgo	7.512	0,5
Tota	1.648.942	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

En términos evolutivos, y en contradicción con los resultados señalados previamente respecto a la frecuencia de los consumos, se observa un cierto incremento el porcentaje de la población que realiza consumos excesivos y de riesgo. Así, en lo que se refiere al consumo de riesgo en días laborales, el porcentaje que se alcanza en 2012 puede considerarse muy elevado.

El porcentaje de población que no bebe o casi no bebe entre semana se mantiene relativamente estable en torno al 90% de la población.

Tras las caídas que se venían experimentando desde 2004 en el porcentaje de bebedores excesivos y de riesgo en fin de semana, en 2012 se produce un pequeño repunte en relación a 2010, lo que no impide que las tasas de consumo excesivo y de riesgo sigan considerándose, en términos evolutivos, intermedias.

Quienes dicen haberse emborrachado al menos una vez al mes se han reducido de forma clara (entre 2004 y 2012 han pasado del 29,6% al 17,2%), así como quienes señalan emborracharse al menos una vez al mes (que han pasado del 9% al 2%).

El 4,6% de la población (que suponen el 7,3% de las personas que han consumido alcohol durante el último mes y algo más de 75.000 personas) habrían realizado consumos intensivos (consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en un periodo inferior a dos horas) en el último mes. En total, casi un tercio de las personas bebedoras (en torno a 300.000 personas) habría realizado al menos en alguna ocasión consumos intensivos de este tipo en los últimos 30 días.

Distribución de la población por la frecuencia episodios de consumo intensivo a lo largo de los últimos 30 días. 2012.

	Abs.	% de población	% de consumidores de alcohol
Entre 1 y 2 veces al mes	165.319	10,0	15,7
Entre 3 y 4 veces al mes	87.164	5,3	8,3
5 o más veces al mes	76.629	4,6	7,3
No ha tenido episodios de consumo intensivo	723.645	43,9	68,7
No ha bebido en los últimos 30 días	360.121	21,9	–
NS/NC	20.437	1,2	–
No ha probado el alcohol	215.626	13,1	–
Total	1.648.942	100,0	–

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

3.- La valoración de los consumos, los beneficios atribuidos al alcohol, las situaciones de riesgo de adicción y los procesos de abandono o reducción del consumo.

Distribución de la población en función de los resultados del test CAGE. 2012

	Abs.	% de la población	% con consumos de alcohol
No ha probado el alcohol o es abstemio/a	403.069	24,4	-
Bebedor/a social	1.188.160	72,1	95,4
Consumo de riesgo	27.125	1,6	2,2
Consumo perjudicial	23.560	1,4	1,9
Dependencia alcohólica	7.029	0,4	0,6
Total	1.648.942	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

Sólo un 1,8% de la población estaría en una situación de consumo perjudicial o dependencia alcohólica. En 2007, la Encuesta de Salud de la CAPV realizada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco cifraba en un 4,2% de la población (algo más de 76.000 personas) las personas consideradas sospechosas de alcoholismo (consumo de riesgo y consumo perjudicial y dependencia alcohólica), con lo que podría hablarse de una cierta reducción en la incidencia de estas situaciones.

*Evolución de la distribución de la población en función de la variación en las pautas de consumo.
2004-2012.*

	2004	2006	2008	2010	2012
Sí, he dejado totalmente de beber	6,0	6,0	10,3	8,5	11,2
Sí, bebo menos que antes	31,7	41,8	33,9	36,5	34,1
No, bebo más o menos igual	48,4	44,9	44,4	43,7	38,3
No, ahora bebo más que antes	2,6	2,1	3,1	2,2	2,9
NS/NC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
No ha probado el alcohol	11,2	5,2	8,3	9,2	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

Si los resultados se agrupan en dos grandes categorías (los que han dejado de beber, beben menos o nunca han bebido y los que beben lo mismo o más) se observa entre 2004 y 2012 un cambio relativamente importante: si en 2004 los dos grupos se repartían de forma aproximadamente similar (48% y 51%) en la actualidad quienes no beben, han dejado de beber o beben menos representan una mayoría (58%) frente a quienes beben lo mismo o más (41%).

4.- Hábitos de consumo de alcohol por parte de la población juvenil.

a) De 15 a 34 años:

Desde el punto de vista evolutivo, se observa que en 2012 aumenta ligeramente la práctica del botellón entre la población de 15 a 34 años. Así, con respecto a 2010 la proporción de personas jóvenes que afirman practicarlo al menos una vez al mes pasa del 14,1% al 17,4%, mientras que el porcentaje que sostiene practicarlo todas o casi todas las semanas lo hace del 3,7% al 5,1%. Es importante por otra parte señalar que el porcentaje de quienes nunca han practicado el botellón ha ido reduciéndose de forma continuada y constante, pasando del 57% en 2006 al 47% en 2012.

Evolución de la distribución de la población de 15 a 34 años en función de la frecuencia de consumo de alcohol en la calle. 2006-2012.

	2006	2008	2010	2012
Nunca	57,6	52,7	50,3	47,2
Una o dos veces al año	21,0	21,0	19,3	21,1
Una o dos veces al mes	11,4	8,1	10,4	12,3
Todas o casi todas las semanas	5,0	5,1	3,7	5,1
No ha probado el alcohol	3,8	7,6	13,0	12,8
NS/NC	1,2	5,5	3,3	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

Prácticamente todos los problemas mencionados han aumentado su prevalencia con respecto a 2010, salvo las discusiones familiares y los problemas de salud. Lo han hecho de manera especial los relacionados con problemas en el centro educativo, con los accidentes de tráfico, los problemas con la policía y los relacionados con haber mantenido relaciones sexuales sin protección.

Evolución de la incidencia de diversos problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas entre la población de 15 a 34 años. 2006-2012.

	2006	2008	2010	2012
Peleas con desconocido	9,2	6,5	8,9	10,0
Mosqueos con amigos o pareja	17,8	19,4	18,8	19,9
Accidentes de tráfico	3,3	1,4	1,8	5,0
Relaciones sexuales sin protección	5,9	5,0	4,1	5,4
Relaciones sexuales no deseadas	3,2	2,4	2,6	3,1
Broncas con familiares: padre, madre, hermano	10,2	8,4	10,5	6,8
Problemas en el centro escolar	1,1	1,0	1,0	2,7
Caídas, golpes involuntarios	24,3	18,8	21,0	21,1
Problemas de salud: dolores de estómago, de cabeza	44,3	41,5	36,1	31,2
Quedarse tirado	5,7	4,3	5,0	5,4
Nota: Los porcentajes no suman 100% debido a que una misma persona puede señalar más de un tipo de problemas.				

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

En 2012, más de la mitad de los jóvenes señala que no ha experimentado ningún problema derivado del consumo de drogas; por el contrario, un 21% de los jóvenes indican tres o más problemas.

Evolución de la distribución de la población de 15 a 34 años que ha probado el alcohol en función del número de problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas. 2006-2012.

	2006	2008	2010	2012
Ningún problema	41,4	45,3	48,0	51,7
Un problema	25,6	24,2	18,9	17,3
Dos problemas	13,7	12,4	11,0	9,9
Tres o más problemas	19,2	18,1	22,1	21,0

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

b) De 15 a 29 años:

Una de cada cuatro personas jóvenes ha consumido alcohol de forma excesiva o de riesgo algún día en el mes previo a ser encuestada.

En 2012 el 24,5% de la población de 15 a 29 años había realizado durante el mes previo a la encuesta un consumo de alcohol excesivo o de riesgo. Esto significa que durante algún día de ese mes (ya sea laborable o de fin de semana) había consumido una cantidad de alcohol equivalente a más de 65 gramos de alcohol (lo equivalente a más de ocho cañas de cerveza, por ejemplo). La cifra de hombres jóvenes que en 2012 decían haber consumido alcohol de forma excesiva o de riesgo (32,6%) duplicaba la de mujeres jóvenes con consumo excesivo o de riesgo (16,6%). Este consumo excesivo o de riesgo ha descendido respecto a 2004 pero es ligeramente superior al registrado en 2010. En la población general se aprecia la misma tendencia pero las cifras de partidas eran mucho más bajas.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en los 16 años (16,4), si bien un tercio de la juventud (34,9%) dice haberse iniciado antes de esa edad. Esta edad media ha variado poco en los últimos años; en el año 2000 se situaba en los 17,1 años.

5.- La situación de la CAPV en perspectiva comparada.

Si los datos de consumo de alcohol que se registran en la CAPV se comparan con los correspondientes al Estado español, a partir de la información que arroja la encuesta EDADES que realiza el Plan Nacional sobre Drogas, se observan niveles de consumo relativamente similares en ambos territorios. En cualquier caso, mientras el consumo experimental y el reciente son en la CAPV algo más bajos que en el conjunto del Estado, el consumo actual y el diario resultan algo más elevados.

Desde el punto de vista evolutivo, se observan evoluciones relativamente parecidas, aunque con diferencias también importantes. En todos los casos se aprecia una cierta convergencia, atenuándose, o invirtiéndose, las diferencias que existían entre los indicadores del Estado y de la CAPV y que apuntaban a mayores tasas de consumo en la comunidad vasca.

LOS CONSUMOS DE TABACO

1.- Disminuye ligeramente el consumo de tabaco tras la promulgación de la normativa reguladora del consumo.

En lo que se refiere al consumo actual, se observa desde 2002 una progresiva reducción de la población consumidora, que se hace en 2012 más acusada. En el caso del consumo diario, si bien ya entre 2008 y 2010 se produjo una primera caída, en los dos últimos años el volumen de la reducción ha sido muchísimo mayor. Desde 2008, la tasa de consumo diario de tabaco entre la población vasca ha pasado del 32,6% al 25,7%, lo que supone una reducción del 21%.

Desde 2004 está creciendo ligeramente la proporción de personas que han abandonado el hábito tabáquico respecto al conjunto de las personas que lo han probado alguna vez, mientras se reduce de forma constante el peso relativo de las personas que consumen habitualmente tabaco. Este dato, junto al notable incremento de quienes no han fumado nunca, pone de manifiesto una evolución que cabe considerar positiva en relación a los consumos de tabaco en Euskadi.

2.- Se mantiene la edad media de inicio en el consumo de tabaco, pero se reduce la proporción de fumadores que se iniciaron en el consumo antes de los 15 años.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco apenas ha variado a lo largo de los años y, como la del alcohol, se mantiene estable entorno a los 16/17 años. De hecho, en 2012 la edad media de inicio es de 17 años, con un ligero incremento en relación a 2010 (16,7).

A lo largo de los años ha ido reduciéndose claramente el peso de quienes comenzaron a consumir antes de los quince años, pasando del 31% en 1996 al 19% en 2012. Mientras, el peso de quienes comenzaron a fumar tras la mayoría de edad se ha mantenido estable y tienden al alza quienes comenzaron a consumir entre los 15 y los 17 años de edad.

3.- Crece ligeramente la tasa de abandono del consumo de tabaco

Es sintomático que ni la imposibilidad de fumar en el trabajo ni los cambios en la normativa sobre tabaco (aunque han incrementado ligeramente su peso como principal razón para el cese del consumo) se cuenten entre los principales motivos. Por el contrario, el miedo al cáncer, la recomendación médica y la presión de la familia no sólo juegan hoy un papel fundamental, sino que han incrementado claramente su peso en estos años.

Evolución de las razones aducidas para cesar en el consumo de tabaco (% de personas que señalan las diversas razones como muy o bastante importantes). 2004-2012.

	2004	2006	2008	2010	2012
Recomendación del médico	17,5	19,1	18,1	21,5	26,1
Presión de la familia	9,7	14,4	11,2	19,2	26,1
Miedo al cáncer u otras enfermedades pulmonares	21,2	24,0	29,1	33,6	32,9
Embarazo (también marido)	13,9	11,9	13,3	10,6	13,7
Problema de salud concreto	18,4	17,1	19,3	16,9	18,5
Imposibilidad de fumar en el trabajo	1,9	2,7	2,0	3,4	3,0
Impedimento para hacer deporte	8,2	6,8	7,8	5,0	5,5
Cambios en la normativa sobre el tabaco	–	2,6	1,6	1,5	3,3

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

4.- Hábitos de consumo de tabaco por parte de la población juvenil (15-29 años)

Casi una cuarta parte de la juventud de 15 a 29 años es fumadora habitual de tabaco (23,5%); los chicos más que las chicas (26,6% y 20,4% respectivamente). Del año 2000 a 2012 ha habido un descenso de más de diez puntos en el porcentaje de jóvenes que se declaran fumadores habituales de tabaco. Este porcentaje ha pasado del 35,4 % en el año 2000 al 23,5 % en 2012. Hasta 2012 el porcentaje de fumadores habituales era mayor entre las y los jóvenes que en el conjunto de la población de 15 a 74 años. En 2012 por primera vez es mayor el porcentaje de fumadores habituales en la población general (25,7%) que en la juventud (23,5%). La edad de inicio en el consumo de tabaco también permanece estable: los 17 años, de media, en 2012 y 16,9 en el año 2000.

5.- La situación de la CAPV en perspectiva comparada.

Si los datos que se derivan de la Encuesta de Adicciones de la CAPV (2012, 15-74 años) se comparan con los que la encuesta EDADES (2011, 16-64 años) del PNSD. Todos los indicadores de consumo resultan en la CAPV más bajos, si bien los indicadores parecen ser tanto más similares cuanto más frecuente o intenso es el consumo. En lo que se refiere a las tasas de abandono o a la edad media de inicio en el consumo de tabaco, los datos de la CAPV y del conjunto del Estado son muy similares.

Desde el punto de vista de las comparaciones internacionales y si se tiene en cuenta el porcentaje de población que señala consumir tabaco diariamente, la CAPV se encuentra entre las regiones y países de la OCDE (entre el año 2006 y 2009 y en diferentes tramos de edad) que registran un mayor consumo diario de tabaco.

En todos los casos (salvo la República Checa) se ha producido un decremento claro de la tasa de consumo diario, con una media cercana al 18%. En la CAPV, entre 2000 y 2012 la caída ha sido del 10%, por lo que se situaría en ese sentido entre los países o regiones con reducciones más moderadas en el consumo.

LOS CONSUMOS DE CANNABIS

1.- Descenso notable de todos los indicadores relativos al consumo de cannabis.

Frecuencia de consumo de cannabis en población general, 2012

	Absolutos	% de la población
Consumo experimental	466.725	28,3
Consumo reciente	103.266	6,3
Consumo actual	71.659	4,3
Consumo al menos semanal en el último año	45.595	2,8
Consumo diario en el último mes	27.925	1,7

Fuente: Departamento de Salud de Gobierno Vasco (serie Euskadi y Drogas).

Desde el punto de vista evolutivo, los datos recogidos en 2012 ponen de manifiesto la consolidación del proceso de reducción de los consumos iniciado en 2006, con caídas muy importantes para todos los indicadores considerados.

2.- Se mantienen las frecuencias y la intensidad de los consumo entre las personas consumidoras.

Debido fundamentalmente a la reducción de los niveles de consumo, el porcentaje de población que ha realizado consumos intensos a lo largo de su vida (más de 100 veces) ha ido descendiendo de forma clara y continuada, pasando entre 2004 y 2012 del 10% al 6,6% de la población. Desde 2008, también se ha reducido de forma clara el porcentaje de población que dice haber consumido cannabis entre 50 y 100 veces a lo largo de su vida. Sin embargo, al menos en el largo plazo, la distribución de las personas consumidoras en función de la intensidad de su consumo ha variado de forma muy escasa.

Si bien la extensión de los consumos ha descendido de manera muy clara, no lo ha hecho de forma tan clara (dentro del colectivo consumidor) el porcentaje de quienes realizan consumos frecuentes.

3.- Se mantiene la edad media de inicio y se reducen las tasas de continuidad en el consumo.

El inicio en el consumo de cannabis se produce en Euskadi, por término medio, entre los 18 y los 19 años (algo más tarde, por tanto, del inicio en el consumo de alcohol y tabaco). Como ocurre con el resto de las sustancias, no puede hablarse de cambios importantes en lo que se refiere a la edad media de inicio, si bien parece observarse en los cuatro últimos años una cierta reducción de esa edad, tras el incremento de los cuatro años anteriores.

Desde 2004, viene reduciéndose el porcentaje de consumidores que se iniciaron en el consumo con quince o menos años (de hecho, en relación al conjunto de la población, este grupo ha pasado del 6,6% en 2004 al 3,8% en 2012); se mantiene estable (por encima del 50%) el de quienes se iniciaron después de los 18 y crece el de quienes se iniciaron en el consumo teniendo más de 15 años, pero menos de 18.

Cabe pensar que las notables reducciones que se vienen produciendo en el consumo de cannabis se deben a dos razones: por un lado, una menor incorporación de nuevos consumidores, tanto en lo que se refiere a las generaciones jóvenes como a personas de más de edad.

La reducción de los índices de continuidad, es decir, al hecho de que cada vez es más pequeño el porcentaje de personas que, habiéndose iniciado en el algún momento en el consumo, lo mantienen en la actualidad.

4.- Hábitos de consumo de cannabis por parte de la población juvenil (15-29 años)

Ha descendido notablemente el consumo de cannabis. El 4,3% de las personas de 15 a 29 años de Euskadi declaraba en 2012 haber fumado cannabis en el mes previo a ser encuestada con una periodicidad diaria o casi diaria (cuatro o más días a la semana). Al igual que ocurre con el alcohol o el tabaco, el consumo de cannabis está más extendido entre los hombres jóvenes (7,6%) que entre las mujeres jóvenes (1,7%). El consumo de cannabis está más extendido en la juventud que en la población general de Euskadi. En cualquier caso, este consumo se ha reducido notablemente y quienes declaraban fumar cannabis en 2012 suponían menos de la mitad que en 2008, año en el que se alcanzó el porcentaje más alto de consumo de cannabis (11,0%). La edad media de inicio de este consumo ha variado poco en los últimos años: 19,1 años en 2000 y 18,6 años en 2012.

5.- La valoración de los consumos de cannabis por parte de los consumidores.

El 54% de estas personas consideran que consumen poco, el 44% atribuyen tanto perjuicios como beneficios a sus consumos y el 64% cree que podría dejar el consumo si se lo propusiera. Algo más del 40% de estas 62.000 personas señalan haber intentado dejar de consumir cannabis al menos una vez.

La valoración del consumo es mayor en quienes consumen con mayor frecuencia; los consumidores diarios, por otra parte, atribuyen en mayor medida que los demás efectos beneficiosos al consumo: si

para un tercio de estos el consumo de cannabis sólo tiene efectos beneficiosos o, como poco, más beneficios que perjuicios, entre quienes no fuman a diario el porcentaje es del 13%. También es menor entre los consumidores diarios la consideración sobre la capacidad de dejar el consumo.

6.- La situación de la CAPV en perspectiva comparada

En 2012, las tasas de consumo de cannabis en la CAPV (al menos en lo que se refiere al consumo reciente, actual y diario) están por debajo de las que se registran en el conjunto del Estado español.

La situación, sin embargo, no siempre ha sido esa. Si las diferencias entre el Estado español y la CAPV se analizan desde el punto de vista evolutivo, se observan en ambos territorios evoluciones muy diferentes.

En el caso del consumo experimental, aunque a lo largo de todo el periodo las tasas de consumo son en la CAPV más elevadas, a partir de 2005 se va produciendo una convergencia, de tal forma que a partir de 2009 las tasas de consumo son en ambos territorios muy similares. En el caso del consumo reciente y actual, las tasas de consumo vascas habían sido históricamente más elevadas que las españolas, esa diferencia se invierte a partir de 2010 y, prácticamente por vez primera, el nivel del consumo de cannabis en la CAPV se sitúa por debajo del español.

Si bien las tasas de consumo experimental, reciente y actual son en la CAPV más elevadas que en muchos países de Europa, no puede decirse que lo sean también las tasas de continuidad en el consumo. En ese sentido, si en la CAPV el 15% de los consumidores experimentales de cannabis han mantenido sus consumos hasta el mes anterior (Índice de Consumo Actual), en al menos ocho países de Europa, esa tasa es superior al 20%, siendo el Estado español el que registra un índice de continuidad en el consumo más elevado.

EL CONSUMOS DE OTRAS DROGAS ILEGALES

1.- Desciende de forma clara el uso de sustancias ilegales en Euskadi.

En 2012, el 28% de la población vasca ha probado al menos en alguna ocasión alguna sustancia ilegal, incluyendo el cannabis. Si no se tiene en cuenta el cannabis, el uso de sustancias ilegales resulta claramente minoritario entre la sociedad vasca: el 8,6% de la población señala haber probado alguna sustancia de este tipo en algún momento de su vida, el 1,3% lo ha hecho en el último año y apenas un 0,7% en el último mes.

En términos evolutivos, y como ocurría con el cannabis, el consumo de drogas ilegales (ya sin tener en cuenta esta sustancia) ha ido cayendo de forma sostenida desde, al menos, el año 2004.

2.- La cocaína y anfetaminas siguen siendo las drogas ilegales más consumidas.

En 2012, el 6,5% de la población vasca señala haber consumido en alguna ocasión speed o anfetaminas, el 5,5% cocaína, el 2,7% LSD u otras sustancias alucinógenas y el 2,2% éxtasis. El resto de las sustancias tienen unas prevalencias de consumo experimental aún más reducidas, inferiores en todos los casos al 2%.

Desde el punto de vista evolutivo, entre 2010 y 2012 ha caído el consumo de todas las sustancias, salvo de los opiáceos distintos de la heroína, los inhalables y la propia heroína, cuyas prevalencias son en cualquier caso muy reducidas incluso cuando se analiza el uso experimental. Si la evolución de este indicador se analiza a largo plazo, desde 2004, se observan caídas en todas las sustancias, salvo los opiáceos distintos de la heroína (que en muchos casos, cabe pensar, responden al uso médico de metadona). Se trata además de caídas muy pronunciadas, que, en el caso de las más consumidas, oscilan entre el 41% del speed y el 59% del LSD.

3.- Se mantiene la edad de inicio y crece la tasa de abandono de las diversas sustancias.

En lo que se refiere a la edad media de inicio en el consumo de las diversas drogas ilegales, el speed y el LSD tienden a ser las sustancias cuyo consumo se inicia antes y la cocaína la que se empieza a consumir más tarde (en torno a los 21 años). Como en el resto de las sustancias analizadas en el informe, no puede decirse que la edad media de inicio en el consumo de alguna droga ilegal haya descendido a lo largo de los años.

Como se ha señalado anteriormente, los notables descensos que se vienen operando en la prevalencia del uso de sustancias ilegales se deriva tanto de una menor incorporación de nuevos consumidores (que se observa sobre todo en la reducción del uso experimental), como del decremento que año tras año se produce en los índices de continuidad de las principales sustancias, con tasas de abandono cada vez más altas.

4.- El consumo de drogas ilegales en la CAPV en perspectiva comparada.

En 2012, el consumo reciente de las diversas sustancias es en todos los casos (salvo en lo que se refiere al speed) más bajo en la CAPV que en el conjunto del Estado español. Las diferencias son en todos los casos elevadas, si bien resultan particularmente llamativas en el caso de la cocaína, con una tasa de consumo reciente del 2,3% en el Estado español y del 0,6% en la CAPV.

La diferencia existente entre la situación vasca y la española en 2012 se debe a una evolución notablemente distinta en el consumo de las diversas sustancias, como se observa en los siguientes gráficos. Así, en lo que se refiere a la cocaína, en los dos ámbitos territoriales las tendencias básicas son similares: incremento sostenido hasta mediados de la primera década del presente siglo y descenso a partir de entonces. Sin embargo, dentro de esa tendencia común, las diferencias son sustanciales y consisten, básicamente, en tres elementos: en Euskadi el incremento en los consumos es más rápido, se detiene antes y, sobre todo, experimenta una caída muchísimo mayor. Efectivamente, si las tasas de consumo han descendido en el Estado de una forma que cabe considerar tímida, los descensos en la CAPV deben considerarse como importantísimos, lo que explica las diferencias que se producen en la actualidad.

La situación es muy diferente en lo que se refiere al speed, una sustancia que tradicionalmente ha tenido en Euskadi una mayor penetración.

En el caso del éxtasis, la evolución entre los dos territorios puede considerarse algo más similar. En cualquier caso, el uso de esta sustancia parece haber sido mayor en el conjunto del Estado que en la CAPV.

En relación al conjunto de la UE, y en lo que se refiere al consumo de cocaína, la CAPV no se encuentra ya entre los países que registran tasas de consumo más elevadas.

Sin embargo, en lo que se refiere al speed, es tras el cannabis la sustancia ilegal más consumida en la CAPV en 2012 sigue situándose a la cabeza de los países de Europa.

OTRAS ADICCIONES (consumo de psicofármacos, sustancias dopantes, uso abusivo de Internet y juegos de azar).

En los últimos años, la percepción social de las adicciones se ha transformado enormemente. A medida que se ha reducido el consumo de sustancias como el cannabis o la cocaína, ha descendido la alarma social que provocaban. En cambio, ha aumentado la preocupación social por los psicofármacos y las sustancias dopantes (cuya producción y venta está regulada, pero no prohibida), algo a lo que sin duda también han contribuido los estudios que alertaban sobre su peligrosidad. Al mismo tiempo, ha crecido el interés social y científico por las adicciones comportamentales, algunas antiguas y bastante conocidas, como la ludopatía, otras más novedosas y poco estudiadas, como la adicción a Internet. Todos estos cambios se han empezado a reflejar también las políticas de drogodependencias, que han empezado a incorporar estas ‘nuevas’ adicciones en sus planes de actuación.

1.- Desciende el consumo de psicofármacos bajo prescripción médica, mientras aumenta su uso sin receta (tranquilizantes, somníferos y/o antidepresivos).

En el consumo de psicofármacos por prescripción facultativa a lo largo de los últimos años se observa una tendencia sostenida hacia la reducción, con una caída del uso de estas sustancias cercana al 30% a lo largo de los últimos seis años. Sólo en el caso de los somníferos puede hablarse, entre 2008 y 2010, de una cierta tendencia al alza.

Por el contrario, sí parece haberse producido un incremento importante en el uso de este tipo de medicamentos sin receta médica. Si bien en estos casos se trata de consumos muy minoritarios en la práctica totalidad de los casos se observa una tendencia clara al alza.

2.- Se reduce la prevalencia de las sustancias dopantes.

La prevalencia de su uso resulta extremadamente baja, afectando al 0,8% de la población. La edad media de inicio en el uso de estas sustancias se sitúa en los 26 años. Desde el punto de vista evolutivo, es preciso señalar que se produce entre 2010 y 2012 un incremento importante (en términos relativos) del porcentaje de personas que señala haber consumido alguna vez en su vida una sustancia de este tipo.

3.- La prevalencia de los juegos de azar y comportamientos problemáticos en relación al juego.

En 2012 el 55% de la población vasca de 15 a 74 años ha jugado a alguno de los juegos considerados. Las loterías, las quinielas y similares son, con diferencia, los juegos de azar más utilizados, ya que el 53% de la población ha jugado a alguno de estos juegos durante el pasado año. La prevalencia de los demás juegos es sensiblemente menor: un 3,2% ha jugado a las cartas apostando dinero, un 2,6% a las máquinas tragaperras, un 1,8% al bingo, un 1,6% ha apostado en el frontón o en otros deportes rurales y un 1,5% en carreras de caballos, porras u otras apuestas deportivas.

Del conjunto de personas que han participado en alguno de estos juegos, el 87% sólo han participado en uno (normalmente la lotería). El 8% en dos y el 3,5% de los jugadores en tres o más. Si se atiende a la frecuencia con la que se practican estos juegos podemos hablar de hábitos o comportamientos relativamente esporádicos.

Por otra parte, el 22% de la población vasca (casi 370.000 personas) puede considerarse jugador habitual, en la medida en que participa en algún juego de azar (incluyendo loterías, quinielas y similares) con una frecuencia al menos semanal).

En lo que se refiere a la vía utilizada para la participación en este tipo de juegos, un 17,5% de la población lo ha hecho acudiendo a locales de apuestas deportivas, un 2,3% ha acudido a salones de juego y un 1% ha accedido a estos juegos a través de Internet.

Cabe estimar que el 22,6% de la población vasca puede ser considerada como jugadora activa, en la medida en que practican juegos de azar con una frecuencia al menos semana y/o han gastado durante el año al menos 500 euros en este tipo de juegos. De este total de jugadores activos, cabe pensar que algo más de un 13% presentan algún tipo de riesgo, mientras que el restante 87% no presentaría riesgo alguno. Pueden considerarse jugadoras excesivas o problemáticas poco más del 0,3% de la población y el 1,1% de los jugadores activos.

4.- El uso problemático de Internet.

El 72% de la población vasca de 15 a 74 años de edad utiliza Internet.

Entre el 1,5% y el 6,7% de la población experimenta diversos problemas relacionados con el uso intenso de Internet. El más frecuente, (6,7% de la población y casi uno de cada diez usuarios de Internet) consiste en dedicar a Internet más tiempo del que se considera conveniente.

Según el test de adicción a Internet de Orman, unas 20.300 personas de entre 15 y 74 años (el 1,2% de la población) presentarían un uso problemático de Internet. Sin alcanzar un uso problemático, habría también un 1,8% de la población que estaría presentando un uso de riesgo.

5.- La posición de la ciudadanía frente a los consumos de drogas y las políticas sobre drogodependencias

- La valoración de los problemas y la percepción del riesgo

En 2012, el 16% de la población vasca considera que la situación en la CAPV en relación al alcohol es muy grave. El porcentaje es del 20% en lo que se refiere al tabaco, del 28% en lo que se refiere al cannabis y del 34% en lo que se refiere a las drogas ilegales. En cuanto al juego, el 24% de la población considera que la situación actual puede considerarse muy grave.

Se observa con claridad que se atribuye a las sustancias y hábitos legales una gravedad inferior a la que se atribuye a las ilegales, si bien la población discrimina entre el nivel de gravedad atribuido al cannabis y el que se atribuye a las demás sustancias. De hecho, la gravedad que se atribuye al cannabis es muy similar al que se atribuye al tabaco.

Si la cuestión se analiza desde el punto de vista evolutivo, se observa con claridad que la percepción de la gravedad atribuida a las diferentes sustancias ha descendido con claridad, especialmente a partir del año 2008. De hecho, salvo en el caso del tabaco, la percepción que la sociedad tiene respecto a la gravedad de la situación es en 2012 la más baja de toda serie analizada.

- La accesibilidad de las sustancias, la valoración respecto a la evolución de los consumos y la normalización de las drogas

En 2012, la práctica totalidad de la población considera fácil o muy fácil adquirir alcohol. Pese a su carácter ilegal, la accesibilidad percibida del cannabis también es elevada, puesto que el 57% de la población cree que podría adquirirla fácilmente o al menos con relativa facilidad.

Desde el punto de vista evolutivo, en 2008 se inicia una caída generalizada en el porcentaje de población que considera fácil el acceso a las diversas sustancias, que se extiende hasta 2012.

El descenso en el porcentaje de población que considera que los consumos de las diversas sustancias ha aumentado. Quienes tienen esa idea se han reducido en un 30% en el caso del alcohol y en porcentajes superiores al 50% en el caso de las demás sustancias. Desde ese punto de vista, puede pensarse que la percepción social coincide en líneas generales con las caídas en las tasas de consumo.

- La valoración de las políticas en relación a las drogas y las drogodependencias

En 2012, la población vasca se muestra claramente dividida en relación a la legalización del cannabis. Por el contrario, puede hablarse de un cierto consenso en lo que se refiere a la legalización del resto de las drogas ilegales, con una amplia mayoría de la población contraria a modificar el estatus legal de estas sustancias. Tal y como se observa en la tabla, el 47% de la población estaría muy o bastante de acuerdo con la legalización del cannabis, mientras que el 45% se muestra muy o bastante en desacuerdo con esa idea. En el caso de las demás drogas ilegales, los partidarios de la legalización representan el 21% de la población y los contrarios a esta idea el 73%. El apoyo a la legalización del cannabis está decreciendo entre la población vasca.

Permitir el uso terapéutico del cannabis e informar sobre los efectos de los consumos de drogas son las medidas que obtienen un mayor apoyo, mientras las que concitan mayor rechazo serían la administración médica de heroína, la autorización del cultivo de cannabis para el autoconsumo y la sustitución de la prisión por la participación en programas de tratamiento para las personas drogodependientes que delinquen.

CONSUMO DE DROGAS Y GÉNERO

1.- Los consumos recientes (realizados en los doce meses previos a la encuesta).

Las tasas de consumo reciente masculinas son más elevadas que las femeninas, salvo en el caso de los psicofármacos. Las diferencias, en cualquier caso, sólo son importantes en el caso del uso reciente del alcohol y, sobre todo, del cannabis y de las drogas ilegales distintas del cannabis.

Entre las personas que refieren consumos recientes de diversas sustancias, las mujeres constituyen una minoría clara en el caso de las drogas ilegales (tanto del cannabis como del resto de las sustancias ilegalizadas). En el caso los psicofármacos constituyen el grupo mayoritario, mientras que en el caso del juego, el alcohol y el tabaco su peso supera el 40% de todo el colectivo.

Desde el punto de vista evolutivo, en el caso del alcohol y del tabaco se produce tanto entre hombres como entre las mujeres, desde 2006, un descenso relativamente similar de las tasas de consumo. En el caso del cannabis, los altibajos son más acusados, siendo un hábito fundamentalmente masculino.

Lo mismo cabe decir del resto de las drogas ilegales; las tasas de consumo reciente caen de forma muy similar tanto para hombres como para mujeres, puede decirse que el consumo reciente de drogas ilegales sigue siendo un hábito eminentemente masculino. Tampoco hay cambios apreciables en el caso del consumo de psicofármacos, en cuyo caso dos de cada tres consumidores son, como en los últimos años, mujeres.

2.- Los consumos frecuentes o habituales

Los hombres tienden a haber realizado consumos experimentales o recientes de todas las sustancias analizadas (salvo los psicofármacos) en mayor medida que las mujeres; las diferencias son menores en el caso de las drogas legales que en el de las ilegales; y al menos en el caso de los consumos experimentales, mientras en el caso de las drogas legales las diferencias se han mantenido estables a lo largo del tiempo, en el de las ilegales se produjo a mediados de los años 90 un cierto proceso de convergencia que después, en líneas generales, no se ha mantenido, persistiendo por tanto diferencias aún muy importantes entre hombres y mujeres en lo que se refiere al consumo de las diferentes sustancias.

Tasas de consumo femenino mucho menores que en el caso de los hombres, salvo nuevamente en el caso de los psicofármacos. Como ocurría con los consumos experimentales y recientes, las diferencias más pequeñas se dan en los consumos de sustancias legales (tabaco, juego, alcohol) y las mayores en el caso de las drogas ilegales. En el caso del alcohol las diferencias son mayores cuanto más frecuente es el consumo.

En el consumo de psicofármacos. Por una parte, se observa una tasa de consumo reciente mucho mayor para las mujeres, que dobla a la de los hombres y, cabe destacar el hecho de que sea la segunda sustancia por volumen de consumo frecuente, por debajo sólo del tabaco.

Sólo en el caso del consumo reciente de psicofármacos la mayor parte de las personas consumidoras son mujeres (7 de cada 10). En el resto de los casos los hombres son siempre mayoritarios, si bien con diferencias muy claras: son hombres el 54,7% de los fumadores habituales, el 58,1% de quienes juegan con dinero al menos una vez a la semana y el 63,7% de quienes beben la mayoría de fines de semana; en el caso del consumo semanal de cannabis los hombres son siete de cada diez y en el caso del consumo actual de drogas ilegales casi alcanzan el 85%.

En el caso del consumo frecuente de alcohol en festivos (personas que beben la mayoría de los fines de semana), los datos de evolución ponen de manifiesto un importante aumento de las tasas de consumo entre 2000 y 2006, tanto en el caso de los hombres como, muy especialmente, en el de las mujeres. A partir de este año las tasas masculinas tienen a estabilizarse mientras que, entre las mujeres, se reduce de manera importante este consumo.

En el caso del consumo diario, la evolución es similar: las tasas masculinas han caído más que las femeninas, sobre todo en el corto plazo, entre 2010 y 2012, y las tasas de consumo se han acercado. En todo caso, la diferencia relativa entre el consumo hombres y mujeres se ha mantenido a lo largo de todo el periodo. La situación es completamente distinta en el caso del consumo actual de tabaco: tras una clara convergencia entre mediados de los 90 y mediados de los 2000 se produce desde entonces una cierta estabilidad en las diferencias entre sexos, con reducciones del consumo similares en los dos grupos.

En el caso del cannabis, los descensos en el consumo semanal son muy importantes sobre todo a partir de 2004, en el caso de los hombres, y de 2006 en el de las mujeres. En cualquier caso, desde 2006 las tasas de consumo semanal de cannabis de hombres y mujeres parecen estar acercándose.

Los cambios en las prevalencias de consumo han traído consigo una cierta modificación en cuanto a la composición del colectivo consumidor, desde el punto de vista del sexo, sin que en cualquier caso pueda decirse que el peso de las mujeres haya ido creciendo de forma clara. En los únicos casos en los que se observa, a lo largo de estos veinte años, un claro aumento de su presencia es en lo que atañe al consumo de drogas ilegales.

Si bien los altibajos son grandes, no puede hablarse de grandes cambios en el peso que las mujeres representan en relación al total de personas consumidoras (salvo en el caso del cannabis, donde el peso de las consumidoras ha crecido en los últimos años como consecuencia de la convergencia que se viene produciendo en las tasas de consumo de hombres y de mujeres).

3.- Los consumos de riesgo o problemáticos.

En todos los casos –salvo, nuevamente, en el caso de los psicofármacos– el consumo masculino es superior al femenino. En el caso de los consumos problemáticos, se observa sin embargo en relación a los consumos experimentales o frecuentes una diferencia importante: las diferencias más notables se producen en el caso del consumo de alcohol en días laborables y del tabaco. Las diferencias de género también son muy acusadas cuando se aplica el test CAGE y en el caso de las personas que mantienen una clara pauta de policonsumo de drogas. Las diferencias, aunque importantes, son algo menos en el caso del consumo diario de cannabis en el último mes y en el de las borracheras.

Sólo en el caso del uso problemático de Internet cabe hablar de una presencia femenina similar a su peso demográfico, mientras que en el caso del consumo reciente de psicofármacos sin receta el peso femenino es sensiblemente mayor del que le correspondería en función de su peso poblacional y, en el resto, claramente menor.

En el peso relativo que suponen las mujeres en relación al conjunto de personas consumidoras crece clarísimamente hasta 2002, se reduce hasta 2008 y vuelve a crecer en los últimos años. En el caso del consumo intensivo de tabaco, se produce hasta 2004 un incremento gradual y un descenso más o menos continuo a partir de esa fecha. En el caso del cannabis, aunque los altibajos son constantes, parece observarse una tendencia generalizada al incremento del peso femenino entre el conjunto de quienes consumen a diario esta sustancia.

4.-La continuidad y el abandono de los consumos y la atribución de perjuicios y beneficios a los diversos consumos.

Las menores tasas de consumo reciente que se han detectado en el caso de las mujeres se deben a dos factores complementarios. Por un lado, unas tasas de consumo experimental más reducidas, especialmente en el caso de las sustancias ilegales. Pero, además de iniciarse o de probar en menor medida estas sustancias, cuando lo hacen las mujeres tienden a una continuidad menor. Los índices de continuidad de las mujeres son menores que los de los hombres en todas las sustancias, salvo en el caso del tabaco. En ese caso, en 2012, su índice de continuidad reciente es superior al de los hombres, y su tasa de abandono más baja.

En el caso del alcohol, la continuidad masculina ha sido siempre mayor, y se ha producido una evolución descendente tanto para los hombres como para las mujeres, de tal forma que, en ambos casos, no sólo desciende el porcentaje de población que se inicia en el consumo del alcohol, sino también el de quienes, una vez comenzado ese consumo, lo mantienen en el tiempo. En el caso del tabaco, también se ha producido una evolución al alza muy similar para hombres y para mujeres, siendo las tasas de abandono masculinas (a diferencia de lo que ocurría en el caso de alcohol) algo más altas que las femeninas. El caso de las drogas ilegales, incluyendo el cannabis, es similar al del alcohol: la tasa de continuidad es mayor en el caso de los hombres, y los descensos que se producen a lo largo del tiempo son similares para los hombres y para las mujeres.

PROYECTOS

INTERVENCIÓN EN MOMENTOS FESTIVOS

Incluye los siguientes programas:

- Campaña de alcohol en fiestas.
- Programa de dispensación responsable.
- Testing (Testado de drogas).

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO : Programa de dispensación responsable

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

Mantener el trabajo que se está realizando y ampliar el proyecto a las fiestas de los barrios de Donostia- San Sebastián, formando de esta manera a nuevos agentes y acercar la prevención a los barrios.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

Dentro del marco de la formación se trabajan tres temas: primeros auxilios, violencia de género y dispensación responsable.

Proyecto a desarrollar en colaboración con:

- DYA.
- Donostia Kultura. Fiestas.
- Negociado de Igualdad.
- Acción Social.

BASES TEÓRICAS

Un programa de dispensación responsable es aquel que enfatiza las estrategias y actitudes de comunicación que ayudan a los profesionales de la hostelería a prevenir los efectos negativos del consumo de alcohol de sus clientes.

La dispensación responsable se centra en la intervención ambiental dirigida de manera selectiva con el objetivo de evitar riesgos. A la hora de evitar riesgos, nos dirigimos a toda la población pero, sobre todo, nos tenemos que fijar en los colectivos que, por sus condiciones físicas, edad o circunstancia, no deben beber nada de alcohol ya que el consumo puede ser perjudicial para ellos u otras personas (conductores, embarazadas, menores de edad, enfermos, personas empleadas en trabajos donde el consumo implique riesgo...).

“Los dispensadores y vendedores de bebidas alcohólicas pueden contribuir al desarrollo de una cultura donde el consumo de riesgo sea inaceptable” (Toomey et al., 1998).

La dispensación responsable, tiene un gran potencial de prevención de riesgos en las personas que se acercan a los establecimientos donde se dan los consumos. La dispensación responsable es un elemento clave de cualquier acción de la comunidad dirigida a la reducción de riesgos y daños. Por tanto, en este ámbito toma una gran relevancia prestar más atención a la formación del personal que dispensa en bares, pub-s, discotecas...

Mediante la dispensación responsable, se busca poner en marcha ciertas medidas con el objetivo de disuadir consumos inadecuados y para ello es necesario marcar ciertas normas en el espacio donde se consume y en el servicio que se ofrece.

Los objetivos prioritarios de la dispensación responsable son:

- No servir bebidas alcohólicas a los menores de 18 años.
- No servir alcohol a clientes intoxicados y procurar evitar la embriaguez de quien está bebiendo de más.
- Intentar disuadir a los clientes de emprender actividades arriesgadas cuando han bebido demasiado (por ejemplo, conducir).

Para que una dispensación sea responsable, Saltz y Stanghetta (1997) aportan los siguientes puntos a tener en cuenta:

1. Monitorizar el consumo del cliente y tratar de espaciar el consumo de quienes beben demasiado, cuando sea necesario, para evitar que se intoxiquen.

2. Evitar que los clientes intoxicados conduzcan o incurran en otras actividades de riesgo.
3. Servir las bebidas alcohólicas respetando las medidas estándar.
4. Promover el consumo de comida y bebidas no alcohólicas.
5. Evitar las promociones de bebidas alcohólicas (“2x1”, etc.).

Como se ha dicho anteriormente, para una dispensación responsable es necesario formar a los profesionales o personas que dispensen el alcohol. Los contenidos que se pueden trabajar en estas formaciones son variados, pudiendo trabajar los siguientes puntos:

- Conocimientos teóricos sobre la dispensación responsable.
- Legislación.
- El alcohol y sus efectos.
- Estrategias de conducta para evitar situaciones problemáticas.
- Atención sanitaria.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO :

Mediante la formación y el reparto de materiales de prevención se trabajará con los colectivos que utilizan los espacios de ocio facilitados por el Ayuntamiento para desarrollar acciones preventivas dirigidas a los usuarios de esos espacios.

En la formación se trabajará la formación en primeros auxilios, violencia de género y dispensación responsable.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Capacitar a los dispensadores en la prevención de situaciones de riesgo relacionadas con el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, el consumo por parte de colectivos de riesgo, situaciones de atención sanitaria y violencia de género.

Objetivos específicos

- Evitar circunstancias no deseables, como el consumo en menores, las borracheras o que consuman personas ebrias o que vayan a conducir.
- Reducir y evitar, mediante la dispensación responsable, los problemas asociados a esas circunstancias.
- Beneficiar a la sociedad en general transmitiendo, a través del trabajo de los profesionales que venden o sirven bebidas alcohólicas, hábitos saludables de consumo.
- Evitar las pérdidas económicas y de prestigio asociadas a estos consumos problemáticos o al consumo por parte de colectivos de riesgo.
- Saber actuar ante situaciones de necesidad de atención sanitaria.

- Saber actuar de manera adecuada ante situaciones de violencia de género.

Objetivos operativos

- Organizar sesiones formativas dirigidas a las personas que atenderán directamente a los usuarios de los espacios de ocio.
- Que un representante de cada asociación o empresa acuda a la formación.
- Que todas las asociaciones y empresas que gestionen los espacios proporcionados por el Ayuntamiento informen en sus espacios sobre la prevención.
- Facilitar materiales de prevención.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

1ª fase planificación y diseño

- Contactar con las personas de referencia de Festejos, Igualdad y DYA con el objetivo de diseñar el proceso de formación.
- Buscar a los ponentes más adecuados para impartir los módulos que nos interesan.
- Ajustar con cada ponente los contenidos que impartirá, la metodología y el tiempo a invertir.
- Realizar un diseño definitivo de la formación.
- Establecer un calendario y lugar de las sesiones.
- Reservar un lugar para los encuentros.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Acoger a los y las ponentes.
- Presentación de la formación.
- Recoger la asistencia.
- Desarrollo de las sesiones.

3ª fase evaluación

- Realizar dinámicas de evaluación en cada sesión.
- Realizar el cuestionario personal de evaluación.
- Recoger el nivel de satisfacción de los ponentes y asistentes.
- Recoger propuestas de mejora.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

Para las intervenciones de formación:

Nº de entidades a las que se hará la oferta formativa.

Cobertura esperada: Nº de entidades que participarán del proceso formativo.

Cobertura esperada: Nº de actividades formativas.

Cobertura esperada: Nº Total de horas del proceso formativo.

Cobertura esperada: Nº de personas que participarán del proceso formativo.

Indicadores relacionados con los objetivos operativos

- Asistencia a las sesiones.
- Grado de satisfacción de los asistentes respecto a la formación recibida.
- Nº de propuestas para futuras formaciones.

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Registro de asistencia.
- Dinámicas de evaluación.
- Cuestionario personal de evaluación.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO : Campaña de alcohol en fiestas.

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

- Seguir trabajando para conseguir ofrecer el proyecto en el Puerto. Los datos recogidos durante años nos muestran que el espacio donde más riesgos y vulnerabilidad se han detectado, tanto por el alto porcentaje de positivos (71%) y la mayor concentración de personas jóvenes (18-20 años) es en el Puerto. Este espacio ha sido un espacio de intervención prioritario, pero por diferentes dificultades (competencias, permisos, trabas de último momento, infraestructuras, ruidos, ...) no se ha podido actuar tantas veces como se ha querido. En este Plan, el Puerto seguirá siendo un espacio donde seguir trabajando.
- Por otro lado, se ha visto que ofrecer el proyecto durante los momentos festivos celebrados durante el día, no parece conseguir una mayor influencia de gente, por tanto, y buscando la mayor eficiencia de recursos, seguiremos centrando los esfuerzos en los servicios ofrecidos por la noche.

- Este proyecto requiere un gran esfuerzo en la preparación y coordinación de diferentes Departamentos y asociaciones para la positiva consecución de las actividades, por tanto, seguiremos trabajando de manera estrecha con Fiestas, Guardia Municipal, Negociado de Juventud y Sasoia mejorando la coordinación.
- Seguir integrando diferentes acciones que ofrezcan otras asociaciones o empresas y coordinar los servicios ofreciendo a los ciudadanos los servicios en los espacios más adecuados.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

Colectivo al que se dirige: es un servicio de prevención, formación e información dirigido a todas las personas interesadas que se acerquen al espacio de intervención.

Proyecto a desarrollar en colaboración con:

- Donostia Kultura. Fiestas.
- Servicio de Educación y Promoción Social. Negociado de Juventud.
- Guardia Municipal.

BASES TEÓRICAS

El modelo tradicional de consumo de drogas dominante en nuestra sociedad se ha caracterizado por el consumo del alcohol y el tabaco. Estos dos consumos cuentan con una amplia legitimación social y cultural, lo que contribuye a percibir como naturales estos consumos que tienen un gran impacto negativo.

El consumo de alcohol, a pesar de ser legal, causa más problemas a los individuos, las familias y la sociedad que todas las demás drogas juntas (exceptuando el tabaco).

Debido a las consecuencias negativas del alcohol, los diferentes gobiernos toman sus propias medidas encaminadas a proteger la salud individual y colectiva de sus ciudadanos mediante diferentes leyes, regulaciones y acciones para controlar tanto la venta como el consumo.

La mayoría de los consumidores, no llegan a tener problemas con el alcohol, pero en ocasiones, un consumo elevado o continuado puede crear serios problemas con los estudios, el trabajo o la familia, también puede facilitar la aparición de enfermedades o producir accidentes. Los accidentes de tráfico son un importante problema de salud pública, muchas personas mueren y muchas otras quedan seriamente heridas e incapacitadas. El consumo de bebidas alcohólicas es probablemente el factor de riesgo más importante en los accidentes de tráfico. No sólo aumenta el riesgo de sufrir un accidente, sino que además contribuye a que la gravedad de las lesiones sea mayor. El alcohol produce en el sistema nervioso central efectos similares a los anestésicos generales, disminuyendo las habilidades necesarias para la conducción.

Los efectos del alcohol en el organismo son ya muy conocidos, el alcohol produce una depresión no selectiva en el sistema nervioso central, deteriorando la función psicomotora, la percepción sensorial (vista y oído), modifica el comportamiento de la persona, etc. En general, los efectos del alcohol son directamente proporcionales a su concentración en sangre, a mayor concentración mayor deterioro. La probabilidad de ser responsable de un accidente se duplica para una tasa de alcohol de 0,5 gr/l, se quintuplica para una tasa de 0,8 gr/l, y se hace 20 veces mayor para una tasa de 1,4 gr/l.

Una de las consecuencias más graves de esta disminución de capacidades es un aumento significativo del tiempo de reacción o tiempo que transcurre desde la percepción de un peligro hasta el momento de poner el pie sobre el freno. Bajo la influencia del alcohol el aumento del tiempo de reacción lleva consigo un incremento considerable del espacio de frenado.

Otra consecuencia del consumo de alcohol es la influencia en el campo visual. Mientras mira al frente, el conductor puede observar objetos a los lados, aunque no los puede ver claramente. El campo visual sufre una reducción del 30% con una tasa de alcohol de 0,5 gr/l. La velocidad también influye en el campo visual, a 50 Km/h el conductor tiene reducido su campo visual en un 25%, a 80 Km/h su visión lateral ha disminuido un 50% y a partir de 100 Km/h está conduciendo literalmente a través de un túnel.

Los efectos del alcohol sobre las distintas funciones relacionadas con el rendimiento psicomotor y la capacidad para conducir, así como el riesgo de sufrir un accidente de tráfico, varían principalmente según la edad, forma de consumo de alcohol (habitual, esporádico), la experiencia en la conducción de vehículos e incluso según el tipo de colisión (sólo un vehículo o colisión múltiple).

Los jóvenes por distintas circunstancias (conductores inexpertos, consumos elevados los fines de semana, conducta desinhibida, etc.) son particularmente vulnerables. Por otra parte, el alcohol contribuye en la gravedad de las lesiones, tras un accidente de tráfico, el ocupante que se encuentre bajo los efectos del alcohol tiene tres veces más posibilidades de padecer lesiones mortales que quién esté libre de alcohol, a igual severidad y circunstancias del accidente.

Es sobre la base de esta relación entre la alcoholemia y el riesgo de accidente de tráfico, a partir de la cual se han establecido los niveles máximos de alcohol en sangre a los que está permitido conducir. Los conocimientos científicos actuales han contribuido a establecer que en la mayoría de países de la Unión Europea el límite sea de 0,5 gramos/litro.

En España, según el Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre, por el que se modifican los artículos 20 y 23 del Reglamento General de Circulación, las tasas legales máximas de alcoholemia permitidas son las siguientes:

- 0,5 gramos litro con carácter general.
- 0,3 gramos litro para conductores noveles o profesionales.

La concentración de alcohol en sangre depende directamente de la cantidad de alcohol consumida: a mayor cantidad de alcohol consumida mayor cantidad de alcohol en sangre. Pero hay que tener en cuenta que el nivel de alcohol en sangre se ve influenciado por el peso y el sexo del individuo.

Para calcular la alcoholemia se puede utilizar la siguiente formula: Alcoholemia=gramos de alcohol ingeridos/peso en Kg x (0,7 en hombres y 0,6 en mujeres).

El análisis de las cantidades de alcohol ingerido nos orienta para la definición de distintos grupos de bebedores, y en especial los que presentan consumos abusivos. Para facilitar la cuantificación de los consumo existen diferentes tipologías basadas en la utilización de la unidad de medida llamada UBE (Unidad Bebida Estándar=10gramos de Etanol), que simplifica el cómputo de las cantidades de alcohol ingerido de la siguiente manera:

- 1 UBE = 1 vaso de bebida fermentada (cerveza, vino...).
- 2 UBEs = 1 vaso de destilados (ginebra, whisky,...).

Tabla de alcoholemia:

Mujeres

Vaso	40 Kg	45 Kg	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg
1	0,45	0,40	0,35	0,30	0,25	0,25
2	0,90	0,80	0,75	0,60	0,50	0,45
3	1,40	1,25	1,10	0,95	0,75	0,65
4	1,85	1,65	1,50	1,25	1,00	0,90

Hombres

Vaso	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg	100 Kg
1	0,30	0,25	0,25	0,20	0,15	0,15
2	0,60	0,50	0,45	0,40	0,30	0,25
3	0,95	0,75	0,65	0,55	0,50	0,45
4	1,25	1,00	0,90	0,75	0,65	0,60

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Enmarcado en fiestas de Semana Grande, se realiza una campaña de sensibilización, información y prevención del consumo abusivo de alcohol, con la realización de una prueba de los niveles de alcohol. Esta prueba se realiza en stands habilitados para tal fin, a los cuales acuden todas las personas interesadas de forma voluntaria.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Concienciar al colectivo consumidor de alcohol sobre su estado real de nivel etílico y sensibilizar en relación a los riesgos de los consumos y la conducción.

Objetivos específicos

- Que las personas que se acerquen a realizar la alcoholemia relacionen sus tasas de alcoholemia con la percepción de embriaguez que experimentan.
- Informar y orientar de una manera personalizado sobre los consumos y los riesgos personales de cada individuo que realiza la alcoholemia.
- Que las personas que personas conozcan las consecuencias reales que las tasas pueden ejercer ante la conducción.
- Informar sobre las consecuencias legales de la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Minimizar la el número de conductores ebrios.
- Minimizar los accidentes de tráfico causados por el consumo del alcohol.

Objetivos operativos

- Que el 100% de las personas que se acercan al stand realicen la prueba de alcoholemia.
- Que el 100% de las personas que realizan la prueba de alcoholemia tengan una información personalizada.
- Que el 100% de las personas que realizan la prueba de alcoholemia se lleven material para consultas posteriores.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Acordar con la técnico de referencia de Festejos la ubicación, el día y la hora en las que se realizarán las alcoholemias.
- Contactar con la persona de referencia de la empresa que realiza las alcoholemias.
- Solicitar todos los permisos pertinentes.

2ª fase implementación y ejecución

- Acudir con los técnicos de la empresa contratada a poner el servicio en el lugar y momento acordados.
- Los usuarios rellenan un cuestionario en el que se piden datos sobre la edad, sexo, consumo de alcohol realizado y si se piensa realizar algún tipo de desplazamiento, y cómo sería este.
- Se pasa a realizar la prueba del nivel de alcohol, viéndose al instante el resultado que se da (positivo o negativo).
- Se les dan unos folletos informativos, así como explicaciones personalizadas sobre los consumos obtenidos y los tiempos de espera en caso de tener que desplazarse.

3ª fase evaluación

- Realizar con la empresa contratada y el técnico de referencia la evaluación del desarrollo del servicio.
- Análisis del informe de actuación.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

- Nº de personas que han acudido al servicio.
- Estadísticas de los participantes.

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Registro del Nº de participantes.
- Análisis de los datos recogidos.
- Datos de la Guardia Municipal: nº de positivos en las pruebas de alcoholemia realizadas, durante los días de la realización de la actividad.
- Accidentes registrados en los que el conductor había bebido alcohol, durante los días en los que se ha realizado la actividad. (Realizar un registro anual para conocer la evolución de dichas cifras desde la implantación de este proyecto.)
- Reunión de evaluación.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO : Testing (Testado de drogas)

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

- Seguir interviniendo en los espacios que muestran más riesgo y vulnerabilidad, y la mayor concentración de personas jóvenes.
- La necesidad del trabajo en coordinación con diferentes Departamentos municipales, especialmente Fiestas, Guardia Municipal, Negociado de Juventud y la asociación Ai Laket.
- Seguir integrando diferentes acciones que ofrezcan otras asociaciones o empresas, y coordinar los servicios ofreciendo a los ciudadanos los servicios en los espacios más adecuados.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

Colectivo al que se dirige: a personas que consumen o piensan consumir sustancias ilícitas en su tiempo de ocio, especialmente a quienes están a punto de iniciarse en el consumo. También a las personas de su entorno (especialmente cuadrilla o grupo de amigos) .

BASES TEÓRICAS

La adulteración de las sustancias, debida a la falta de control sanitario, es uno de los principales riesgos sanitarios asociados con el uso de drogas ilícitas y una de las mayores preocupaciones de las personas usuarias. Por este motivo, en los últimos años se han venido extendiendo en diversos países (sobre todo en la Unión Europea) programas de testado, fundamentalmente de pastillas de éxtasis, dirigidos a advertir de este riesgo y detectar lo antes posible adulteraciones, especialmente peligrosas. Este tipo de programas han demostrado una gran efectividad a la hora de contactar con las personas usuarias, especialmente las más jóvenes, que difícilmente se interesarían por otro tipo de dispositivos preventivos y que, de esta manera, además de conocer el contenido de lo que van a consumir, pueden recibir otras informaciones complementarias, plantear consultas de todo tipo, descansar, tomar agua y algún alimento, etc. Los programas de testado también se han revelado como un valioso instrumento para recoger datos sobre la aparición de nuevas sustancias y sobre cambios en los patrones de consumo.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Este proyecto se basa en el testado (pruebas y test de los consumos) y análisis de sustancias ilegales y en la información, tanto genérica como personalizada, estando dirigida tanto a potenciales consumidores como a personas interesadas en cualquier aspecto relacionado con el uso de drogas. La participación es totalmente voluntaria. Habiendo demostrado su eficacia especialmente con los más jóvenes.

Es un Programa de prevención selectiva en espacio de ocio y diversión, que es frecuente en la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas no legales. Tiene un carácter itinerante y se desarrolla principalmente en las fiestas patronales.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Prevenir el consumo abusivo de sustancias entre los jóvenes ofreciéndoles una información veraz y objetiva que posibilite a los usuarios y usuarias de drogas una mejor gestión de los riesgos derivados de su consumo.

Objetivos específicos

- Concienciar a las personas que participen en el programa de los riesgos que entraña el uso de drogas así como incitar a la reflexión en torno a los motivos de su consumo, los objetivos que persiguen con dicho consumo y el modo en que usan las sustancias.
- Alertar a la persona usuaria acerca del inexistente control sanitario de las sustancias ilícitas advirtiéndole de la adulteración de las mismas.

- Difundir entre el colectivo usuario de drogas los conceptos de reducción de riesgos incluyendo aspectos tales como prácticas sexuales más seguras, mejora de hábitos alimenticios y conocimiento de las consecuencias legales del consumo, tenencia y tráfico de estupefacientes.
- Obtener información tanto cuantitativa como cualitativa sobre nuevas sustancias y patrones de consumo.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

1ª fase planificación y diseño

- Acordar con la técnico de referencia de Festejos la ubicación, el día y la hora en la que se realizarán los testados de drogas (conocer los principales lugares donde se producen los consumos, para la adecuada ubicación de la intervención).
- Coordinar con la empresa que llevará a cabo los testados.
- Solicitar los permisos pertinentes.

2ª fase implementación y ejecución

- El programa se desarrolla sobre el terreno, de manera itinerante, mediante una auto caravana-oficina, con una carpa anexa. El servicio se da a conocer a las personas usuarias potenciales gracias a la publicidad previa del evento y, sobre todo, mediante el llamado outreach, es decir, saliendo a su encuentro y contactando con ellos directamente en el lugar donde se desarrolla la actividad.
- Los usuarios realizan un breve cuestionario, se informa de las diferentes actividades, y se resuelven dudas. Charlas informativas para proporcionar información sobre las sustancias y sus propiedades, principales riesgos sanitarios agudos y a largo plazo, riesgos legales, consejos para un uso más seguro, adicción y dependencia, sexo seguro, etc.
- Si fuera necesario, se dirige a la auto caravana para el posible testado o para ofrecer información personalizada. (Furgoneta acondicionada como laboratorio de testado de sustancias para servicio de análisis: análisis cuantitativo posterior de las muestras que así lo requieran).
- En los casos necesarios, se derivan a las personas que lo precisan hacia otros dispositivos sanitarios o asistenciales.
- Reparto de material informativo. Reparto de consumibles (preservativos masculinos y femeninos, esnifadores desechables, suero fisiológico, alcoholímetros desechables, etc).

3ª fase evaluación

- Realizar con la empresa contratada y el técnico de referencia la evaluación del desarrollo del servicio.
- Memoria descriptiva de la actividad realizada con los datos obtenidos y valoración de la intervención.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

- Nº de personas que han acudido al servicio.
- Estadísticas de los participantes. Datos sociodemográficos.
- Indicadores relacionados con los objetivos operativos.

TÉCNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Registro del nº de participantes.
- Evaluación del nº de derivaciones a otros servicios sanitarios.
- Encuesta sobre intención de consumo.
- Datos sobre los análisis realizados.

DISEÑO Y DIFUSIÓN DE MATERIALES SOBRE DROGAS Y TICS

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

Seguir buscando y repartiendo materiales que una vez revisados nos parezcan adecuados, y como se ha hecho durante estos años, no nos limitaremos a los materiales sobre drogodependencias, ampliaremos el proyecto a todos los contenidos que nos parezcan de especial interés para las personas jóvenes y la prevención de riesgos. Buscar material en euskara, con un enfoque objetivo, científico, actualizado y atractivo tanto para menores como adultos, requiere revisiones constantes de los avances relacionadas con los temas específicos (drogodependencias, TIC-s,...) y revisiones constantes de los nuevos materiales creados.

Eje de actuación: 4, gestión del conocimiento, formación y evaluación.

Se pretende avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Objetivos:

- 4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones
- 4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito

Colectivo al que se dirige: a las personas que utilizan los servicios o espacios del Ayuntamiento.

Proyecto a desarrollar en colaboración con:

- Gobierno Vasco.
- Centros educativos.
- Servicio de Educación y Promoción Social. Negociado de Juventud.
- Donostia Kultura.

BASES TEÓRICAS

La información es uno de los pilares fundamentales de la prevención.

Mediante el material educativo, se pretende dar a conocer ciertos conocimientos de una manera pedagógica. Con estos contenidos se busca ampliar los conocimientos de las personas que lo adquieran y lean. El material educativo facilita la adquisición de conceptos, habilidades, actitudes y destrezas.

El material se utiliza como vehículo de transmisión de los mensajes que queremos hacer llegar a los responsables de los menores y a los menores para la prevención de riesgos en drogodependencias y uso de las TICs. Estos materiales deben contar con los elementos que posibiliten cierto aprendizaje específico.

La elección o el diseño de los materiales se realiza teniendo en cuenta el colectivo al que va dirigido y basándose en fundamentos psicológicos, pedagógicos y comunicacionales. Los materiales deberán ser sencillos, atractivos, comprensibles e interesantes para motivar el interés para la lectura.

Los contenidos se presentarán en diferentes formatos como: carteles, dípticos, regletas, alcoholímetros, vídeos, guías, enlaces,...

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Desde el servicio se recopilan y diseñan materiales que se ofrecen a diferentes espacios y colectivos. Para facilitar el acceso a los materiales se utilizará el material físico y el soporte de la plataforma Online.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Asegurar la existencia de información en los espacios (físicos y virtuales) que utilizan los menores, madres/padres y profesionales.

Objetivos específicos

- Ofrecer a las personas usuarias o a los responsables de menores usuarios de los servicios municipales materiales relacionados con las TICs.
- Ofrecer a las personas usuarias o a los responsables de menores usuarios de los servicios municipales materiales relacionados con las drogodependencias.
- Asegurar que el material existente en los espacios municipales sea adecuado y actualizado.

Objetivos operativos

- Asegurar que haya cuadernillos/dípticos/carteles,... informativos en cada espacio que el Ayuntamiento ofrece para los menores.
- Asegurar que haya material adecuado y actualizado en la plataforma Online.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Realizar un listado de los espacios municipales donde se quiera poner a disposición de los usuarios el material.
- Diseñar el material.

2ª fase implementación y ejecución

- Acordar con el técnico de referencia el material a repartir.
- Crear los materiales.
- Reparto de los materiales.

3ª fase evaluación

- Revisión del trabajo realizado.
- Actualización constante de los materiales.
- Recogida de nuevas propuestas.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

- Número de espacios donde se ha facilitado el material.
- Número de materiales que se han repartido en relación a las drogodependencias.
- Número de materiales que se han repartido en relación a las TICs.
- Número de accesos a los materiales de la plataforma.
- Número de materiales que tienen en cuenta la perspectiva de género.

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Registro de materiales repartidos.

FORMACIÓN EN RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC-s)

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

- Tras comprobar en la formación presencial la dificultad de muchos adultos en el manejo de las TICs, es importante romper la brecha generacional existente en relación al uso y manejo de las tecnologías entre menores y adultos para que los adultos puedan ser modelo y referencia. Es necesario formar en el manejo básico de las TICs a los adultos que lo necesiten.
- Los profesionales y las madres/padres se enfrentan a una situación nueva y están expectantes para recibir pautas de actuación para un uso adecuado de las tecnologías y que se les ayude a minimizar los efectos negativos del uso inadecuado de estas. Así mismo, en la mayoría de ocasiones, no se ven capacitados para entender y/o utilizar las aplicaciones que les acerquen a los menores. Será imprescindible ofrecerles espacios donde puedan buscar información de nuevos usos, aplicaciones,... para aumentar su autonomía y autoaprendizaje.
- En las formaciones anteriores los profesionales han solicitado formación en aplicaciones para trabajar en el aula. Sería adecuado facilitarles información sobre este tema.
- Los profesionales han solicitado más formación práctica por lo que analizaremos las necesidades reales de la petición para ajustar la formación.
- Se ampliará la formación mediante la plataforma a las madres y padres.
- Utilizar la plataforma como herramienta para trabajar en otros ámbitos de prevención como las drogodependencias.
- Ofrecer la formación a otros profesionales.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad

1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones

1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

Eje de actuación: 4, gestión del conocimiento, formación y evaluación .

Se pretende avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Objetivos:

4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones

4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito

Colectivo al que se dirige: los profesionales que se relacionan con menores (para que orienten a madres/padres y menores), madres/padres (para que adquieran conocimientos y habilidades dirigidos a la orientación de sus hijas e hijos) y como colectivo final, los menores (para evitar que realicen conductas de riesgo).

Proyecto a desarrollar en colaboración con:

- Centros Educativos.

BASES TEÓRICAS

Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación avanzan de una manera vertiginosa consiguiendo que haya una abundancia enorme de información disponible, que la gente esté más conectada entre sí, nuevas formas de entretenimiento, etc. Este avance y esta era de la comunicación digital, traen consigo sus riesgos, riesgos que muchas veces desconocemos.

En la información recogida para el diseño del “Plan de Control de Adicciones de San Sebastián 2013-2015” mediante entrevistas, grupos de trabajo y encuestas, se ha constatado una y otra vez, que en este ámbito hay un alto nivel de desconocimiento para un manejo adecuado de los riesgos que se puedan generar como consecuencia de una utilización inadecuada.

Por un lado, nos encontramos con una juventud (nativos digitales) que se maneja con gran soltura y tiene una gran capacidad de adaptación ante los constantes cambios, pero no toma las precauciones necesarias para evitar realizar conductas de riesgo. Y por otro, estamos ante un fenómeno en el que muchos adultos (inmigrantes digitales) muestran dificultades para entender y manejarse de una manera correcta ante los riesgos, y como consecuencia, tienen dificultades para ser modelo de referencia y control para los menores.

Es obvio, que como en otros ámbitos de la vida, los niños y los jóvenes necesitan apoyo y orientación de los adultos para llegar a utilizar estas herramientas de una manera positiva y segura sin realizar conductas de riesgo.

Los adultos mediante los conocimientos adquiridos y experiencias vividas, estamos preparados para prevenir otro tipo de riesgos, es decir, enseñamos que hay que tener cuidado al cruzar una carretera o que no hay que hablar con desconocidos, pero no hemos sido instruidos, ni tenemos mucha experiencia para realizar una prevención al mismo nivel ante los riesgos que nos podemos encontrar en la red.

Está claro que es imposible estar pendientes de todos los programas que salen, de todas las aplicaciones, de los nuevos dispositivos para acceder a la red, las nuevas maneras de comunicación, las nuevas redes sociales,... Pero lo que sí es posible, es conocer los riesgos de un uso inadecuado de las nuevas tecnologías y tener unos conocimientos básicos de herramientas de seguridad y privacidad. Para llegar a adquirir estos conocimientos y utilizar las tecnologías de manera responsable, la intervención más adecuada es la formación.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Es un proyecto que tras acordar con el centro educativo la formación a realizar, se ofrece a los profesionales dos sesiones presenciales de formación que se complementan durante todo el curso mediante el acceso a la plataforma online para información, sensibilización, materiales para trabajar en el aula y asesoramiento.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Se busca capacitar tanto a los adultos como a los menores para prevenir y protegerse de riesgos como el cyberbullying, grooming, sexting, sextorsión, ciberdelitos, adicción,...

Objetivos específicos

- Con los conocimientos y capacidades adquiridas prevenir situaciones de riesgo.
- Evitar posteriores intervenciones más complejas y costosas para reparar los daños que se han generado por la incorrecta utilización de las nuevas tecnologías.
- Establecer un canal de comunicación con los centros educativos, tanto con su profesorado como con madres y padres.

Objetivos operativos

- Que las sesiones formativas dirigidas a los profesionales de los centros educativos se implementen.
- Ofrecer un espacio con información, recursos y asesoramiento a los profesionales de los centros mediante una plataforma.
- Ofrecer información, recursos y asesoramiento a las madres y padres mediante una plataforma.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Reunirse con los centros educativos para recoger sus inquietudes.
- Diseñar las formaciones y la plataforma online.
- Contratar a la empresa que formará a los profesionales y gestionará la plataforma.
- Ajustar con la empresa la formación y el diseño de la plataforma.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Invitar a los centros educativos a participar.
- Diseñar un calendario para las sesiones.
- Realizar las evaluaciones previas.
- Desarrollo de las sesiones.
- Alimentar e ir actualizando la plataforma.

3ª fase evaluación

- Realizar dinámicas de evaluación en cada sesión.
- Realizar el cuestionario personal de evaluación.
- Recogida y análisis de los datos de la plataforma.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

Para intervenciones de formación

Nº de entidades a las que se hará la oferta formativa

Cobertura esperada: Nº de entidades que participarán del proceso formativo

Cobertura esperada: Nº de actividades formativas

Cobertura esperada: Nº Total de horas del proceso formativo

Indicadores en función de los objetivos operativos

- Asistencia a las sesiones.
- Grado de satisfacción de los asistentes respecto a la formación recibida.
- Nº de propuestas para futuras formaciones.

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Registro de asistencia.
- Dinámicas de evaluación.
- Cuestionario personal de evaluación.

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LOS LOCALES DE JÓVENES

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando teniendo en cuenta:

- Aunque se hayan ido renovando los materiales durante estos años, hay que realizar una nueva búsqueda y recopilación de materiales.
- Durante estos años se ha visto que las chicas que han participado en nuestro proyecto son claramente una minoría y esta realidad se repite en proyectos de otros municipios que se orientan a los locales. Para intervenir en espacios de ocio de grupos naturales compuestos por mujeres, tendremos que reflexionar sobre esta situación y pensar en nuevos espacios.
- El proceso de legalización de los locales tiene que seguir desarrollándose para poder ofrecer el servicio en mejores condiciones.
- Hay que reforzar la coordinación entre diferentes departamentos.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

Dentro del marco de la formación se trabajan tres temas: drogodependencias, TICs y relaciones afectivo sexuales.

Colectivo al que se dirige: a jóvenes que se reúnen en los locales de Donostia.

Proyecto a desarrollar en colaboración con:

- Negociado de Igualdad.
- Guardia Municipal.
- Servicio de Educación y Promoción Social. Negociado de Juventud.
- Otras instituciones/asociaciones que aportan materiales.

BASES TEÓRICAS

El espacio privado donde se reúne un grupo de jóvenes suele adoptar varios nombres como “local”, “lonja”, “txoko”, “bajera”... Su función principal es la de ser un lugar de reunión con las amistades. En estos locales se pueden encontrar grupos de chicas, de chicos, mixtos, formados por varios grupos de amigos, formados por una sola cuadrilla, etc.

Según los jóvenes que se reúnen en estos locales, entre otras cosas, el espacio propio y la autogestión son los principales valores que aportan estos lugares. En este sentido, debemos reconocer que la juventud siempre ha perseguido esos deseos y objetivos. Por lo tanto, el fenómeno no es tan reciente, sino que son la forma y las características específicas las que han ido cambiando.

El fenómeno de los locales juveniles ha tenido mucha repercusión en los últimos años. El cambio de los patrones de consumo ha condenado a numerosos locales comerciales al cierre y algunos se han reutilizado para convertirlos en locales juveniles de ocio. En una primera aproximación, podemos afirmar que los locales están más extendidos en zonas o poblaciones urbanas (San Sebastián, Eibar, Errenteria, Tolosa...) que en zonas rurales. La fórmula de a mayor población juvenil mayor número de locales, junto a la disminución en el precio de la renta de los locales comerciales, pueden ser dos factores determinantes en la implantación de un mayor o menor número de locales. Al tratarse de una actividad de naturaleza privada, no hay censos o listas al respecto.

Según un estudio realizado por el Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto en el año 2007, «el 29% de las personas jóvenes usa semanalmente estos espacios juveniles; un 17% utiliza los locales al menos 3 veces por semana, y otro 12% con menor regularidad». Con estos datos podemos extraer una primera conclusión: que los jóvenes han convertido estos locales en un espacio de encuentro prioritario.

Las intervenciones públicas municipales desarrolladas en estos espacios tienen su origen en las quejas planteadas por los vecinos y vecinas. En algunas localidades, ante esta situación de conflicto de convivencia (ruidos, higiene, drogas...), el ente municipal ha activado sus mecanismos para supervisar en qué condiciones y a qué objetivo responden estas prácticas juveniles. Siendo lo más habitual responder desde unidades administrativas de urbanismo, seguridad y medio ambiente y no desde los servicios de infancia o juventud. En la mayoría de los ayuntamientos se ha dado una solución puntual a los problemas utilizando las normativas de carácter global que poseen las entidades locales.

La dificultad que han encontrado muchos ayuntamientos a la hora de afrontar el tema de los locales ha sido la falta de referentes al respecto. Hay pocas experiencias relacionadas con el tema y, por eso, no hay líneas claras a seguir. Además, cada municipio tiene sus particularidades y, aunque la dinámica de los locales sea parecida, también cada una tiene sus propias dinámicas.

El local es un espacio visto con recelo por los adultos. En los locales, la juventud se aleja de los ojos indiscretos y busca su espacio pero, a su vez, son lugares privilegiados para intervenir en aspectos relacionados con las adicciones.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Mediante este proyecto se pretende interactuar con los jóvenes en sus espacios propios. Para ello se realizarán diferentes acciones dirigidas a ofrecer información, formación y asesoramiento en materias relacionadas con las adicciones.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Ofrecer a los jóvenes que se reúnen en los locales de San Sebastián acciones dirigidas a la prevención de riesgos.

Objetivos específicos

- Explorar y describir las necesidades del grupo de personas que se localiza en los locales.
- Proporcionar información veraz y actualizada a las personal que acuden a los locales de jóvenes.

Objetivos operativos

- Crear un espacio de información, formación y orientación en el espacio donde se relacionan los jóvenes.
- Realizar diferentes acciones en los locales.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Realizar un listado de los locales de San Sebastián.
- Contactar con los locales.
- Diseñar entre las personal que acuden a los locales y el Ayuntamiento las dinámicas a desarrollar.

2ª fase implementación y ejecución

Realizar las acciones diseñadas.

3ª fase evaluación

- Cuestionarios para medir el nivel de satisfacción de los participantes en las acciones.
- Análisis de datos.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO

Personas destinatarias inmediatas–directas: todas las personas que acuden a los locales de jóvenes.

Función de los objetivos operativos

- Nº de locales que participan en la iniciativa.
- Nº de acciones desarrolladas en estos locales.
- Nº de personas que participan en el proyecto/ distribución por sexo.
- Datos sociodemográficos.

INDICADORES DE RESULTADO

- Escala de intención de consumo (pre/post).
- Escala de percepción de riesgos asociados al consumo de drogas (pre/post).
- Escala de creencias sobre las consecuencias esperadas sobre los efectos de las drogas (pre/post).

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

- Escala y cuestionarios.

MEDIDAS ALTERNATIVAS A LAS SANCIONES

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando el proyecto teniendo en cuenta:

- Hay que mejorar los plazos de comunicación a las familias.
- Sería importante reforzar la coordinación entre los diferentes departamentos del Ayuntamiento.
- Seguir ampliando el servicio a familias que no han sido sancionadas pero han mostrado otros rasgos de riesgo.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

Colectivo al que se dirige: a jóvenes (menores y sus familias) que en Donostia, tienen un acta por consumo o tenencia de drogas ilegales o alcohol, por parte de la Guardia Municipal, o son atendidos por instancias sanitarias con riesgo por consumo.

Proyecto a desarrollar:

- Guardia Municipal
- Dirección Financiera.

BASES TEÓRICAS

El colectivo de los menores de edad es especialmente significativo con relación al riesgo por consumo de drogas y otros tipos de riesgo. En la Adolescencia, los menores de edad se están formando y son especialmente sensibles a la adquisición de capacidades, valores y hábitos. A esas edades, mientras se abandona el papel de dependencia ante las personas adultas, se establecen las primeras relaciones con las drogas y otros riesgos.

El proyecto aquí descrito, se sustenta en torno a diferentes ejes de referencia; el modelo de intervención sistémico, la perspectiva constructivista del aprendizaje, la adolescencia como periodo del ciclo vital crítico, la teoría del apego, la teoría de las necesidades de los adolescentes y las Drogodependencias (Modelo de reducción de riesgos y daños y el Modelo de la competencia social).

FACTORES SOBRE LOS QUE SE INCIDE

- Favorecer y potenciar los factores de protección en los menores ante los consumos de drogas.
- Reducir los consumos de riesgo asociados al consumo de drogas.
- Retrasar la edad de inicio del consumo entre los grupos de riesgo.
- Evitar la progresión en el consumo y disminuir los consumos: moderar el consumo o abandonarlo.
- Proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas y riesgos asociados a su consumo. Romper con los mitos en relación a los consumos.
- A nivel personal:
 - Tomar conciencia e identificar el propio consumo y la evolución personal.
 - Analizar diferentes motivaciones que acompañan al consumo. Aclarar la función personal que cumple el consumo.
 - Potenciar la reflexión personal en torno al rol que adoptamos en nuestro grupo natural y los posibles riesgos derivados del mismo; presión del grupo, etc.
- A nivel de información y conocimientos:
 - Aportar información científicamente contrastada con relación al cannabis/alcohol, etc
 - Señalar claramente los colectivos para los que el consumo de cannabis/alcohol está totalmente contraindicado.
 - Trabajar prejuicios y mitos en relación a las drogas.
- A nivel reducción de riesgos:
 - Prevención de conductas de riesgo: consumo y la ley, mezcla con otras drogas, consumo en centros de estudio, consumo abusivo los fines de semana, etc.

- Prevenir el paso hacia otras drogas y consumos.
- Aportar el paso hacia otras drogas y consumos.
- Aportar líneas de autocuidado y autoprotección, para evitar o minimizar riesgos generando alternativas saludables.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Mediante este proyecto se pretende interactuar con los jóvenes en sus espacios propio. Para ello se realizarán diferentes acciones dirigidas a ofrecer información, formación y asesoramiento en materias relacionadas con las adicciones.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

Detectar e intervenir en situaciones de riesgo de los menores de edad y ofrecer un cumplimiento alternativo de tipo educativo a las sanciones administrativas por consumo o tenencia de sustancias.

Objetivos específicos

- Detectar situaciones de riesgo o desprotección en menores de edad.
- Informar, orientar y formar a los menores de edad, sus familias y otros agentes.
- Ofrecer recursos adaptados a la situación personal de cada menor y su familia.
- Identificar y potenciar los recursos positivos del/la adolescente y de su familia para la superación de dificultades.
- Favorecer y fomentar los factores de protección, así como limitar y reducir los factores de riesgo con relación al uso de sustancias.
- Retrasar la edad de inicio del consumo entre los grupos de riesgo.
- Fomentar el no consumo.
- Reducir los usos problemáticos con las sustancias.
- Ofrecer pautas dirigidas a mejorar la relación entre los menores y sus tutores.
- Ofrecer a los menores herramientas y habilidades para manejar sus dificultades.
- Establecer redes de coordinación con profesionales de otros sistemas de intervención (centros educativos, servicios sanitarios, justicia,...) en la medida en que los objetivos lo justifiquen.
- Coordinar y colaborar con la red de recursos.

Objetivos operativos

- Crear un espacio de información, formación y orientación tanto a menores como a sus familias.
- Ofrecer los recursos adecuados a cada caso.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Contratación de la empresa que desarrollará el servicio.
- Planificación de la gestión y coordinación entre la técnico del Ayuntamiento, otros Departamentos del Ayuntamiento y empresa contratada.
- Planificación y gestión de los casos que según sus necesidades (coordinación de casos que ya se están atendiendo desde el Departamento, casos nuevos, casos a derivar).

2ª fase de implementación y ejecución

Realizar las acciones diseñadas.

3ª fase evaluación

- Evaluaciones entre los agentes participantes.
- Análisis de datos.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO:

Personas destinatarias inmediatas–directas: menores y familias que acuden al servicio.

Función de los objetivos operativos

- Nº de menores que participan en la iniciativa.
- Nº de casos atendidos tras una sanción administrativa.
- Nº de personas atendidos sin sanción administrativa pero con acta.
- Nº de personas atendidas por servicios sanitarios tras conductas de riesgo.

TECNICAS PREVISTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Recogida de datos.

PROGRAMA “RIESGO ALCOHOL”

ENCUADRE DEL PROYECTO EN EL PLAN

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando como hasta ahora, teniendo en cuenta las posibles actualizaciones y revisiones en materiales sobre drogodependencias y la prevención de riesgos. Buscando material en euskara, con un enfoque objetivo, científico, actualizado y atractivo para los menores.

Eje de actuación: 1, Prevención y promoción de la salud.

Se pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos:

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social

BASES TEÓRICAS

El programa Riesgo Alcohol surge ante la necesidad de dar respuesta a la creciente situación de consumo de alcohol y otras drogas en la C.A.V. sobre todo entre el sector juvenil. En este sentido, los centros educativos son el escenario idóneo para difundir información entre este colectivo ya que son espacios que acogen un gran número de jóvenes.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Programa de prevención selectiva aplicado en el ámbito educativo, dirigido al alumnado de 4º de la ESO, Bachillerato y a ciclos formativos de iniciación profesional. Se dirige a jóvenes que realizan consumo de alcohol para que desarrollen una conducta responsable en su relación con el alcohol y aumente su percepción de riesgo.

La intervención se estructura de la siguiente manera:

-Formación directa al alumnado a través de un taller de tres horas distribuido habitualmente en 2 sesiones.

-Entrega de material de trabajo y reflexión a cada escolar participante: Carpeta “Riesgo alcohol”.

-Entrega de Manual de apoyo para el profesorado con información adicional y actividades complementarias.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

Que la juventud tome conciencia de los riesgos asociados al consumo del alcohol y otras drogas, que tenga información de los posibles daños y riesgos que puede ocasionar dicho consumo, y que refuerce conductas de autocuidados si deciden consumir alcohol.

Objetivos específicos

- Ofrecer formación a jóvenes para reducir riesgos.
- Fomentar una actitud responsable respecto al consumo de alcohol.
- Reducir los usos problemáticos del alcohol.
- Retrasar la edad de inicio del consumo del alcohol y otras drogas.
- Evitar la progresión en el consumo y disminuir los consumos del alcohol y otras drogas: moderar el consumo o abandonarlo.
- Favorecer la toma de decisiones en situaciones de riesgo.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO SEGÚN FASES

1ª fase planificación y diseño

- Reunirse con los centros educativos para recoger su demanda.
- Acordar y planificar las sesiones de intervención.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase de implementación y ejecución

- Desarrollo las sesiones de intervención.

3ª fase evaluación

- Revisión del trabajo realizado.
- Recogida de nuevas propuestas.
- Recogida de indicadores de proceso y resultados.

EVALUACIÓN

INDICADORES DE PROCESO:

- Nº de centros que participa en el programa.
- Nº de personas que participan en el programa.

INDICADORES DE RESULTADO:

- Encuestas de satisfacción.
- Evaluación a través de escalas de percepción de riesgo asociados al consumo de alcohol.
- Evaluación a través de escalas de intención de consumo.
- Escala de consumo de drogas.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se llevarán a cabo dos tipos de evaluación, una evaluación continua y otra evaluación final, cada una de ellas con características específicas.

La evaluación continua se realiza durante el desarrollo de los proyectos y al finalizar cada año en forma de memoria, siendo en su mayoría informes que recogerán indicadores de proceso, como la opinión de los participantes, actividades realizadas, etc. Estos documentos estarán dirigidos a recoger las opiniones en relación al trabajo que se ha ido realizando para poder hacer mejoras continuas, optimizar así nuestro trabajo y valorar las coordinaciones que se han tenido con diferentes agentes. Por tanto, podemos decir que la evaluación continua la utilizaremos como instrumento de mejora y memoria de las actuaciones realizadas.

Para poder llevar a cabo una adecuada evaluación tenemos que tener en cuenta la estructura donde se integran todos los proyectos que se desean implementar. Por esta razón, por un lado nos centraremos en diferentes factores que rodean el proyecto como el departamento al que pertenece dicho proyecto, la coordinación que se realiza para su desarrollo, el proceso de implementación, la fase de evaluación del propio proyecto, las propuestas de mejora que plantea el equipo... Por otro lado, pondremos atención en la propia implementación del proyecto evaluando las diferentes áreas que lo integran.

El proceso de evaluación exige un proceso de seguimiento, mejora y evaluación constante durante el diseño e implementación de cada proyecto y una evaluación final de todos los proyectos implementados. Creemos que este planteamiento de trabajo dinámico y flexible tanto en el momento de implementar los proyectos como cuando se realiza una evaluación final, ayudan a ajustar cada intervención a la realidad y las necesidades del momento.

La evaluación continua es una herramienta que nos posibilita ir mejorando los procesos mientras los estamos realizando, pero no tenemos que olvidar que, siendo necesario mejorar de una manera continua, no es menos importante hacer una evaluación final para poder tener una visión global y, de esta manera, hacer mejoras para futuros Planes. La evaluación final, por tanto, nos ayuda a tener en cuenta diferentes aspectos para poder implementar otra vez los proyectos con las mejoras que puedan necesitar y, en este caso, para poder elaborar posteriormente un nuevo Plan. Gracias a este tipo de evaluación podemos conocer el cumplimiento de los objetivos que se han planteado, conocer los niveles de satisfacción de los agentes participantes respecto al resultado obtenido y, entre otras cosas, reflexionar y recoger las propuestas de futuro.

Para poder desarrollar la evaluación de una manera adecuada, se tienen que desarrollar diferentes actividades como la elaboración de herramientas de recogida de información, entrevistas con los agentes participantes, análisis de la información recogida, devoluciones, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Corcuera Bilbao N., Bilbao Gaztañaga M., y Longo Imatz O. (2017). *Diagnóstico de la situación de la juventud en Euskadi 2017*. Observatorio Vasco de la Juventud. Bilbao.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2013). *Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

COMUNICACIONES E INFORMACIONES. COMISIÓN EUROPEA. *Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2017-2020)*. C215. Diario Oficial de la Unión Europea,(05.07.2017)

COMUNICACIONES E INFORMACIONES. COMISIÓN EUROPEA. *Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)*. C402. Diario Oficial de la Unión Europea,(30.11.2012)

Elzo J. (2009) *La transmisión de valores a menores*. ARARTEKO

Garmendia M., Jimenez e., Casado M.A., y Mascheroni G. (2016). *Riesgos y oportunidades en internet y el uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015)*. Net Children Go Mobile. Madrid. Red.es. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.

Garmendia M., Garitaonandia C., Martínez G., Casado M. A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbao: EU Kids Online.

GOBIERNO VASCO. Dirección de Drogodependencias, Departamento de Sanidad y Consumo. *VII Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2017-2021*. Vitoria-Gasteiz.

Lamarca I. (2011) *Infancias vulnerables*. ARARTEKO.

Megías I., Rodríguez E., Lasén A. (2014). *Jóvenes y comunicación. La impronta de lo virtual*. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS. *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICOMANÍAS. *Informe anual 2011. El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Informe anual. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea (2011).

SIIS, CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS. *Euskadi y drogas 2012* . Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco (2013).