



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Atención a drogodependencias en la Comunidad
Autónoma de Aragón
Attention to drug dependences in the autonomous
community of Aragón

Autor/es

Marta Unsain Rubio

Director/es

Gonzalo García Prado

Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo
Año 2021

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
HIPÓTESIS	6
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	7
MARCO TEÓRICO	8
¿Qué son las drogas? Tipos, características, riesgos, etc.	8
Desarrollo histórico de proyectos y programas de intervención en materia de drogodependencias	10
Perfil del consumidor y valores asociados a este	12
Zonas de mayor consumo	12
Factores de riesgo y consecuencias del consumo	14
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	16
Prevención	16
Situación actual en Aragón	17
Prevención y atención	24
Recursos	32
Evaluación	34
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	23
Tabla 2.....	29

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es realizar un análisis de la evolución de los Planes Autonómicos de Aragón en materia de drogodependencia desde el año 2004 hasta el 2024. Para ello se ha realizado una investigación previa acerca de la situación actual, causas y consecuencias, zonas de mayor consumo y otros datos de interés en relación al consumo de sustancias adictivas con el fin de establecer un marco teórico desde el que empezar a trabajar. Además, se ha profundizado en cada uno de los apartados de los Planes Autonómicos para poder realizar una comparativa entre ellos a lo largo del tiempo realizando una distinción clara entre prevención y asistencia, teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone.

Palabras clave: Plan Autonómico, adicción, drogodependencia, asistencia, prevención.

ABSTRACT

The main purpose of this project is to analyze the evolution of the Autonomic Plans in Aragón in terms of drug addiction between 2004 and 2024. For this, a previous investigation has been done about the actual situation, cause and consequences, areas where the consumption is higher and further information related to drug consumption with the aim of establishing a framework to start working. Additionally, a deep research has been carried out studying each section of the Autonomic Plans with a view to compare between them throughout the years distinguishing among prevention and assistance, taking into account the resources available.

Key Words: Autonomic Plan, Addiction, Drug Dependency, assistance, prevention.

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas es un problema que encontramos a la orden del día y la realización de un buen plan de prevención debe considerarse una de las prioridades de los gobiernos autonómicos. Es por esto que el objetivo fundamental de este trabajo es realizar una comparación de tres Planes elaborados por el Gobierno de Aragón entre los años 2005 y 2024 para llevar a cabo la prevención de este consumo.

La razón por la que se va a realizar este estudio es el desconocimiento por parte de la población de a pie de la existencia, utilización y contenido de estos planes, además de la poca importancia que se les da desde la ciudadanía ya que, el consumo de drogas es un tema tabú en la actualidad.

Esta investigación se lleva a cabo a través de una revisión y consulta bibliográfica mediante fuentes secundarias con el objetivo de realizar un estudio completo sobre el tema escogido, centrado en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Para ello, se realizará una búsqueda previa de información para conocer la evolución del consumo de drogas, los principales grupos de población afectados, así como las razones por las que comienza dicho consumo y las consecuencias que conlleva.

Otro de los principales puntos a tener en cuenta a la hora de realizar el análisis de estos Planes, es identificar las carencias de estos y las posibles modificaciones que sería necesario incluir, así como resaltar las novedades que se han ido teniendo en cuenta con el paso de los años y la aparición de drogas modernas.

HIPÓTESIS

En este proyecto podemos plantear varias hipótesis:

1. A pesar del esfuerzo y creación por parte del Gobierno de Aragón de planes de prevención de adicciones, no se ponen en práctica de la manera adecuada.
2. Cada vez se normaliza más el consumo de drogas y, por lo tanto, aumenta su consumo.
3. Influyen factores psicosociales y económicos en el consumo de drogas.
4. Cada vez es más temprano el contacto con las drogas debido a que los jóvenes siguen conductas de riesgo y lo consideran un juego, no una adicción.
5. Con el paso de los años y la creación de nuevos tipos de drogas, su consumo se ha visto modificado.
6. El consumo de drogas entre los jóvenes suele producirse en momentos de ocio.

OBJETIVOS

En cuanto a los objetivos, podemos diferenciar los generales y los específicos.

Objetivo general 1. Conocer la situación actual en el consumo de drogas.

Objetivos específicos:

- 1.1. Estudiar la evolución en el consumo de drogas.
- 1.2. Establecer los principales grupos de población que consumen, así como sus características.
- 1.3. Observar las zonas de mayor consumo en España.
- 1.4. Distinguir las causas y las consecuencias por las que se produce el consumo.

Objetivo general 2. Valorar la evolución en los Planes Autonómicos sobre Drogodependencias y otras sustancias adictivas de Aragón.

Objetivos específicos:

- 2.1. Estudiar cada uno de los Planes elaborados por el Gobierno de Aragón.
- 2.2. Encontrar las similitudes y las diferencias entre ellos.
- 2.3. Lograr identificar una evolución significativa en ellos.
- 2.4. Concretar las insuficiencias y deficiencias que presentan.

METODOLOGÍA

A la hora de realizar cualquier tipo de investigación se debe tener en cuenta la manera en la que se va a obtener información, es decir, la metodología que se va a utilizar en el estudio del tema a tratar. La situación actual hace mucho más complicado el acceder a un gran número de personas para realizar cuestionarios o entrevistas por lo que, finalmente, se ha optado por una metodología cualitativa, a través de la revisión y análisis bibliográfico de los Planes Autonómicos sobre drogodependencias y otras conductas adictivas del Gobierno de Aragón desde el año 2005 al 2024.

Esta investigación se ha llevado a cabo a partir de fuentes indirectas como puede ser la recopilación documental, de artículos, webs, informes, etc. Relacionados con el tema a investigar. La clasificación de dicha investigación ha sido de carácter descriptivo, no experimental, ya que se basa en la búsqueda de información, principalmente, procediendo esta de fuentes secundarias previamente tratadas por otros investigadores o instituciones.

Para ello, se llevará a cabo previamente la realización de un marco teórico en el que se recopilará la información necesaria para contextualizar el tema a tratar, en este caso, el consumo de drogas. Después de esto, se analizará el contenido de los Planes Autonómicos y, por último, se elaborarán unas conclusiones acordes a lo estudiado y se indicará si se han conseguido o no los objetivos planteados.

MARCO TEÓRICO

¿Qué son las drogas? Tipos, características, riesgos, etc.

Según la Real Academia Española (2014) podemos definir el término “droga” como: “Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.”

Además de referirse a ella también como: “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.”

(Real Academia Española, 2014, definición 2)

Existen numerosos tipos de drogas, pudiéndose clasificar de diversas formas como puede ser según sus efectos en el sistema nervioso central, las cuales pueden ser depresoras, estimulantes o excitantes y alucinógenas. Además, podemos diferenciar las que pueden consumirse y adquirirse de forma legal y las que, por el contrario, se consumen y consiguen de manera ilegal.

Según el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, en su Plan Nacional sobre Drogas, las consecuencias del consumo crean una problemática social y sanitaria que afecta a todo el país, estableciendo una diferenciación entre:

1. **Tabaco:** estimula el SNC y, la nicotina que contiene, es la causa de la dependencia que crea en sus consumidores. Produce más de 4000 productos tóxicos mientras está en combustión, destacando unos sobre otros según la peligrosidad de sus consecuencias.
Su consumo produce efectos a corto y a largo plazo encontrándose entre los primeros: aumento de catarros, tos y fatiga, pérdida de rendimiento y de apetito, aparición de arrugas en la cara, manchas en uñas, dedos y dientes, problemas bucales, mal aliento y olor corporal.
En cuanto a las consecuencias a largo plazo podemos encontrar 10 tipos de cáncer distintos, enfermedades respiratorias, accidentes cerebrovasculares, úlceras, impotencia sexual en hombres, cardiopatías coronarias, etc. Existiendo también algunas específicas en las mujeres como el aumento de la posibilidad de sufrir un infarto si utilizan anticonceptivos orales, adelanto de la menopausia y mayor riesgo de padecer osteoporosis. Además, su consumo incrementa en un 70% las probabilidades de morir de forma prematura variando, dependiendo de: el tiempo de consumo, de su cantidad y de la marca de tabaco consumida, entre otros motivos.
Por último, no se debe dejar de tener en cuenta a los fumadores pasivos, especialmente si son menores o embarazadas ya que puede producir también en ellos consecuencias nocivas para su salud.
2. **Cigarrillos electrónicos:** no son una buena alternativa en cuanto al consumo de tabaco ya que contiene sustancias similares igualmente nocivas para la salud, es por esto que no se recomiendan para intentar dejar de fumar. Además, se desconocen todavía sus consecuencias a medio y largo plazo y constituyen una de las formas más fáciles y comunes de que los jóvenes se inicien en el consumo de tabaco.
3. **Alcohol:** se trata de una droga clasificada como depresora del SNC. Esta produce disminución del sentido de autocontrol y desinhibe, por lo que puede parecer un estimulante.
Las bebidas alcohólicas se pueden clasificar en: fermentadas (cerveza, vino) y espirituosas o destiladas (ron, vodka, ginebra).
Los efectos inmediatos que sufre el cuerpo de un consumidor de alcohol varían dependiendo de diversas circunstancias a tener en cuenta como puede ser:

- La edad: a mayor edad menor resistencia a los efectos sedantes y descoordinación motora que produce la ingesta de alcohol. En cambio, a menor edad, mayor sensibilidad a efectos relacionados con memoria y aprendizaje.
- Peso y sexo: afecta de mayor manera a las personas con menor peso y tamaño, habitualmente mujeres.
- Cantidad y rapidez de ingesta: a mayor ingesta en un periodo corto de tiempo, mayor posibilidad de que se produzca una intoxicación.
- Combinación con bebidas carbónicas.
- Ingestión simultánea de comida. No evita los efectos pero ralentiza su aparición.
- Combinación con otras sustancias: dependiendo de cuál sea la sustancia, los efectos se modifican.

Entre los efectos a corto plazo que podemos encontrar es la intoxicación etílica, que puede conllevar peores consecuencias como la muerte o el coma, y la aparición de conductas de riesgo debido a la sensación de falsa seguridad que la ingesta provoca. Estas conductas pueden producir accidentes de tráfico, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Por otro lado, los efectos crónicos que produce están relacionados tanto con problemas de salud, así como con conflictos sociales y familiares. Algunos de estos son: cáncer, cirrosis hepática, demencia, psicosis, agresividad, cardiopatías, etc. Pero, sin duda, una de las consecuencias más graves es la dependencia alcohólica o alcoholismo, definida por el Ministerio de Sanidad de Gobierno de España como: “enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.” El riesgo de padecerla dependerá de la vulnerabilidad de cada individuo, de la edad de inicio y de la cantidad que se consume.

4. **Cannabis:** droga extraída de Cannabis sativa, planta a partir de la que se elabora el hachís y la marihuana. Habitualmente se consumen mezclados con tabaco, a través de cigarrillos liados, lo que produce que sus efectos se perciban casi de inmediato, con una durabilidad de entre dos y tres horas.

Los efectos inmediatos que produce en el organismo se deben a la activación del sistema cannabinoide endógeno que controla funciones de comportamiento, dolor, emociones, etc. Entre los efectos que puede producir, el principal es la llamada “borrachea cannábica” que conlleva sequedad bucal, empeoramiento del tiempo de reacción y atención, alegría desmedida, enrojecimiento ocular, relajación, etc.

Por otro lado, los efectos que produce un consumo habitual están relacionados con enfermedades cardiorrespiratorias, depresiones y psicosis. Provoca dificultades en el estudio, concentración y atención, genera ansiedad y puede provocar la aparición de trastornos mentales en personas que tienen cierta predisposición de sufrirlos.

Además, existen diversos factores que indican que una persona es adicta al consumo de cannabis como puede ser el abandono de grupos de amigos que no consuman, problemas de rendimiento escolar y laboral, agresividad, nerviosismo, dificultad para dormir sin consumir cannabis, desinterés por actividades no relacionadas con el consumo, etc.

Existen diversos grupos de personas con mayor riesgo a sufrir algunos de los efectos anteriores: adolescentes, conductores, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia, personas que se encuentran cursando algún tipo de estudio e individuos con enfermedades previas.

5. **Cocaína:** Estimula el SNC y es una de las sustancias que genera más adicción. Se puede consumir esnifada, inyectada, fumada, etc., con efectos más intensos e inmediatos que mascando la hoja de coca de la que procede por lo que, como se ha indicado anteriormente, es más adictiva. Podemos encontrar varios tipos de preparados a partir de esta como puede ser la cocaína en polvo, el basuko o el crack.

Los principales efectos inmediatos que produce son: euforia, aumento de la presión arterial, del ritmo cardíaco y de la sensación de energía, disminución del apetito, estado de alerta, contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, etc.

La adicción a esta sustancia se produce principalmente porque reduce el placer que una persona puede experimentar de forma natural ya que modifica los circuitos cerebrales que se encargan de producir gratificación.

Los efectos son distintos a medio y largo plazo ya que, además de la adicción puede provocar problemas psicológicos y físicos, sobre todo en el funcionamiento cerebral, el aparato respiratorio y circulatorio, sin dejar de lado los que se producen dependiendo de la vía de consumo.

6. **Heroína:** Sustancia derivada del opio y sintetizada a partir de la morfina. Esta puede ser adulterada con ciertas sustancias causando problemas médicos y contribuyendo a su contaminación con virus o bacterias. Existen diferentes formas de consumo siendo la inyectada y la fumada las formas más rápidas de conseguir efectos.

Entre los principales efectos inmediatos podemos encontrar la activación de manera artificial del sistema opioide que produce síndrome de abstinencia si se deja de consumir dicha sustancia. En el momento en que llega al cerebro, produce una sensación de euforia y calma, con diferentes grados de intensidad dependiendo de la cantidad ingerida y de la rapidez de absorción. Produce sequedad bucal, náuseas y vómitos, depresión respiratoria, supresión del dolor, etc., además de las prácticas de riesgo que se relacionan con su ingesta.

Debido a su fuerte capacidad adictiva, se produce tolerancia, lo que hace que el consumidor aumente la dosis de consumo para tener la misma sensación que cuando comenzó a consumir heroína y, con el paso del tiempo, lo que busca el consumidor es eliminar la sensación de malestar que le provoca la ausencia de esta sustancia en su cuerpo.

Además, fomenta el aislamiento del heroinómano y la pérdida de responsabilidad sobre sí mismo y sobre su entorno.

7. **Drogas de síntesis:** grupo de sustancias en el que se incluye el éxtasis, la ketamina, el PCP, etc., que se producen a partir de la síntesis química. Por lo general están compuestos de derivados anfetamínicos o de otras sustancias con efectos estimulantes o alucinógenos. Son altamente peligrosas debido a la incertidumbre de su composición y la imprevisibilidad de sus efectos.
8. **Nuevas sustancias psicoactivas:** en este grupo podemos encontrar la metanfetamina, el éxtasis líquido, la ketamina o el m-CPP.

Desarrollo histórico de proyectos y programas de intervención en materia de drogodependencias

Según Emiliano Martín (2007), se puede situar el inicio del problema relacionado con la drogodependencia entre 1975 y 1985 ya que, en este primer año, se comenzaron a expandir los primeros grupos de drogas ilegales en España y, en 1985, encontramos el desarrollo y aprobación del primer Plan Nacional sobre Drogas, considerado como la primera iniciativa contra la drogodependencia en nuestro país.

Anterior a esta época, el alcohol era la sustancia más consumida por la población y, por lo tanto, el único servicio asistencial en materia de adicción eran los llamados Dispensarios Alcohólicos pero, es a partir de los ochenta cuando comienza a consumirse una nueva sustancia, la heroína.

Las instituciones apenas daban solución a esta nueva problemática y, Cataluña y País Vasco, fueron las primeras comunidades que se dotaron de competencias con características similares, proponiendo los primeros programas públicos sobre drogodependencias. Estos contaban con equipos multidisciplinares y redes asistenciales en esta materia que, a pesar de ello, ofrecían servicios muy pobres y poca oferta en relación con la demanda ya instaurada entre la sociedad. Por esto, muchas de las veces, se ofrecían más servicios asistenciales desde la iniciativa social, en numerosas ocasiones provenientes de asociaciones de familias afectadas.

Pero son asociaciones como “El Patriarca” y “Proyecto Hombre” las que comienzan a ofrecer servicios terapéuticos y “granjas” para ayudar a los afectados. Estas últimas se encontraban en el medio rural, eran autosuficientes y estaban aisladas de la realidad.

A pesar de los esfuerzos de estas asociaciones por ofrecer servicios asistenciales, la prevención queda en un segundo plano, con alguna iniciativa puntual, de escasa durabilidad y carácter meramente informativo.

Es en 1985, como se ha indicado anteriormente, cuando se le empieza a dar una mayor importancia al tratamiento de las adicciones cuando, después del Plan Nacional, se comienzan a aprobar los distintos Planes Autonómicos y municipales que supusieron una profundización en materia de políticas sobre drogas. A raíz de este fenómeno, se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la finalidad de coordinar dicho Plan.

El impulso de estos planes suponía un modelo institucional para marcar las políticas que se llevaran a cabo en España en materia de adicciones y, principalmente, que se posibilitaran redes de atención, con un incremento de recursos humanos implicados.

Es entonces cuando se conceptualiza el concepto de red asistencial con programas, servicios y recursos capaces de adaptarse a todas las circunstancias y casos concretos, abordando tanto los componentes biológicos como los psicológicos y sociales, continuando con una escasa prevención.

En los 90 se produce un cambio en relación a los hábitos de consumo y descenso de la presencia de la heroína como droga de consumo principal y es en este momento cuando se desarrollan los programas de reducción de daños, fomentados sobre todo por la aparición del SIDA.

Además, se comienza a visualizar la necesidad de profundizar en la prevención, sobre todo en el ámbito escolar ya que el uso recreativo y de fin de semana de drogas entre los jóvenes comienza a ser el principal problema de consumo, lo que puso a España entre los países europeos con mayores avances en el ámbito preventivo.

Por último, es en 1999 cuando se observa la necesidad de revisar estos Planes ya que las sustancias consumidas entre la población son diferentes, así como sus formas de consumo y el perfil de los adictos. Por eso, en 2004 surge un nuevo Plan Nacional, con sus respectivos Planes Autonómicos, como los de Aragón, que se analizarán próximamente.

Perfil del consumidor y valores asociados a este

Según un estudio realizado por Fundación “la Caixa” (2000), el perfil de los consumidores de drogas legales en España está predominado por hombres, jóvenes, personas de mediana edad y en edad activa económicamente, además, no se encuentran diferencias significativas entre distintas creencias ideológicas y religiosas. En cambio, en el caso del tabaco y el alcohol, se observan distinciones en el consumo dependiendo de la situación personal, social e individual de cada individuo, siendo mayor la tasa de consumo de las personas con mayor grado de insatisfacción personal y en situaciones problemáticas.

Por otro lado, fijándonos en los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos, encontramos que los mayores consumidores son personas de mediana edad o mayores y principalmente pensionistas o amas de casa.

En cambio, los consumidores principales de sustancias ilegales son hombres, de entre 15 y 29 años, tanto parados como activos, de ideología de izquierdas y en situaciones problemáticas.

Este mismo estudio establece una relación entre el consumo de diferentes tipos de drogas y los valores sociales que tienen estos consumidores, es decir, explicar en qué medida puede verse favorecido el consumo dependiendo de los valores que tienen los individuos.

Entre los resultados se observa que existen valores que no tienen una correlación demostrable, otros que tienen una correlación positiva, y otros, negativa, teniendo ambas, diferente peso y fuerza en relación con el consumo.

Se puede observar que las personas que consumen más drogas son las que se consideran egocéntricas, asociales, presentistas y arreligiosas, pudiéndose explicar con la búsqueda de una mejora en la satisfacción personal de estos individuos y de la ruptura de la norma. También encontramos un mayor índice de consumo en la población considerada “xenófoba asocial”, siendo este de forma masiva. Por otro lado, los individuos con un mayor altruismo y con carácter integrador y normativo, son lo que menos consumen este tipo de sustancias.

Se puede afirmar pues, según este estudio, que el principal factor de riesgo son las posturas materialistas y postmaterialistas, en cambio, el principal factor de protección es la conciencia tanto cívica como política. Además, si se tiene como individuo de referencia a un adulto, se puede afirmar que como factor de protección se encuentra a una persona familiar, normativa y conservadora, y, otra ventajista, en cambio, como factor de riesgo.

Se puede tomar como conclusión de este estudio que, los valores que se identifican como factor de protección son aquellos que las sociedades consideran como “deseables”, en cambio, las personas que poseen valores relacionados con el factor de riesgo, carecen de los anteriores, pero, no significa que no posean ningún otro.

Zonas de mayor consumo

Según un Informe realizado por el Gobierno de España en 2019 sobre sustancias adictivas, se puede observar la diferencia de edad de inicio de consumo o de prevalencia del mismo en las diferentes comunidades autónomas entre población de 15 a 64 años.

Así, se establece que en ese año la comunidad en la que antes se comienza a consumir alcohol en España es Aragón con una media de 16 años, 0,6 por debajo de esta. En cambio, la más tardía es Melilla, con una media de 17,8.

Por otro lado, la edad media de inicio en el consumo de tabaco se encuentra en 16,6 años, con Aragón en el segundo puesto de prematuridad, solamente superado con 0,2 años por Cantabria.

Por último, en cuanto al cannabis, la media española de inicio de consumo en 2019 era de 18,4 años y la comunidad en la que antes se comenzaba a consumir era Murcia, dejando a Aragón por debajo de la media pero empatada con otras comunidades autónomas como Andalucía o Madrid.

Dejando de lado las edades medias de inicio en las drogas y si se observa el porcentaje de prevalencia de consumo de dichas sustancias, se puede observar que en cuanto al alcohol existe un 91,2% de la población española que lo ha consumido al menos una vez en la vida, reduciéndose este consumo a 75,2 y 62,7 si se tiene en cuenta su ingesta en los últimos 12 meses o 30 días, respectivamente.

En el primero de los casos, Aragón se encuentra en una posición más baja de la media nacional, con un 89,3, superada por 15 comunidades autónomas, en cambio, en el segundo y el tercer caso supera ambas medias con un 75,7 y un 64,0, respectivamente. Por otro lado, se puede observar que la prevalencia de borracheras y botellones en Aragón tanto en los últimos 12 meses, como en los últimos 30 días es inferior a la media española, lo que puede llevar a plantear que, los consumidores habituales de alcohol en Aragón son personas que tienen instaurada esa costumbre por el modo de vida típico del sur de Europa.

En lo que al tabaco se refiere, el 69,7 por ciento de la población española afirma haberlo consumido alguna vez en la vida y, en el caso de Aragón, se acerca bastante a este porcentaje contando con la cifra de 69,5, algo debajo de la media, en cambio, si se tiene en cuenta el consumo en los últimos 12 meses, esta comunidad supera la media siendo los porcentajes de 43,5 y 40,9, respectivamente.

Al referirse al consumo en los últimos 30 días y consumo diario en esos 30 días, Aragón también supera la media nacional ya que, en el primer de los casos, esta se encuentra en 28,8 y Aragón en 42,0, y en la segunda, 34,0 y 36,8 %, por lo que se puede concluir que, la población aragonesa adicta a esta sustancia supera la media española.

Por último, analiza también el consumo de cannabis estableciendo las mismas categorías: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. En la primera, la media española es del 35,2% de la población y Aragón se posiciona por debajo de esta con un 34,8 %. En el último año, la media baja considerablemente siendo un 11% de los españoles los que han consumido esta sustancia y, en el caso de Aragón, un 9,6 %. En cuanto al último mes, un 9,1% de la población española consumió cannabis y un 8,4% de la aragonesa.

Por lo tanto y en resumen, Aragón supera la media española en consumo de tabaco y alcohol, liderando el inicio de su consumo en el segundo de ellos y, en el caso del cannabis, no alcanza dicha media.

Factores de riesgo y consecuencias del consumo

“Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas.” (Secades y Fernández, 2001, p.7).

Estos factores se pueden clasificar en cuatro grandes grupos con sus correspondientes características:

1. Familiares: dentro de este grupo, se pueden encontrar diversas causas por las que un individuo puede verse atraído por consumir ciertas sustancias como pueden ser la sobreprotección parental, la mala comunicación entre padres e hijos, una sobre exigencia o una mala relación familiar y de pareja, sin olvidar el propio consumo de los progenitores.
2. Sociales: la falta de sentido de pertenencia en un grupo de iguales, de participación social, sentimiento de marginalidad y ausencia de valores pueden llevar a que un individuo comience a consumir droga dada la facilidad con la que se puede acceder a ella en la actualidad.
3. Personales: principalmente forman parte de este apartado los sentimientos de inseguridad, tensión, insatisfacción o agobio que el consumidor quiere eliminar de su vida.
4. Laborales: básicamente son los mismos que los personales pero, en este caso, relacionados con el empleo, bien puede ser por la falta de este o por un exceso de carga del mismo.

Por otro lado, encontramos las siguientes consecuencias relacionadas con el consumo de drogas según Martín Moral y Lorenzo Fernández (2009):

- Reacciones antisociales: el individuo dependiente de estas sustancias realizará cualquier acto que pueda traspasar las barreras morales para poder conseguir dicha sustancia. Estos actos pueden ser desde hurtos a homicidios, suicidios, prostitución, etc.
- Síndrome de déficit de actividad: comprende pérdida de actividad motora y de capacidades cognitivas, así como aislamiento, pasividad, etc.
- Infecciones y disminución de las defensas: se produce una falta de asepsia por lo que el consumo de droga inyectada puede producir infecciones diversas como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), paludismo, hepatitis viral, etc. Además, debido a la asepsia, puede darse inmunodepresión en los consumidores, lo que conlleva una mayor vulnerabilidad a otros tipos de enfermedades.
- Peligro de sobredosificación: producida por un consumo máximo después de un periodo de abstinencia ya que, lo que antes para el individuo era una cantidad de consumo normal, después del periodo sin consumir es excesiva. Se suele producir cuando este consumo se produce por vía intravenosa y puede provocar muerte por depresión respiratoria.
- Riesgo de “escalada”: producto de factores psicológicos y sociales que consiste en que hay una mayor probabilidad de que un individuo consuma drogas de síntesis, cocaína, etc., si antes dicho individuo ha sido consumidor habitual o abusivo del alcohol o el cannabis. Estas últimas se denominan “drogas estratégicas” ya que para las personas que las consumen habitualmente, es mucho más fácil traspasar más frenos normativos e iniciarse en el consumo de otros tipos de sustancias. También se debe tener en cuenta que, los lugares frecuentados por este tipo de individuos lo están, también, por consumidores de drogas más agresivas y que, en la mayoría de los casos, los distribuidores de cannabis también vendan otro tipo de drogas.

- Riesgo de recaída: cada vez es mayor el pensamiento relacionado a que el consumo de cannabis durante periodos de no consumo de otras sustancias no favorece la desintoxicación sino que, es más fácil que se produzca una recaída.
- Efectos tóxicos específicos: efectos propios de cada droga.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Prevención

La problemática de la drogadicción afecta no solo a la salud del consumidor sino a su economía, relaciones sociales y familiares, vida laboral, etc., por eso, debemos hacer especial hincapié en la forma en la que se lleva a cabo la tarea de prevención y darle la importancia que merece.

Podemos definir la palabra “prevención” según la Real Academia Española (2014), como: “Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.” (Real Academia Española, 2014, definición 2)

Desde el trabajo social, siempre se ha realizado desde el asistencialismo, lo que supone un impedimento para que el individuo en cuestión transforme la realidad en la que se desarrolla y sea protagonista de su propio cambio. Esto es así debido a que el rol del trabajador social muchas veces es limitado a una burocratización e institucionalización de sus funciones, en lugar de emplearse a fondo con el empoderamiento del usuario para que no termine dependiendo de ciertas políticas sociales que no fomentan su desarrollo social.

Esta prevención se debe realizar de diferentes maneras como puede ser el fomento de hábitos saludables en la población, sensibilizar acerca de los efectos que producen las drogas, fortalecer recursos tanto sociales como personales para saber imponerse a la presión social referida al consumo y para enfrentar el problema en general, etc.

Siempre se debe tener en cuenta, a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de prevención, que los consumidores tienen una historia detrás, con unas características personales y familiares y unas condiciones concretas que le llevan a comportarse de esa manera. Por eso, se debe tener claro que cada persona es diferente a las demás y que, el consumidor también debe ser conocedor de esta situación para que realice los cambios oportunos y evolucione.

Los gobiernos autonómicos son conscientes de la importancia de llevar a cabo una buena prevención por lo que, realizan cada cierto tiempo un plan autonómico sobre drogodependencias y conductas adictivas. A continuación, se llevará a cabo un análisis y comparación de los realizados por el Gobierno de Aragón desde el año 2005 hasta el 2024.

En estos tres Planes se trata tanto la asistencia y reducción de daños frente al consumo de sustancias adictivas como su prevención, siendo esta última la que más preocupa y, el fin mismo de los Planes, aunque, a pesar de eso, se dedica mucho más dinero, infraestructuras y profesionales al asistencialismo.

A la hora de realizar el análisis y comparación del contenido de estos documentos, se tendrán en cuenta cuatro puntos diferentes: situación en el momento de la elaboración de ese Plan en la comunidad de Aragón, prevención y atención, recursos y evaluación.

En el punto de partida del I Plan, encontramos una actividad asistencial principal e insuficiente en Aragón, a pesar de que, en 1985 con el Plan Nacional sobre Drogas, las administraciones se propusieron crear una red pública que garantizara tanto la asistencia frente a estos problemas como su prevención, coordinando

estas propuestas en el ámbito estatal. El Estado apoyaría su financiación y las comunidades realizarían estas redes conveniadas con diferentes instituciones.

Aragón creó varios Centros de Drogodependencias comarcales subvencionando a diversas entidades privadas que se ocuparían del problema, además, el Ayuntamiento de Zaragoza creó recursos de atención y seguimiento propios y se puso en marcha una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria por parte de la Diputación Provincial de Zaragoza.

Es en los 80, con la aparición del VIH y el SIDA, cuando se incluyeron programas de reducción de daños a la oferta asistencial para tratar esta problemática como un problema más de salud e intentar mejorar la calidad de vida del individuo afectado teniendo en cuenta el contexto y circunstancias propias de este.

En el II Plan se observan cambios en los perfiles de consumo, con un descenso de la edad de inicio, un aumento en la relación entre este y los espacios y tiempos de ocio, nuevos contextos relacionados con el impacto de la inmigración y un aumento de los trastornos mentales producidos por el consumo, así como la incorporación de nuevas adicciones a prevenir.

Además, se realiza una evaluación de las conclusiones del I Plan que sirven de orientación para elaborar los siguientes, pudiéndose observar que las intervenciones en prevención y la reorganización de los recursos asistenciales tuvieron un impacto positivo.

Por último, en el III Plan, se añaden diferentes tipos de adicciones que no son producidas por el consumo de ninguna sustancia y se observa la necesidad de realizar una mejora en la organización y utilización de los recursos locales dirigidos a la prevención.

En cuanto a la dotación presupuestaria, se puede observar un aumento gradual del dinero invertido en el tratamiento y prevención de adicciones, siendo siempre mayor la cantidad utilizada para el tratamiento y reducción de daños que para tareas preventivas.

Situación actual en Aragón

En el I Plan se plantea la situación en la que se encontraba Aragón en el año 2001/2002 respecto al consumo de drogas. Se puede observar que la sustancia más consumida era el alcohol creando el mayor problema de drogodependencia en esta comunidad, tanto entre la población joven como hasta los 64 años.

El consumo de tabaco y heroína en cambio, se estabilizaron, pudiéndose ver en años posteriores los problemas que acarrea el consumo de esa sustancia. Por otro lado, el de los medicamentos psicoactivos va en aumento y la ludopatía se comienza a considerar un grave problema. Esto se puede explicar, en parte, por el aumento en la facilidad de acceso a estas sustancias.

Respecto a la población aragonesa en edad escolar, de entre 14 y 18 años, se puede observar que la percepción de riesgo en relación al consumo es cada vez más baja por lo que, el rechazo de estos jóvenes hacia el consumo es cada vez menor, lo que supone una actitud positiva frente a las drogas.

Según una encuesta domiciliaria realizada en el año 2001 sobre el consumo de drogas en Aragón, el consumo de tabaco aumentó entre los más jóvenes, estando por encima de la media nacional con un 41,6% frente a un 41,5%. En el caso de las bebidas alcohólicas, el número de consumidores diarios fue inferior a la

media, siendo en mayor medida hombres, además, entre los más jóvenes el consumo se incrementó los fines de semana frente a los días laborales.

El cannabis es la droga ilegal más consumida con un porcentaje superior de consumo entre los aragoneses respecto a la media española (31,6% y 24,4%, respectivamente). También se observa un aumento de consumidores entre los más jóvenes y, sobre todo, en varones, al igual que en el caso del éxtasis, con una edad media de inicio de 20,04 años, un poco por encima de la nacional.

En Aragón, la cocaína, al contrario que en España, es consumida en menor grado que el éxtasis, con un aumento respecto a los años anteriores. Las anfetaminas también se consumen en menor grado que el éxtasis con un 3,9% de la población siendo consumidores en algún momento de su vida.

En cuanto a los alucinógenos, la edad media de inicio del consumo es 18,73 años, con un mayor número de casos entre los hombres y con una incidencia de consumidores en algún momento de su vida del 3,4%. La heroína, en cambio, tiene la edad media de inicio de consumo en 20,7 años.

Por último, los tranquilizantes o somníferos son la sustancia con el inicio medio de consumo más tardío, encontrándose en 28,1 y 29,6 respectivamente, observándose un aumento en su consumo en los años anteriores al 2001, con unos porcentajes del 2,2% y 1,7% sin receta.

También se realizó una encuesta a la población escolar con la finalidad de realizar intervenciones destinadas a la reducción del consumo de sustancias adictivas así como de los problemas que producen.

Los objetivos de esta eran estimar la prevalencia del consumo, así como los patrones de este y características sociodemográficas que se pueden asociar a los consumidores, identificar factores de riesgo y el grado de exposición y receptividad de los alumnos frente a las intervenciones que se plantean, además de estimar las opiniones, conocimientos y actitudes en relación con el abuso de las drogas, la facilidad de acceso a ellas, la oferta y el consumo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Los lugares de mayor consumo son los espacios públicos.
- La proporción de consumidores es mayor a medida que la edad aumenta.
- El alcohol es la sustancia con un índice de mayor consumo, seguida por el tabaco.
- El cannabis es la sustancia ilegal con mayor número de consumidores, seguida del speed, la cocaína, el éxtasis, alucinógenos, tranquilizantes y sustancias volátiles, en ese orden.
- Existen diferencias en el consumo dependiendo del sexo, siendo las mujeres consumidoras en mayor cantidad de tabaco y tranquilizantes y similar en ambos sexos en la heroína.
- La continuidad en el consumo es más evidente en cannabis y cocaína con un 90%.

También se establecen ciertas variables que pueden influir en el consumo como el riesgo percibido, la percepción de accesibilidad, la información, la cantidad de dinero de la que disponen los alumnos y el tiempo de ocio. Respecto a la información, los estudiantes afirman que las principales fuentes de conocimiento son los medios de comunicación, sus familiares, amigos y profesores, y coinciden en que no son las más adecuadas, prefiriendo en su mayoría que se realizara con charlas de personas afectadas por estas sustancias o cursos relacionados con las adicciones.

Estos alumnos no consideran el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes como droga, en cambio, las que más conocen son el hachís, la cocaína y el éxtasis y en menor cantidad el speed, la heroína, los alucinógenos y otras sustancias volátiles. Además, el estudio termina concluyendo que la información que se ofrece a los estudiantes es insuficiente y poco realista ya que la actitud de estos hacia el consumo es positiva y aumenta con la edad.

Respecto a la ludopatía, España ocupa el primer puesto en gasto per cápita en juego, junto con Alemania, con entre un 1% y un 2% de prevalencia. Esta adicción está asociada al consumo de otras drogas como el alcohol y se encuentra relacionada con una baja autoestima, problemas en la comunicación y ausencia de habilidades sociales. En este caso, también se supera el consumo de varones frente a mujeres.

En el II Plan se plantea la evolución de la situación aragonesa respecto al I y afirma según varias encuestas realizadas a ciudadanos de diversas edades (14 a 64) que los elementos principales a analizar es el aumento del consumo recreativo y la normalización de este, además del policonsumo cada vez más extendido o el modelo de “atracción” en cuanto al consumo de alcohol.

Se observa que ha descendido el consumo de sustancias por vía parenteral, así como las infecciones por VIH y hepatitis relacionadas con el consumo pero que, continúa existiendo un gran número de antiguos consumidores de heroína usuarios de diversos programas, ya sea de reducción de riesgos o de tratamientos sustitutivos. También confirma que siguen apareciendo problemas de salud relacionados con las drogas pero que la mortalidad ha descendido.

Algunas de las conclusiones que se observan entre individuos menores de edad escolarizados son: el alcohol como sustancia más consumida seguida del tabaco, esta última con mayor prevalencia en las chicas, el cannabis es la droga ilegal más consumida, muy ligada al consumo del tabaco, los varones consumen más alcohol y otras sustancias ilegales, en cambio, las mujeres, más tabaco y tranquilizantes. El tabaco y el alcohol se consideran las sustancias más accesibles, seguidas del cannabis y los tranquilizantes y los adolescentes se consideran bien informados acerca del consumo, efectos y problemas que supone ya sea por sus padres, profesores y medios de comunicación.

En cuanto al alcohol, se observa que la prevalencia aumenta con la edad y que el mayor incremento se observa de los 15 a los 16 años, además de que los lugares más habituales de consumo siguen siendo espacios públicos abiertos.

También se produce una estabilización en su consumo en 2008 respecto al 2006, sin llegar a encontrar grandes diferencias entre sexos aunque a los 14 años la prevalencia es superior en las chicas, en cambio, el gran incremento de los chicos a los 14-18 años hacen que superen la media. Se producen también en menor cantidad entre las chicas las llamadas “borracheras”.

Se ha podido observar que depende también de la capacidad adquisitiva de los consumidores, siendo más frecuente este consumo en personas con bajo nivel adquisitivo. Además, un 22,5% de los aragoneses viajaron, como mínimo un día, como pasajeros en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol, quedando por debajo de la media nacional.

Respecto a los adultos, el consumo de alcohol sigue siendo muy elevado, con un incremento de borracheras y un descenso en el consumo diario, respecto años anteriores, siendo superior en hombres.

Las admisiones a tratamientos por alcohol aumentaron progresivamente así como el ingreso por urgencias debido al consumo de esta sustancia, siendo muy superior en hombres, adultos y en fin de semana.

El tabaco es la segunda droga más consumida tanto en adultos como en adolescentes y jóvenes aunque, continúa una tendencia decreciente en el número de fumadores, esto no se produce porque se inicien menos individuos en el consumo sino porque, ha aumentado considerablemente la cantidad de exfumadores.

Se observa también un incremento de consumidores respecto al año 2006, siendo en mayor cantidad mujeres. Además, también se observa que existe una mayor prevalencia entre personas con bajo nivel adquisitivo.

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida tanto en jóvenes como en adultos, teniendo en cuenta entre los primeros que, muchos de los consumidores solo son experimentales y estos cesan con el tiempo. Sigue existiendo mayor prevalencia en chicos que en chicas y en personas con baja capacidad adquisitiva. Además, la percepción del riesgo es mayor cuando se trata de consumo diario y no esporádico.

Se debe tener en cuenta, también, que en atención a drogodependientes, ha aumentado el número de usuarios en tratamientos por consumo de cannabis desde 2003, siendo la droga por la que más se han iniciado entre personas de 14 a 20 años.

En cuanto a la cocaína se observa una tendencia decreciente en el consumo desde el año 2002, siendo superior en chicos y en individuos que estudian ciclos formativos respecto a estudiantes de bachillerato o enseñanza superior obligatoria. Además, se puede considerar un factor importante para el descenso del consumo el aumento de percepción del riesgo entre los jóvenes.

También se puede observar que las admisiones por tratamiento relacionadas al consumo de cocaína han aumentado desde 2003 hasta 2009, con 190 en el primero y 394 en el segundo, principalmente por usuarios de 21 a 30 años.

Por último, la heroína, no tiene la misma relevancia que años anteriores pero está muy presente en los programas asistenciales como programas de reducción de daños, de mantenimiento con metadona, etc., siempre para antiguos consumidores. Además, respecto al Registro de infección por VIH en Aragón, ha descendido en el año 2009 los usuarios de drogas por vía parenteral hasta el 10, 2% de los casos.

El III Plan toma como referencia los resultados de las encuestas que se realizaron en el II y analiza su evolución hasta el año 2016/2017.

El alcohol continúa siendo la droga más consumida por la población aragonesa debido a una baja percepción del riesgo, inferior a la media nacional y a la facilidad de acceso a esta sustancia. La prevalencia es muy similar en chicos y chicas y desde el año 2012 existe una tendencia descendente, siendo el botellón más frecuente en las chicas. A pesar de que se mantiene en auge el consumo de atracón, se puede observar una disminución de las borracheras.

El tabaco sigue siendo la segunda sustancia más consumida por detrás del alcohol pero la edad de inicio de este ha tenido un pequeño incremento. Desde el año 2010 se ha observado un descenso en el consumo pero se mantiene en un 29,8% en 2016 y en cuanto al consumo diario desciende al 11,8%. Este descenso se

produce tanto en varones como en mujeres y la mitad de los estudiantes conviven con algún fumador, por lo que es mucho mayor el porcentaje de alumnos que imitan este comportamiento en comparación con los que no viven con fumadores. El uso de cigarrillos electrónicos también ha aumentado.

La tercera más consumida es el cannabis, siendo la primera ilegal con mayor prevalencia. También ha sufrido un descenso continuado tanto en chicos como en chicas, llegando a colocarse por primera vez en el año 2016 por debajo de la media española. Además, en 2016 se realizó por primera vez una diferenciación entre consumo problemático, de bajo riesgo y uso experimental, con porcentajes del 11, 19,7 y 69,3, respectivamente.

En cambio, el uso de hipnosedantes ha aumentado en relación a las encuestas realizadas en el II Plan siendo el 14,4% de los estudiantes encuestados en 2016 consumidores en alguna ocasión de este tipo de sustancia, aunque siempre se encuentra por debajo de la media española. El 6,5% de estos, sin receta médica y siendo más común en chicas.

El uso de otro tipo de sustancias como la cocaína, alucinógenos, anfetaminas, etc., no han supuesto cambios significativos en el periodo 2010-2016 y tienen una prevalencia prácticamente irrelevante o muy baja.

Es en este Plan donde se incluye otro tipo de adicción como es el juego online y diversas actividades de ocio en internet. Es cierto que no se terminó de considerar una adicción pero presentaba analogías con el juego patológico en muchos casos. A pesar de ello, sigue prevaleciendo el juego fuera de internet que online pero en ambos casos con una frecuencia muy baja respecto a otras actividades en la red, teniendo de media un uso de media hora al día o menos y sobre todo, en varones.

También se hace especial hincapié en la percepción del riesgo en todas las drogas, coincidiendo con que, las que menos riesgo perciben los estudiantes son las legales y el cannabis. Además, los jóvenes se sienten suficientemente informados ya que las intervenciones en educación se realizan desde hace años y suponen uno de los principales modos de prevención.

A continuación realiza un análisis de la actividad asistencial en el periodo 2010-2017 contando con un descenso continuado de la dotación presupuestaria en asistencia. En cuanto a la admisión al tratamiento se observa un descenso de usuarios en centros de tratamiento de adicciones con una fuerte presencia de varones.

También se observa un cambio en la distribución por grupos de edad que inician este tipo de tratamientos con un descenso en el porcentaje de usuarios entre 21 a 40 años, un ascenso en 41 años o más y manteniéndose estable entre 15 a 20 años.

Las sustancias por las que se ha iniciado mayor número de personas son el alcohol, con pocas variaciones anuales, la cocaína, que se mantiene en descenso y el cannabis con un aumento, pasando a ser desde el año 2012 la segunda sustancia por la que más admisiones se producen. En cambio, la heroína y otros opiáceos mantuvieron cierta estabilidad y las anfetaminas y otros estimulantes, un ligero ascenso. Por último, presenta las formas más comunes de consumo, ocupando la primera posición la vía oral, seguida de la pulmonar o fumada y la esnifada, que se mantiene estable.

También se analiza la evolución de las urgencias hospitalarias, manteniéndose constante en consumidores de sustancias psicoactivas, aunque hay que resaltar que las mujeres pasaron a ocupar un 40% de los casos, doblando los casos en hipnóticos y sedantes, siendo similar en alcohol junto a otras sustancias y menor en el resto de sustancias. La distribución en relación a los grupos de edad no presenta grandes diferencias, con una gran homogeneidad en personas de entre 20 a 40 años. Por otro lado, las sustancias por las que hay un mayor número de usuarios son: alcohol y otras sustancias e hipnóticos y sedantes, siendo este último incrementado desde el 2013. Después, el cannabis, la cocaína y las anfetaminas, con un pequeño incremento, y, por último, la heroína en muy baja proporción.

En cuanto a la mortalidad relacionada con el uso de sustancias, se produjo un importante ascenso en 2013, con un posterior periodo de estabilidad y un descenso en 2017, pendiente de evaluar. Existen mayor número de varones entre los casos pero, las mujeres en 2015 alcanzaron el 50%, siendo en 2012 solo un 7%. En cuanto a la edad de los fallecidos, dos terceras partes se encontraban entre los 35 y los 54 años y en más de la mitad de las autopsias había indicios de suicidio y solo el 12% con signos de venopunción, siendo la mayoría de las muertes producidas por hipnóticos y sedantes, alcohol y opiáceos.

Por último, realiza un análisis de la organización y funcionamiento de la prevención de las adicciones en Aragón, en ocasiones mal planteada e insuficiente. Por un lado, confirma que la coordinación de los diferentes agentes implicados y recursos utilizados, supone dificultades y no se realiza como debería ya que necesita un liderazgo claro que, a veces, no se ejerce. La participación de las entidades locales es un elemento fundamental ya que hace una gran labor pero no cubre todo el territorio aragonés por lo que muchos lugares, sobre todo zonas rurales, no pueden acceder a los mismos recursos y proyectos. Además, las iniciativas comunitarias de prevención la mayoría de las veces se limitan a ser meras intervenciones asistenciales y hace necesario el refuerzo de los recursos públicos.

Por otro lado, el proyecto de prevención educativo ha servido de mucho pero, no se realiza de igual forma en todos los centros educativos y existen escasos proyectos en colaboración con otras entidades como el Instituto Aragonés de la Mujer o de la Juventud por lo que, es necesario que se presenten iniciativas de proyectos tanto de este tipo como en relación a la prevención de riesgos laborales.

Además, las intervenciones de prevención de carácter universal han tenido una continuidad adecuada, sobre todo en los centros educativos pero, la prevención de carácter selectivo o indicado no, ya que no ha existido un análisis previo de las necesidades y colectivos más afectados por esta problemática. Ocurre lo mismo con la detección precoz e intervención temprana, ya que no se han desarrollado protocolos adecuados y coordinados entre el sistema sanitario y educativo.

Y, por último, destacar la labor de las entidades no gubernamentales por su gran labor que, a partir de los recortes en el presupuesto en el periodo del II Plan, no han podido realizar los proyectos y las actividades que llevaban tiempo realizando.

A modo resumen y para elaborar una evolución más visual de la situación de Aragón desde el año 2005, se elabora una tabla comparativa:

Tabla 1

<p>Consumo</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol como mayor problema, estabilidad en consumo de tabaco y heroína, aumento consumo sustancias psicoactivas y ludopatía. Cannabis como droga ilegal más consumida, aumento en consumo de cocaína y tranquilizantes. Aumento del consumo de tabaco en jóvenes y de consumo de alcohol en fines de semana. - Mayor frecuencia en lugares públicos. <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento del policonsumo, continuación del alcohol como sustancia más consumida seguida del tabaco, con un incremento en las mujeres y un descenso a nivel general. Cannabis como droga ilegal más consumida. Disminuye el consumo de cocaína. - Menor consumo de sustancias por vía parenteral. - Continúa mayor frecuencia de consumo en espacios públicos. - Desciende el consumo de alcohol diario en adultos pero aumenta la incidencia de borracheras. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye el consumo de alcohol y el índice de borrachera, aumenta la edad de inicio del consumo de tabaco y disminuye su consumo. Aumento del uso de cigarrillos electrónicos, disminución del consumo de cannabis y aumento del de hipnosedantes. Similar en cocaína, alucinógenos y anfetaminas.
<p>Percepción del riesgo</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor percepción del riesgo entre los jóvenes. <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la percepción del riesgo del consumo diario pero no eventual.

Usuarios en tratamiento	<p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continúan estables los usuarios por consumo de heroína. - Más admisiones en tratamientos e ingreso por urgencias por consumo de alcohol, cannabis y cocaína. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor dotación presupuestaria en asistencia. - Menor número de usuarios en centros de tratamiento, más por alcohol, cannabis, anfetaminas y otros estimulantes. Disminución de ingresos por consumo de cocaína y similar por heroína y opiáceos. - Ingresos en urgencias aumentan en mujeres por consumo de hipnóticos y sedantes, similar número de ingresos por consumo de alcohol y en menor cantidad por el resto de sustancias.
Información	<p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los jóvenes consideran que tienen suficiente información acerca del consumo de sustancias adictivas. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continúan creyendo que están bien informados.
Enfermedades y mortalidad	<p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuyen las infecciones por VIH y hepatitis relacionadas con el consumo. - Disminuye la mortalidad por consumo de drogas. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la mortalidad en 2013 con posterior estabilidad y descenso en 2017.

Prevención y atención

En el I Plan autonómico se hace necesaria una reorganización y ordenación de los recursos y servicios vigentes debido a que la problemática relacionada con las adicciones es cambiante tanto por los nuevos hábitos a la hora de consumir como por los nuevos patrones de consumo ya que son muy diferentes a las del consumo hasta entonces observado de heroína, además de las adicciones comportamentales cada vez más usuales.

Por eso es necesario reforzar las capacidades de los profesionales para que puedan atender de forma adecuada las demandas de los usuarios con características concretas como que la población adicta es cada vez más joven o una mayor incidencia de problemas de salud mental.

Las líneas prioritarias de actuación son en las que se centra dicho Plan son:

- Coordinar las diferentes actividades de las instituciones que participen y optimizar los recursos existentes.
- Tener como prioridad la prevención y los programas de reducción de daños de cualquier sustancia adictiva.
- Impulsar el desarrollo social de las personas afectadas por cualquier adicción y su integración en la sociedad.
- Normalizar e integrar las redes asistenciales tanto en los servicios sociales como en los sistemas públicos de salud.
- Incorporar en el sistema de información de vigilancia en salud la información que se tenga sobre las distintas adicciones.

Los objetivos del Plan se dividen en cuatro áreas según su finalidad:

1. Prevención.

- **Ámbito educativo:** estarán integradas en el proyecto educativo y deberá implicar al profesorado y al resto de la comunidad escolar con el objetivo de que se clarifiquen ciertos valores y comportamientos saludables.

Objetivo 1: Integrar en el diseño curricular de Aragón la educación para la salud, con actuaciones como: incorporación de contenidos relacionados con la prevención del consumo de drogas, programas educativos y formación para el profesorado, etc.

Objetivo 2: Coordinar los Departamentos de Salud y Educación en prevención de adicciones, con actuaciones como: coordinación de las diferentes iniciativas que existan y conseguir apoyo técnico del Departamento de Salud para aplicar los programas creados.

Objetivo 3: Detectar los posibles problemas de adicción de los alumnos y canalizar la asistencia adecuada para dichos problemas, con actuaciones como: asesoramiento a profesores y equipo de orientación respecto a los problemas relacionados con el consumo de drogas y la elaboración de protocolos para la colaboración entre los centros educativos y los recursos comunitarios disponibles.

Objetivo 4: Formar al personal de los centros en prevención de adicciones, con actuaciones como: incluir actividades de este tipo en el Plan de Formación Anual del Profesorado, la inclusión de prevención en planes locales estas actividades para madres y padres, etc.

Objetivo 5: Incrementar la salud del alumnado a través de la promoción del uso responsable, con actuaciones como la implicación de un grupo de alumnos en la elaboración de estos proyectos.

Objetivo 6: Coordinar a todas las instituciones que participen en las actividades que se planteen dentro del ámbito educativo.

Objetivo 7: Favorecer la participación de todas las personas que forman la comunidad escolar en la puesta en marcha de programas de prevención.

- **Ámbito comunitario:** se trata de un ámbito muy importante para la prevención ya que cuenta con la participación de toda la comunidad y se basa en las relaciones directas entre ellos. Se

organiza desde equipos multidisciplinares teniendo siempre en cuenta las necesidades de la población.

Objetivo 1: Establecer políticas integrales para prevenir adicciones y promover la salud con actuaciones como la promoción de planes locales a nivel municipal de prevención.

Objetivo 2: Coordinar actuaciones preventivas entre el sistema sanitario, de servicios sociales y educativo en Aragón.

Objetivo 3: Promover una planificación conveniente respecto a la prevención de drogas a través de datos referentes al consumo de drogas así como a sus consecuencias, cambios, etc. al sistema de información en salud.

Objetivo 4: Formar de forma interdisciplinar a todos los profesionales implicados en los programas de prevención en el ámbito comunitario.

Objetivo 5: Informar y sensibilizar de manera adecuada a la población sobre las tareas de prevención.

- **Ámbito laboral:** busca la eliminación de riesgos personales y factores de riesgo en relación con el consumo de drogas en colaboración con representantes diferentes de las empresas.

Objetivo 1: Formar a los responsables de cada empresa en la prevención del consumo con actividades formativas y la adaptación de algún material específico.

Objetivo 2: Sensibilizar a los trabajadores y fomentar su participación en dichas actividades.

Objetivo 3: Disminuir la cantidad de drogas ofrecidas en el ámbito laboral.

Objetivo 4: Detectar las necesidades de los trabajadores respecto a la prevención de drogadicción y analizar el estado en el que se encuentra Aragón.

- **Ámbito sanitario:** ideal para realizar cualquier tipo de prevención ya que es al lugar al que acude la población por cualquier tipo de problema de salud.

Objetivo 1: Formar a los profesionales en materia de adicciones.

Objetivo 2: Coordinarse con el ámbito educativo para realizar tareas de prevención en los centros.

Objetivo 3: Coordinar recursos específicos de atención a adictos.

2. Asistencia.

Objetivo 1: Crear una red de Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones dentro del Servicio Aragonés de Salud para garantizar la asistencia a cualquier persona con problemas de adicción o derivados del consumo.

Objetivo 2: Adecuar a las nuevas necesidades que surgen del consumo de drogas los recursos de la red asistencial para disponer de servicios uniformes sin desequilibrios en el territorio.

Objetivo 3: Incrementar y facilitar el acceso y persistencia de los usuarios afectados dentro de la red.

Objetivo 4: Dotar de manera adecuada a los profesionales de seguimiento y atención de drogodependencias para que los servicios se puedan prestar de forma correcta.

Objetivo 5: Elaborar respuestas adecuadas para cada tipo de necesidad del usuario y disponer de una cartera de servicios similar en toda la red sanitaria, con el objetivo de evitar los desequilibrios hasta ahora presentes.

Objetivo 6: Unificar todos los criterios terapéuticos a la hora de realizar las labores de asistencia.

Objetivo 7: Coordinar los servicios sociales y sanitarios.

3. Integración social.

Objetivo 1: Elaborar itinerarios especializados en cada usuario para su inserción social coordinándose los servicios sanitarios, educativos y de atención social.

Objetivo 2: Coordinar los Servicios Sociales con las entidades incluidas en el área de integración de personas vulnerables en riesgo de exclusión.

Objetivo 3: Potenciar la formación e inserción social de los usuarios adictos y mejorar su integración.

Objetivo 4: Coordinar a los agentes implicados en la incorporación de los usuarios a través de proyectos destinados a toda la población.

Objetivo 5: Promover proyectos para las personas adictas en riesgo de exclusión con la finalidad de que se incorporen a la vida laboral en localidades de más de 20000 habitantes.

Objetivo 6: Lograr que las personas afectadas sean agentes de su propio cambio formándolas y acompañándolas en el proceso.

Objetivo 7: Crear programas específicos para las personas adictas con problemas legales.

Además, este Plan quiso introducir información sobre estas adicciones incluyendo la situación en la comunidad, los efectos que tiene o las tendencias futuras en los sistemas de vigilancia para la salud con el objetivo de poder realizar una buena toma de decisiones con una adecuada planificación. Esta información se recogería en registros tanto comunes como propios al Observatorio Nacional sobre Drogas realizados en la Dirección General de Salud Pública.

Los objetivos que esta iniciativa tenía fueron 4: incluir los aspectos tanto culturales como sociales de las adicciones, realizar informes, propuestas y estudios al Gobierno de Aragón, conservar la comunicación y coordinarse con otros Observatorios, incluido el Español sobre Drogas y Toxicomanías y coordinar y homogeneizar la recogida de información y su intercambio.

En el II Plan, se insiste en reforzar las iniciativas y actuaciones anteriores añadiendo planes especializados de prevención selectiva, sobre todo para personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad o sometidas a factores de riesgo en relación con el consumo de drogas.

En cuanto a prevención en el ámbito educativo se incluye como novedad el identificar a estas personas especialmente vulnerables y el desarrollo de un canal que coordine a estos centros con la Universidad de Zaragoza en el ámbito de las adicciones. También como líneas de actuación se incluye el establecimiento de medidas de apoyo para los individuos más vulnerables, el desarrollo de planes de prevención junto con la Universidad de Zaragoza y la consolidación de la Comisión Mixta Salud- Educación y Comisiones Provinciales como forma de coordinar prácticas preventivas e interventoras.

Dentro del ámbito comunitario, también se incluye el priorizar mecanismos de prevención e intervención selectiva, así como favorecer el trabajo coordinado de los profesionales implicados incluyendo el intercambio de vivencias y experiencias entre ellos para que logren mejorar sus prácticas.

En el ámbito laboral se incluye el poder orientar y prevenir las situaciones problemáticas que ya estén de manifiesto dentro de la empresa, la elaboración de estudios tanto cualitativos como cuantitativos para reconocer la situación y problemática que se plantea, fomentar cualquier implicación en prevención de cualquier empresa, el apoyo a las buenas prácticas, el desarrollo de modelos preventivos para trabajadores con especial vulnerabilidad y la facilitación del acceso a los recursos necesarios a los empleados que lo necesiten.

Por último, en el ámbito sanitario se incluye la facilitación de la identificación precoz de problemas relacionados con drogodependencias, la integración de Oficinas de Farmacia y farmacéuticos a todas las

actividades de prevención de riesgos, así como la coordinación con el resto de profesionales. Además, se pretende mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y su inclusión en la cartera de servicios del SALUD.

Además, en este Plan se incluye un nuevo apartado de protección y control de la oferta que pretende, con medidas como el control de la publicidad, la promoción y la venta de estas sustancias, compartir información entre el Gobierno de Aragón y la Administración Central (encargada de esta competencia) conseguir reducir la oferta de estas sustancias en la sociedad y, así, reducir su consumo en la población.

En relación con la asistencia, segundo apartado después de la prevención, se incluye el normalizar cualquier tipo de atención a personas con problemas de adicción, mejorar este proceso tanto para los afectados como para sus familias, añadirle calidad al proceso y crear un sistema de información para este tipo de atención. Además, en las líneas de actuación que se plantean, también se incluye la implantación de una red de recursos especializada, de una cartera de servicios y del Plan de calidad de estos.

Por último, en integración social se pretende, al igual que en asistencia, facilitar el acceso a cualquier recurso o servicio frente a las adicciones, crear redes complementarias para las personas adictas que facilite su integración en la sociedad, fomentar que la población facilite esta integración para los adictos y crear programas integrales de intervención que se asocien a la privación de la libertad de los afectados.

Además, trata también los sistemas de información a los que se hacía referencia en el I Plan, contemplando como novedad el desarrollo de un sistema específico de información que se base en las nuevas tecnologías y sea rápido, eficaz, fiable, y que cuente con una aplicación informática.

El III Plan recoge las prioridades que tiene el Gobierno de Aragón en materia de prevención y asistencia de adicciones, además, pretende crear un modelo de prevención que sea similar en todo el territorio y capaz de aprovechar los recursos locales, con enfoque multisectorial y realizado a través de procesos colaborativos.

Este Plan se rige por los principios de universalidad, equidad, prevención, salud en todas las políticas, transparencia y rendición de cuentas, participación y calidad y eficiencia. Se estructura en las siguientes áreas de actuación:

1. **Prevención y promoción de la salud.** Encontramos como nuevos objetivos dentro de este apartado, que hasta ahora no se habían planteado, el redefinir y expandir el modelo de prevención contra las drogas a todo el territorio aragonés y concretar dentro de este modelo el papel de las entidades sin ánimo de lucro.
2. **Reducción de la oferta.** Por segunda vez consecutiva se incluye este apartado dentro del Plan, con los siguientes objetivos: mejorar el cumplimiento de cualquier normativa que exista respecto a la promoción, suministro y consumo de alcohol, tabaco y el juego de azar, sobre todo en menores, reforzando medidas sancionadoras y de inspección e incluir ordenanzas municipales en los planes locales.
3. **Red asistencial de atención a las adicciones.** Los objetivos que plantea son: dotar de los recursos necesarios para atender a las adicciones de la población aragonesa a las unidades de atención y seguimiento de drogodependencias, integrar dichos recursos en los órganos de coordinación de salud mental, coordinar esta red con la de programas especializados de adicciones, incluir intervenciones para detectar el consumo de drogas legales y de prevención de riesgos de

forma precoz y organizar la colaboración entre la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Aragonés de Salud para controlar diversos aspectos.

4. **Formación y gestión del conocimiento.** Además de todas las propuestas realizadas hasta el momento, este Plan incluye la formación e información tanto a profesionales como a la población en general sobre adicciones ya sea on-line o a través de planes anuales de formación. También incluye la promoción de la investigación en relación con el tema de las adicciones.

5. **Coordinación.** En este apartado vuelve a repetirse la necesidad de coordinar a todas las instituciones implicadas en la prevención o asistencia a la drogodependencia para el buen funcionamiento del III Plan.

De nuevo, se elabora una tabla resumen para observar la evolución de forma más visual:

Tabla 2

<p>Prevención</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ámbito educativo: integrar educación para la salud, coordinar el departamento de sanidad y el de educación, detectar adicciones con la asistencia adecuada, formar al personal, promocionar el uso responsable, fomentar la participación de la comunidad escolar y coordinar instituciones. - Ámbito comunitario: establecer políticas para prevenir adicciones y promover la salud, coordinar el sistema sanitario, educativo y los Servicios Sociales, planificar la prevención, formar profesionales y sensibilizar e informar a la población. - Ámbito laboral: formar a los responsables de cada empresa, sensibilizar a los trabajadores, disminuir la cantidad de consumo de drogas y detectar las necesidades específicas de los afectados. - Ámbito sanitario: formar profesionales y coordinar los recursos específicos. <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ámbito educativo: identificar a personas vulnerables, desarrollar un canal que coordine centros escolares con la Universidad de Zaragoza, crear medidas de atención a vulnerables y la consolidación de la Comisión Mixta Salud-Educación y Comisiones Provinciales. - Ámbito comunitario: priorizar mecanismos de prevención e intervención selectiva y favorecer el trabajo coordinado entre
--------------------------	---

	<p>profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ámbito laboral: orientar y prevenir situaciones problemáticas dentro de la empresa, elaborar estudios cuantitativos y cualitativos para reconocer la situación, fomentar la implicación en prevención, apoyo a buenas prácticas, desarrollo de prevención a vulnerables y facilitar el acceso a los recursos. - Ámbito sanitario: facilitar la detección precoz de drogodependencias, integración de la industria farmacéutica, mejorar la calidad de los servicios e incluirlos en la cartera de servicios del SALUD. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redefinir y expandir el modelo de prevención a todo el territorio aragonés, concretar el papel de las ONGs. - Reducción de la oferta mejorando el cumplimiento de la normativa, sobre todo en menores. - Coordinar instituciones.
<p>Asistencia</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear red de Unidad de Atención y Seguridad de Adicciones. - Adecuar nuevas necesidades. - Facilitar e incrementar el acceso a dicha red. - Dotar a los profesionales de forma correcta. - Elaborar respuestas adecuadas y específicas. - Unificar criterios terapéuticos. - Coordinar el Sistema de Servicios Sociales y el Sanitario. <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalizar la atención a personas con problemas de adicción mejorando el proceso. - Implantar una red de recursos especializada, una cartera de servicios y un Plan de Calidad de estos.

	<p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear los recursos necesarios para atender las adicciones e integrarlos en los órganos de coordinación de salud mental. - Coordinar esta red con programas especializados de adicciones. - Incluir intervenciones de detección precoz y reducción de riesgos. - Organizar la colaboración entre la Dirección General de Salud Pública y el Servicio Aragonés de Salud.
<p>Integración social</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar itinerarios especializados a cada usuario para fomentar su inserción social. - Coordinar los Servicios Sociales con distintas entidades. - Potenciar la inserción social y formación de los usuarios. - Coordinar a los agentes implicados. - Promover proyectos para la inclusión en la vida laboral. - Lograr que los usuarios sean agentes de su propio cambio. - Establecer programas específicos para solventar problemas legales. <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el acceso a los recursos para los usuarios. - Crear redes complementarias para su inserción. - Fomentar la colaboración de la sociedad para facilitar la integración de los afectados. - Crear programas integrales de intervención asociados a la privación de la libertad de los usuarios.
<p>Sistema de información</p>	<p>I PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se crea para acumular información sobre la situación de

	<p>Aragón con la finalidad de coordinar y elaborar proyectos.</p> <p>II PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Añade un sistema específico de información basado en las nuevas tecnologías con una aplicación informática. <p>III PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilita formación e información tanto a profesionales como a la población en general. - Promueve la investigación en materia de adicciones.
--	--

Recursos

En el I Plan se plantean tres niveles de asistencia diferentes con funciones y recursos específicos. El primer nivel tiene las funciones de informar, orientar, educar, promover la salud, derivar a otros niveles cuando sea necesario, así como poder llevar a cabo una detección precoz de los individuos, apoyarles en su incorporación social y a sus familiares y amigos. Cuenta con los siguientes recursos:

- Equipos de atención primaria: Centros de Salud. Comprende todas las actividades de promoción de la salud, prevención y reinserción.
- Servicios Sociales Comunitarios. Permite acceder a los recursos de los sistemas de protección social.
- Centros de Prevención Comunitaria (CPC). Promueven hábitos de vida saludables e intentan reducir el uso y los problemas que produce el abuso de drogas.

En el segundo nivel se pretende llevar a cabo una planificación individualizada a cada usuario, apoyo para la incorporación social y familiar, tareas de coordinación con los demás niveles de asistencia, la creación de programas de reducción de daños, la atención a las patologías relacionadas con las conductas adictivas y el desarrollo de un programa de intervención familiar. Los recursos que tiene son:

- Centros de Salud Mental: con atención ambulatoria especializada, cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinar que se encarga de los casos que no pueden ser tratados en Atención Primaria.
- Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil: Trata casos de individuos menores de edad.
- Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA).

El tercer nivel incluye programas de integración social agrupados en: programas de formación/intervención, integración laboral y recursos de apoyo residencial a través de los cuales se pretende fomentar el desarrollo social de los drogodependientes. Consta de los siguientes recursos:

- Comunidades Terapéuticas: pretenden la reinserción laboral mediante terapia farmacológica, ocupacional o psicológica.

- Alternativas residenciales: se trata de unidades residenciales que apoyan a los usuarios en proceso de inserción social o familiar.
- Dispositivos de inserción socio-laboral: centros de carácter económico y social cuyos beneficios son empleados para fines sociales.

Los recursos con los que contaba Aragón en torno al año 2002 se pueden dividir entre asistenciales y preventivos, encontrando entre los primeros tanto 14 de titularidad pública dependientes de distintas Instituciones como el Gobierno de Aragón, entre los que podemos destacar hospitales, centros municipales y programas de tratamiento en Centros Penitenciarios, como 17 centros privados, asociaciones y otras entidades conveniadas o concertadas con el Gobierno autonómico.

El 80% del uso de estos recursos se da en la provincia de Zaragoza, el 9,5% en Huesca y el 6,9% en Teruel. Además, la edad media de los usuarios es fue 30 años y en su mayoría hombres, un 70% con estudios de Primaria y Secundaria un 43% trabajando. La droga principalmente consumida es la heroína ya que el alcohol no es reconocido como tal y la vía principal es la inyectada.

En cuanto a los recursos preventivos, encontramos 12 de titularidad pública dependientes de distintas instituciones y otros 17 centros, asociaciones u otras entidades. Estos se pueden agrupar en tres bloques:

- Programas y actividades de prevención en centros específicos, desarrollados en entorno familiar, ámbito educativo y juvenil, medio laboral y población general.
- Actuaciones de prevención en el ámbito de la educación secundaria, con un 53% de los centros educativos aragoneses implicados, en su mayoría realizados en horarios de tutorías y contando con colaboradores externos.
- Proyectos de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPs): proyectos locales en los que están implicados equipos multidisciplinares con el objetivo de promover la salud y empoderar y capacitar a los adictos. En el año 2002 se desarrollaron 16 proyectos de este tipo.

Dentro de este Plan, uno de los objetivos fue realizar una reordenación de los recursos con los que hasta ahora contaba la comunidad. Se hace necesaria la integración dentro de la red de asistencia pública de recursos específicos normalizados para fomentar una atención integral dirigida a todo tipo de patologías. Además, se pretende poder llevar todos estos recursos de manera homogénea a todo el territorio que comprende Aragón, homogeneizando la composición de los equipos que prestan los servicios de atención. La gestión de los centros y recursos se realizará desde el Servicio Aragonés de la Salud y se establecerá, para cada recurso, una cartera de servicios concreta.

En cuanto a la competencia de la prevención, se llevará a cabo por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y las diferentes corporaciones locales que estén involucradas. Los recursos dirigidos a la prevención de adicciones se organizarán desde entidades locales integrando en los Servicios Sociales Comunitarios una Red Autonómica de Centros de Prevención Comunitaria.

Estos Centros, además de desarrollar y organizar programas, proyectos y recursos preventivos, realizarán trabajo de proximidad, con una serie de funciones como el impulso de políticas locales en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud mediante Planes Locales.

Además, se llevarán a cabo estrategias de coordinación entre redes sociales y recursos comunitarios a nivel local, formando de manera adecuada a profesionales y a la Red Comunitaria, favoreciendo el fomento de

tejido asociativo y de la elaboración por parte de los jóvenes, sobre todo, de proyectos de prevención. También se tendrá en cuenta la realización de una detección precoz de adicciones a través del trabajo de proximidad, así como su seguimiento, y el tratamiento de esta problemática desde el Sistema Educativo.

Aparecen por primera vez también las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones para que, desde estas, se lleve a cabo el tratamiento de las adicciones y de los problemas asociados a estas dentro del Sector de Salud en el que se encuentren, existiendo una en cada uno de ellos cuando se supere o iguale los 100000 habitantes. Las funciones que tendrán es la formación y orientación hacia los usuarios y sus familias, el desarrollo de proyectos de abandono de consumo, una planificación especializada e individualizada, el desarrollo de programas de reducción de riesgos, intervención con jóvenes y asesoramiento a familiares y el fomento de la incorporación social.

En el II Plan se mantienen los mismos recursos que en el I, con los mismos objetivos y expectativas, diferenciándolos entre preventivos y asistenciales. Dentro del primer grupo, incluye varios niveles de prevención:

- Universal: dirigida a toda la población en general.
- Selectiva: destinada a grupos y colectivos vulnerables.
- Indicada: para individuos altamente vulnerables.
- Determinada: dirigida a personas drogodependientes.

Dentro de los recursos de prevención a nivel local encontramos Centros de Prevención Comunitaria (CPC), con las mismas características que en el Plan anterior. A nivel regional se encuentra el Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que organiza proyectos y Programas Escolares de Educación para la Salud como Órdago, Cine y Salud, La Aventura de la Vida o Pantallas Sanas.

Además, cuenta con la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud que pretende incorporar a los centros que hayan realizado proyectos de promoción de la salud en sus aulas y la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Esta pretende extender la promoción y educación para la salud y ser un instrumento integrados que sirva para los grupos de empleo multidisciplinar. Entre sus características se encuentran la coherencia con principios de promoción de salud y el fomento de esta, la integración de estos objetivos en las entidades o centros que desarrollen el proyecto y la existencia de un equipo multidisciplinar. También ofrece asesoramiento y acceso a documentación a estos proyectos.

En cambio, en el III Plan no se encuentra ningún apartado de recursos como tal, sino que, solamente aparecen mencionados en alguno de sus puntos como en las áreas de actuación o en la situación actual de forma breve.

Evaluación

En los tres Planes realizados por el Gobierno de Aragón se plantea una evaluación para medir el grado de cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno de ellos. Estas estarán supervisadas por la Dirección General de Salud Pública y, posteriormente esta, informará al Consejo Asesor en Drogodependencias y a la Comisión Interdepartamental.

En cuanto a la evaluación de la estructura del I Plan, se tendrá en cuenta tanto la mejora como la implantación de los recursos de distinto tipo y, además, su integración en el ámbito asistencial.

La evaluación del proceso en el ámbito preventivo valorará la implantación de los distintos tipos de programas siguiendo los criterios metodológicos que se establecieron en el Plan, llevándose a cabo desde la Dirección General de Salud Pública. Desde esta también se evaluará el grado de cumplimiento de los distintos convenios con entidades locales. En el área asistencial se tendrá en cuenta la implantación y desarrollo de las carteras de servicios y los distintos protocolos, todo ello incluido en el Servicio Aragonés de Salud.

Por último, en la evaluación de resultados se valorará la efectividad de los programas y el cumplimiento de los objetivos planteados mediante variables como la calidad de vida o el apoyo social, a través de métodos cualitativos y cuantitativos.

El I Plan cumplió con la mayoría de los objetivos que se había planteado, excepto con:

- Una situación desigual en el mapa asistencial y falta de coordinación entre entidades responsables.
- Falta de una buena comunicación con Salud Mental y cartera de servicios homogénea.
- Carencia de un análisis de la realidad social de los afectados y el establecimiento de sus necesidades de integración social.

El II Plan mantiene estas carencias añadiendo la necesidad de incrementar la intervención comunitaria y la participación de los individuos implicados en realizar proyectos en el ámbito educativo, así como la falta de inclusión de la perspectiva de género en prevención. En cuanto al sistema de información, se considera que sería necesario incorporar uno unificado y mejorar el conocimiento de diversas sustancias cuyo consumo es minoritario y que generan grandes problemas entre los consumidores.

En el III Plan todavía no encontramos la evaluación de sus objetivos ya que, abarca hasta el año 2024 pero, añade como novedad la realización de una evaluación global y otras anuales.

CONCLUSIONES

Tras haber finalizado la investigación que se propuso al inicio del trabajo, se puede valorar el cumplimiento o no de los objetivos planteados. Estos se dividieron en dos generales y cuatro específicos dentro de cada uno de ellos.

El primer objetivo general trataba de conocer la situación actual del consumo de drogas a través de estudiar su evolución, establecer los principales grupos de población que la consumen así como las causas y las consecuencias por las que se produce dicho consumo y conocer las zonas de mayor consumo en España.

A partir de esto, se puede decir que dentro del marco teórico se han analizado cada uno de los puntos que se pretendía investigar, con especial dificultad a la hora de identificar con claridad algunos de ellos como las causas y las consecuencias ya que existe disparidad de opiniones según el autor.

Por otro lado y respecto al segundo objetivo general, en el que se quería conseguir valorar la evolución de los Planes Autonómicos sobre Drogodependencias y otras sustancias adictivas en Aragón, se analizó punto por punto cada uno de los apartados que se encontraban dentro de estos para poder conseguir los objetivos específicos dentro del general.

Estos objetivos consistían en estudiar cada uno de los Planes, encontrando similitudes y diferencias entre ellos y lograr establecer una evolución significativa, así como concretar las insuficiencias que presentaban. Cada uno de estos se han conseguido cumplir ya que, partiendo del primer Plan, se concretaban las novedades de cada uno de los siguientes. A pesar de eso, se han encontrado varias insuficiencias ya que, aunque son muy completos en la teoría, las evaluaciones que presentaban coincidían en que no se cumplían todos los objetivos marcados.

El apartado de prevención y atención es el más importante puesto que, a partir de este, se analiza la evolución más significativa de los programas y propuestas de los planes. En el I, encontramos que las principales novedades están enfocadas sobre todo a centrarse y mejorar la prevención de las drogodependencias ya que, en cuanto a asistencia ya se habían realizado bastantes avances.

Se trata sobre todo en mejorar la formación e implicación tanto de los profesionales implicados como de la población en general, así como de coordinar instituciones y departamentos para que trabajen juntos y logren tratar la prevención desde equipos multidisciplinares. Además, se pretende sensibilizar a la población y tratar de fomentar la educación para la salud y el uso responsable.

En cambio, en el II Plan es cuando se centran en establecer programas selectivos de prevención ya que, una vez analizadas las propuestas del I Plan, se observa que cada usuario tiene unas necesidades específicas que se deben tratar de forma diferente, sobre todo atendiendo a las personas en situación de especial vulnerabilidad. Además, se comienza a tener en cuenta la importancia de utilizar las nuevas tecnologías para conseguir llegar a un mayor número de personas de forma rápida y eficaz, sin necesidad de que participen de forma presencial.

Por último, en el III Plan, se comienza a tener en cuenta, sobre todo, la reducción de la oferta como principal forma de prevención ya que, interviene de manera significativa en el consumo, sobre todo entre los más jóvenes. También añade un punto dentro del sistema de información que trata de investigar las distintas adicciones con la finalidad de alcanzar una mejor prevención, además de expandir a todo el

territorio dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón el modelo preventivo ya que, se pudo ver que no todo el mundo podía acceder de igual forma a este.

A partir de este punto, el Gobierno de Aragón crea diferentes recursos con el fin de cumplir las propuestas y proyectos de prevención, de tal forma que van añadiendo varios en cada Plan.

En definitiva, considero que los Planes se han adaptado de manera correcta a las demandas y necesidades que han ido surgiendo a lo largo de los años como es la inclusión de nuevos tipos de adicciones o el uso de las nuevas tecnologías y la adaptación de proyectos a todos los ámbitos como el escolar o el laboral, pero, a la hora de ponerse en práctica, creo que no se hacen de la mejor manera ya que muchos de ellos son muy repetitivos y no llaman la atención a la población.

BIBLIOGRAFÍA

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estadísticas 2019: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Informe sobre drogas 2019: España*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/20190725_InformeDrogasEspana2019_EMCD DA_DGPNSD.pdf

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. (2020). *Informe 2020: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio español de las Drogas y las Adicciones.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2005). *Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. 2005-2008*.

https://www.aragon.es/documents/20127/6059157/PLAN_DROGAS_2005.pdf/6744b6c2-e52a-cb98-8716-647c12c0ade0?t=1563615808600

Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2010). *II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. 2010-2016*. <http://centroibon.es/wp-content/uploads/2016/06/IIPlanAutonomicoDrogasAragon.pdf>

Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2018). *III Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón. 2018-2024*.

https://www.aragon.es/documents/20127/6092101/III_Plan_Adicciones_Aragon_web.pdf/1b542b8c-e7a5-af95-3b25-bc6e8f1dafbe?t=1563632855226

Gobierno de España. (s.f). *Información sobre Drogas y otras conductas adictivas*. Ministerio de Sanidad.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>

Jumbo Cuenca, D., Merino Armijos, C. y Espinoza Cedeño, M. (2017). El rol del trabajador social en la prevención de la drogadicción, desde el enfoque del autodesarrollo comunitario. *Dominio de las ciencias*, 3

(5), 72-88. Recuperado de [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-ElRolDelTrabajadorSocialEnLaPrevencionDeLaDrogadic-6102832%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-ElRolDelTrabajadorSocialEnLaPrevencionDeLaDrogadic-6102832%20(1).pdf)

Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza y I. Lizasoain, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Panamericana. Recuperado de

https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf

Martín, Emiliano. (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 41-48. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828106.pdf>

Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Megías, I., Navarro, J., Rodríguez, E. y Romaní, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. <https://socioalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/informes/Los-valores-de-la-%20sociedad-espanola-las-drogas-%202000.pdf>

Real Academia Española. (2014). Droga. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/droga?m=form>

Real Academia Española. (2014). Prevención. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/prevenci%C3%B3n?m=form>

Secades, R. y Fernández, J. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. Oviedo: Universidad de Oviedo. Recuperado de https://www.proyctohombrestur.org/pdfs/estudio_oviedo.PDF