

I PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

I. INTRODUCCIÓN

- 1.1. QUÉ ES UN PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
- 1.2. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

II. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- 2.1. COMISIÓN POLÍTICA
- 2.2. COMISIÓN TÉCNICA
- 2.3. GRUPO MOTOR DE LA COMISIÓN

III. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y DETECCIÓN DE NECESIDADES

- 3.1. CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
- 3.2. RECURSOS DEL MUNICIPIO

IV. OBJETIVOS Y POBLACIÓN DESTINATARIA

- 4.1. OBJETIVOS GENERALES
- 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- 4.3. POBLACIÓN DESTINATARIA

V. ESTRUCTURACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y ACCIONES

- 5.1. NIVELES DE ACTUACIÓN
- 5.2. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
- 5.3. EJES DE TRABAJO

VI. TEMPORALIZACIÓN

- 6.1. PROCESO DE ELABORACIÓN
- 6.2. IMPLEMENTACIÓN

VII. EVALUACIÓN

- 7.1. EVALUACIÓN DE DISEÑO Y PLANIFICACIÓN
- 7.2. EVALUACIÓN DE CALIDAD Y DEL PROCESO
- 7.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

I. INTRODUCCIÓN: PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

1.1. QUÉ ES UN PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

El plan municipal de prevención de drogodependencias (a partir de ahora PMPD) es un conjunto coordinado y planificado de programas, proyectos y actuaciones en materia de drogodependencias en el cual se manifiesta la voluntad de la Administración Local de materializar las competencias que le atribuyen las leyes.

Los cambios en la panorámica de los consumos de drogas, que han afectado a lo largo de los años tanto al tipo de drogas consumidas como en el perfil de los usuarios, generan la necesidad de articular respuestas innovadoras que, teniendo el ámbito local como escenario preferente, permiten impulsar dinámicas preventivas de inspiración comunitaria adecuadas a la situación actual y local de los consumos de drogas.

Los PMPD deben estar impulsados por la voluntad política del consistorio y por los equipos técnicos de prevención de las drogodependencias conjuntamente con los profesionales de todas las áreas implicadas y preferiblemente deben contar con el apoyo de la comunidad.

El fenómeno de las drogodependencias hay que entenderlo como un fenómeno multicausal y multidimensional que perturba y limita negativamente el bienestar de los individuos, de sus familias y de la comunidad en su conjunto. El abordaje de esta problemática debe, por lo tanto, tener en cuenta esta complejidad, de modo que las medidas adoptadas formen parte de una amplia política social que integre el conjunto de acciones tendentes a mejorar la salud y las condiciones de vida de los ciudadanos.

Todo ello requiere una planificación de la intervención que englobe los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc. Será necesario, por lo tanto, diseñar planes integrales que contemplen una coordinación adecuada de los servicios.

El marco municipal se presenta como un escenario idóneo de intervención en este campo, por los siguientes elementos:

- Constituye el referente administrativo más cercano a la ciudadanía.

- La mayor proximidad al ciudadano facilita la detección precoz de los problemas, y permite una más rápida localización de las respuestas.
- Los municipios cuentan con casi todas las competencias en el área de Servicios Sociales, desde donde se pueden formular propuestas para la prevención y la inserción social.
- La notable dimensión social del fenómeno, por una parte, y la necesidad de lograr la inserción del drogodependiente como parte necesaria de su proceso de cambio, por otra, señalan la necesidad de un marco que permita el trabajo comunitario y la participación de la sociedad civil. Esta capacidad de integración y de normalización puede ser claramente facilitada desde los municipios.
- Los Ayuntamientos, como nivel de la Administración más próximo a los ciudadanos, pueden ofrecer los cauces de coordinación que permitan dar respuestas idóneas a las demandas y necesidades de la ciudadanía en este campo.

La FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) en su Manual para la elaboración de planes municipales (2001), establece que un PMPD:

- Es un instrumento impulsado desde la corporación local que confiere estabilidad a las acciones y programas desarrollados.
- Ha de servirnos para establecer las necesidades a las que tratamos de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias.
- Debe favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración con el fin de partir de un análisis correcto de las situaciones, sobre el cual exista consenso.
- El propósito de los planes será el abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias tanto respecto a las drogas legales como ilegales.
- Ha de ser un instrumento dinámico que se modifique a medida que vaya cambiando la situación social que lo motiva.

- Los PMPD deben ser un instrumento aglutinador capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la administración.
- Desde su diseño es fundamental pensar en la necesidad de realizar una evaluación continua tanto del proceso como de los resultados

Marco legal

El marco normativo que regula la intervención municipal en materia de drogodependencias, viene delimitado por una serie de preceptos legales que, empezando en la Constitución Española, tienen su continuidad en la Ley de Bases de Régimen Local y se concentran en las respectivas Leyes Autonómicas.

La Constitución Española, en su artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho:

- *Artículo 43.1.* Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- *Artículo 43.2.* Compete a los Poderes Públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- *Artículo 43.3.* Los Poderes Públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el Deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril, constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.

El Plan Nacional sobre Drogas, desde su creación en 1985 ha ido sentando las bases fundamentales de actuación en la materia, tanto en lo que se refiere al control de la oferta como a la reducción de la demanda, en las tres dimensiones clásicas de la prevención, la asistencia y la inserción, dedicando un considerable esfuerzo a la coordinación con las Comunidades Autónomas en este terreno de intervención.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones Sociales. Aspira, además, a ser una herramienta que pueda ser

usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía estipula como competencia de los Ayuntamientos la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios, contemplando entre sus áreas de actuación la prevención de todo tipo de drogodependencias. En concreto, en la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas (reformada por Ley 12/2003, de 24 de noviembre) en su apartado **SOBRE PREVENCIÓN** se recoge:

Artículo 6: Promover políticas sectoriales orientadas a:

- Favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos que pueden resultar especialmente afectados por las drogas.
- Desarrollar actuaciones preventivas integradas, en materia de información, educación, salud e inserción social.
- Facilitar la formación profesional.
- Fomentar el movimiento asociativo.
- Disponer de sistemas de información que garanticen el conocimiento permanente de la evolución de los patrones de consumo.
- Generar una conciencia social solidaria y participativa.

Artículo 7.5: Realización, por las Corporaciones Locales, de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias. Serán considerados prioritarios los programas comunitarios que cuenten con la participación de varias Corporaciones Locales.

Artículo 9: Desarrollo de programas formativos específicos y de voluntariado.

En el marco de la política nacional en la materia, corresponde a la **Administración Local**, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico le confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

- Desarrollar políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.

- Procurar la integración social de los usuarios de drogas, mediante el desarrollo de planes de formación profesional y promoción de empleo.
- Elaborar y poner en marcha medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- Ejecutar la función y la potestad sancionadoras, así como la cooperación de la policía local.
- Coordinar las intervenciones en materia de drogodependencias a nivel local.

Por último, San Roque cuenta además con La Ordenanza Reguladora de la Publicidad, Venta y Consumo de Alcohol y Tabaco cuyo objeto es regular la actuación municipal, encaminada a reducir y controlar la oferta de drogas legales, en el marco de las competencias atribuidas al Ayuntamiento por la Ley 4/1997 de 9 de Julio y el Decreto 167/2002 de 4 de Junio.

Principios Orientadores del PMPD

Algunos de los criterios que deben caracterizar una intervención preventiva acertada son los siguientes:

- a) *Globalidad e interdisciplinariedad*, exigidas por la propia complejidad del fenómeno sobre el que se quiere intervenir, así como por su dimensión social. Tales características hacen preciso adoptar una estrategia de abordaje que, comenzando en los equipos especializados de los diferentes Centros y Programas, integren otros recursos de la Comunidad (Centros de Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales, Equipos de Salud Mental, Colectivos ciudadanos diversos, etc.), facilitando la adecuada calidad de las intervenciones.
- b) *Normalización*, tratando siempre de utilizar los recursos ya existentes en la Comunidad, a fin de facilitar una real participación comunitaria y una adecuada integración social, evitando en la medida de lo posible, la creación de recursos específicos.
- c) *Corresponsabilidad y participación*, en tanto que, siendo el fenómeno que nos ocupa de naturaleza social, requiere una respuesta desde la propia sociedad, evitando las posturas de delegación en la búsqueda de soluciones sólo en técnicos y servicios especializados de drogodependencias. La familia, los educadores, los empresarios, el

mundo del deporte, la cultura y el conjunto de instituciones (Servicios de Salud en general, Centros de Salud Mental, Servicios Sociales, etc.), deben asumir, desde su rol competencial específico, su corresponsabilidad e implicación, ya que sin su participación no sería posible desarrollar una respuesta integral.

d) *Coordinación* entre los distintos agentes intervinientes, facilitando la utilización e integración de los recursos existentes y evitando respuestas desconexionadas.

e) *Flexibilidad e individualización*, ya que las variaciones a las que está sometido el fenómeno de las drogodependencias, en función del contexto social y de los cambios en los patrones de consumo, hacen necesaria la flexibilidad y la individualización de las respuestas, huyendo de modelos rígidos y estereotipados, y posibilitando el diseño de programas adaptados a las diferentes realidades personales y sociales. Este enfoque permitirá la revisión y adaptación continuada de las respuestas a los cambios que previsiblemente continuarán dándose.

f) *Investigación* y evaluación permanente, que nos permitan verificar la adecuación de las acciones emprendidas y el nivel del logro de los objetivos, aportando elementos de juicio para introducir las modificaciones precisas y mejorar la calidad de las intervenciones.

1.2. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Qué entendemos por Prevención

Entendemos por prevención aquel conjunto organizado de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas a fin de reducirlos. Casi todas las estrategias diseñadas que buscan reducir la demanda de drogas contemplan elementos de prevención tanto universal, como selectiva e indicada:

- La prevención **universal** es la prevención más general. Tiene como objetivo potenciar los factores de protección fomentando las actitudes y hábitos saludables. Se dirige a toda la población y se desarrolla principalmente en el marco escolar, de las familias y del ocio.
- La prevención **selectiva** es aquella dirigida a grupos de riesgo o subgrupos de la población general que están sometidos a factores de riesgo asociados al consumo de drogas (Ej: hijos de padres consumidores, familias disfuncionales, etc.).

- La prevención **indicada** dirigida a aquellas personas que ya han iniciado el consumo y presentan signos iniciales de problemas graves asociados al consumo de sustancias y problemas de conducta.

Es preciso conceptualizar y planificar la prevención a partir de criterios pragmáticos intentando lograr objetivos realistas:

- Que cada vez menos personas se interesen por las drogas.
- Retrasar la edad de inicio.
- Que la mayor parte de los consumidores no pasen de un consumo experimental.
- Actuar antes de que surja un problema a fin de evitar su aparición.
- Evitar la progresión desde el inicio hacia el abuso o la dependencia.
- Detectar problemas de consumo en sus primeras fases.
- Reducir riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas
- Actuar tanto sobre la oferta como la demanda de sustancias que producen adicción

Marco Comunitario

Decir comunidad es hablar de una pluralidad de personas que coprotagonizan la tarea de actuar conjuntamente, cada cual en su ámbito social respectivo (la empresa, el mundo educativo, la familia, etc.), pero con una misma filosofía de base y una misma pretensión: contribuir al desarrollo de comunidades cada vez más competentes para hacer frente a los conflictos que representa el abuso de las drogas.

Prevenir el abuso de drogas de acuerdo a un modelo comunitario supone acotar un marco caracterizado por los elementos siguientes:

- La comunidad como un territorio simbólico, agente y destinatario de la intervención
- El ámbito local como un escenario articulador de las propuestas que se han de impulsar. El municipio es el espacio natural de la intervención que estamos describiendo.
- La dinamización de la comunidad organizada, impulsando redes entre entidades sociales implicadas.

- La creación de espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas entre los diferentes colectivos implicados.
- El papel clave de los mediadores sociales, personas sobre las cuales se centran los momentos esenciales de la prevención.
- La formación de los diversos agentes sociales en estrategias preventivas adecuadas a los espacios en los cuales desarrollan su tarea.
- La multiplicidad organizada de programas en desarrollo dependiendo de los diferentes espacios en los cuales se ha de intervenir, las poblaciones con las cuales se tiene que trabajar, etc.

Conviene destacar que el recurso más importante de todas las comunidades son las personas: las capacidades de la población que reside en el territorio. Desde un enfoque comunitario se aprovechan dichas capacidades para afrontar sus necesidades y demandas sociales: empoderar y promover la corresponsabilidad de los diferentes actores sociales, organizaciones e instituciones en la respuesta a los problemas relacionados con el consumo de drogas en un territorio concreto.

La participación comunitaria permite:

- Disponer de un conocimiento más fiable de la realidad y de los problemas reales y percibidos.
- Contribuir a la democratización de las respuestas preventivas y a normalizar e integrar la prevención en los diferentes ámbitos de la comunidad aportando una perspectiva integral y transversal que abarque los diferentes puntos de vista.
- Mejorar la eficacia de las actuaciones, en tanto que contribuye a mejorar la planificación y la coordinación y a garantizar la ejecución de las actuaciones preventivas y su continuidad en el tiempo.
- Facilitar la incorporación de planteamientos preactivos, y no sólo reactivos, en la acción preventiva.

Espacios de la prevención

El abuso de drogas forma parte de estilos de vida que se crean en las instancias cotidianas de la socialización, en aquellos escenarios en que los niños, los adolescentes y los jóvenes van construyendo su identidad diferencial: la escuela, la educación en el tiempo libre, la familia, el mundo del trabajo, etc.

Debería ser en estos escenarios donde se desarrolle el compromiso social con la prevención.

No hay un lugar específico para la prevención. No es la escuela, ni el hogar, ni la empresa, ni los recursos del ocio y tiempo libre, etc. Todos aquellos lugares que influyen en el desarrollo de estilos de vida son terreno adecuado para la prevención. Se tiene que entender, pues, como un mosaico con múltiples piezas que es preciso encajar en esta perspectiva integradora que representa el marco comunitario.

Cuando en un municipio o barrio conseguimos organizar intervenciones preventivas planificadas con una perspectiva comunitaria estamos fortaleciendo la competencia de la comunidad en el momento de actuar ante sus dificultades, propósito central de cualquier intervención preventiva.

En definitiva, el modelo comunitario establece las indicaciones siguientes:

- No hay profesionales sobre los que pueda recaer la responsabilidad exclusiva de hacerse cargo de la prevención.
- El consumo de drogas es un fenómeno vinculado con los estilos de vida, es preciso hacer frente a todos los actores sociales que influyen en su configuración: padres, madres, educadores, asociaciones, etc.
- El abuso de drogas no es una cuestión que las administraciones puedan resolver solas. Es la misma sociedad civil quien ha de movilizarse para hacer frente a sus dificultades.
- Las administraciones, gestoras de la vida pública, tienen que asumir esta preocupación como propia y revestir su compromiso de un carácter esencialmente pedagógico y de apoyo cumpliendo con el conjunto de responsabilidades que le son propias.

Marco teórico y principios de intervención

La elección de una estrategia de intervención para la prevención, y consecuentemente para sus programas y actuaciones específicas, tiene que venir avalada suficientemente por la teoría y la investigación.

A día de hoy no existe una única teoría o modelo teórico que explique adecuadamente el por qué del consumo/abuso de las drogas; sí que coexisten diferentes modelos o perspectivas teóricas que han servido y sirven de base al desarrollo de programas específicos de prevención. En este PMPD se adoptará

una perspectiva comunitaria y una serie de principios que deben guiar la prevención. Mantenemos que hay que actuar tanto sobre las características individuales (lo que se llama el modelo de competencias) como sobre las características interpersonales (modelo biopsicosocial) y características socio-culturales (modelo ecológico o modelo social y cultural).

A) MODELO DE COMPETENCIAS

Este modelo relacionado con la prevención de drogas se centra en la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables, que a su vez se logran con la dotación y educación en competencias que los sustenten.

De un modo esquemático se enumeran los criterios y principios básicos de este modelo:

1. El modelo de competencias se asienta en la creencia de que los niños y adolescentes son competentes para crecer y desarrollarse e influir en su entorno, en la creencia de la capacidad para el aprendizaje y adquisición de competencias como estrategia para prevenir problemas de consumo de drogas. Se trataría de desarrollar intervenciones que permitan a las personas el aprendizaje de las competencias necesarias.

2. Se basa en un modelo pedagógico y educacional cuyo objetivo de transmisión de conocimientos y aprendizajes se centra en las habilidades, destrezas y competencias que constituyen los recursos de toda índole para hacer frente al problema de las drogas (habilidades para relacionarse con el entorno, afrontar dificultades, resistir la presión social y de grupo, búsqueda de información, toma de decisiones, etc.).

3. El modelo tiene su origen en los principios de la teoría de aprendizaje social, y utiliza dicha teoría para articular los procedimientos de adquisición, incorporación y multiplicación de las destrezas, habilidades y competencias necesarias.

4. En este modelo no se trata de detectar ni explicar los factores que expliquen los déficits ni los problemas. Se trata más bien de aportar el mayor número posible de habilidades a los individuos, los grupos y las comunidades.

5. El desarrollo de competencias es un proceso que se retroalimenta a sí mismo y por tanto constituye un círculo virtuoso. Una mayor dotación de competencias proporciona mayores probabilidades de afrontar con éxito los problemas y decisiones que se le plantean a los jóvenes; esto ayuda a construir una autoestima más sólida, se incrementa la seguridad del joven en sí mismo, etc.

6. Las intervenciones y estrategias de intervención para el desarrollo de competencias requieren normalmente la participación e implicación activa de la población destinataria, normalmente niños y adolescentes. El fin último de la intervención es dejar en manos del joven o niño recursos (en la forma de competencias) para que actúe y decida saludablemente de forma autónoma fuera de la intervención.

El modelo de competencias recogería, por tanto, todas las perspectivas teóricas centradas en promover destrezas o competencias individuales para afrontar situaciones relacionadas con el consumo/abuso de drogas; dentro de este modelo se podría hablar también del desarrollo de competencias sociales o comunitarias.

B) MODELO BIOPSIICOSOCIAL

No existe un modelo psicológico puro que intente explicar el consumo y abuso de drogas sino que el más cercano se ha cualificado como modelo biopsicosocial para integrar tanto características individuales como componentes afectivos o cognitivos y aspectos del entorno y de la situación social. Este modelo se sitúa realmente bajo el paraguas de la psicología social haciendo hincapié en los procesos socializadores de las personas, sobre todo en la socialización primaria.

El modelo biopsicosocial aporta la perspectiva de la importancia del nivel interindividual, es decir de la interacción social. En este nivel se señala por ejemplo que el consumo de drogas se explica, comprende o justifica mejor como resultado de las interacciones establecidas con las personas de nuestro propio entorno social.

Los aspectos claves de este modelo para el análisis del consumo y abuso de las drogas son tres: la sustancia consumida, el sujeto consumidor y la situación social en que tiene lugar el consumo.

El modelo biopsicosocial propone que el consumo y abuso de drogas surge como resultado de la interacción entre diversas variables sin que ninguna de ellas pueda ser considerada la causa primaria. Cada una de las variables y/o factores puede actuar aisladamente en circunstancias específicas o en combinación con los restantes elementos implicados.

El primer aspecto hace referencia a la **sustancia consumida**. Aquí resultan importantes todos los factores relativos al tipo de sustancia utilizada, las cantidades consumidas, la frecuencia de consumo y las vías de administración. Todo esto nos llevaría a clasificaciones diferenciales de las

distintas sustancias según su naturaleza y sus efectos. Ésta es la vía por la que se toma en consideración aspectos estrictamente bioquímicos y otros metabólicos relativos a sus repercusiones en el funcionamiento biológico, fisiológico y neurológico del organismo.

El segundo de los aspectos hace referencia a la variable **sujeto consumidor**. Aquí habría que contemplar factores como la personalidad de base del consumidor individual de drogas, los diversos componentes integrados en sus esferas cognitiva y afectivo-motivacional, tales como la identidad personal, el auto concepto o la autoestima, las actitudes, el locus de control y la impulsividad, o también las percepciones, expectativas, intereses, necesidades, emociones, motivaciones, etc., que puedan estar influyendo en su conducta.

En el tercero de los aspectos se encontraría la variable **situación social del consumo**. Aquí se recogen todos aquellos factores contextuales relativos a la situación social en que se haya inmerso el consumidor de drogas: aspectos del medio sociocultural, comunitario y familiar, y de un modo más específico como variables clave las variables sociodemográficas, el conjunto de las relaciones interpersonales con otros sujetos y dentro de la familia, la escuela o los grupos de referencia; el contenido ideológico de creencias, valores, representaciones, prejuicios, símbolos, que subyacen al comportamiento del individuo o del grupo, etc.

Claramente el modelo biopsicosocial afirma la importancia de las medidas de prevención primaria frente a las correspondientes a los niveles secundario y terciario, insistiendo en la importancia de las medidas psicológicas, educativas y sociocomunitarias frente a las específicamente sanitarias y/o legales.

Entre las numerosas medidas adoptadas desde el modelo biopsicosocial destacan, prioritariamente, las acciones orientadas al fomento del apoyo y cohesión familiar, a garantizar unas condiciones básicas de vida y desarrollo o la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, el empleo y el aprendizaje profesional. Y otras, más específicas, dirigidas hacia el control de los procesos de influencia social, promoviendo entre los individuos o grupos de mayor riesgo de incidencia el reconocimiento de las influencias sociales a que en un momento de determinado pueden verse expuestos, así como el aprendizaje y entrenamiento de habilidades específicas que capaciten al individuo para hacer frente, resistir y rechazar las incitaciones al consumo, tales como entrenamientos en asertividad, autocontrol o habilidades de

afrontamiento, la promoción de la competencia personal y social a través de acciones individuales o grupales dirigidas a fomentar la autoestima, el autoconcepto positivo, el logro y el funcionamiento del individuo o del grupo, o determinadas habilidades cognitivo comportamentales, dotando a la persona y a la familia de un sentido de pertenencia, de control sobre sus destinos y de acceso a la oportunidad.

Como puede verse muchas de sus aplicaciones concretas a la prevención de drogas confluyen con las medidas derivadas del modelo de competencias.

C) MODELO ECOLÓGICO O MODELO SOCIOCULTURAL

Este modelo plantea un marco conceptual más amplio que trata de ofrecer una comprensión sociológica y antropológica de la conducta cultural y las normas sociales en relación con el consumo de drogas.

El modelo ecológico o sociocultural considera la conducta humana como el resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales, reconociendo, hasta cierto punto, la existencia de una base biológica en la explicación del comportamiento.

El elemento biológico justifica el reconocimiento de una cierta susceptibilidad individual a la drogodependencia, que remite directamente al concepto de «sensibilización» como opuesto al de «tolerancia». Algunos estudios han mostrado cómo suele haber antecedentes familiares en caso de drogodependientes y para ciertas sustancias.

Pero la base del modelo es la parte cultural y social, al señalar la influencia del entorno sobre la conducta del individuo. Las normas y reglas establecidas por la sociedad condicionan, y en algunos casos peculiares llegan a determinar, el uso de drogas. Por otra parte, los patrones culturales también son elementos reguladores del uso de determinados tipos de sustancias disponiendo e imponiendo ciertos mecanismos, en unos casos de control y en otros favorecedores del consumo.

Desde este modelo las intervenciones deben ir dirigidas prioritariamente al conjunto de la sociedad, globalmente considerada, haciendo hincapié en la redefinición del uso de drogas.

Por todo ello si no se cambian las estructuras sociales y culturales que dan soporte al uso de las drogas difícilmente se llevarán a cabo cambios reales a la hora de prevenir el uso y abuso de las drogas. Así, se propician actuaciones específicas para cambiar las pautas culturales de consumo

utilizando intervenciones educativas, medidas legislativas y de control social y promoviendo en última instancia, el cambio cultural y la modificación de las normas sociales que apoyan o regulan el consumo de determinadas sustancias.

Los tres modelos son complementarios y recogen la mayoría de las bases teóricas que hoy en día sustentan los programas de prevención que se están aplicando.

Ésta es la postura mayoritariamente mantenida por las instituciones, organizaciones y autores más relevantes.

Los programas y actuaciones específicas del PMPD de San Roque se encuadrarán en esta estrategia amplia de intervención en prevención; la evaluación continua permitirá adecuar las intervenciones, mejorándolas, reformándolas y puntualmente desechando aquellas que no logren los objetivos señalados en un proceso de aprendizaje continuo.

II. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La estructura del plan al tratarse de una planificación transversal que implica a la mayor parte de áreas del ayuntamiento, tiene que contemplar objetivos y acciones operativas que incluyan los diferentes ámbitos municipales.

2.1. LA COMISIÓN POLÍTICA

Es el máximo órgano de decisión del PMPD y está formado por representantes políticos con voz y voto, en concreto, el alcalde y los concejales y concejalas de bienestar social, salud, educación, juventud, deportes y participación ciudadana.

Esta comisión se reunirá una o dos veces al año en sesión plenaria.

Sus funciones son:

- Asignar y aprobar el presupuesto anual del PMPD.
- Acordar los criterios y aspectos de cooperación anual.
- Nombrar a los responsables del grupo motor de la comisión técnica.
- Proponer los proyectos que se consideren prioritarios para el PMPD.
- Aprobar el plan de trabajo anual que presente la comisión técnica.

2.2. LA COMISIÓN TÉCNICA

Estará formada por técnicos y agentes del municipio procedentes de todos los ámbitos implicados en la implementación del PMPD. La formación de esta comisión deberá valorar la implicación de las diferentes áreas municipales y de los agentes clave para participar activamente en las diferentes fases del Plan:

- Técnico de servicios sociales y salud
- Técnico de deportes
- Técnico de juventud
- Referente de la policía local
- Referente de la policía autonómica o nacional
- Técnico de prevención del centro de atención de drogodependencias de la zona
- Representante de los centro/s de enseñanza infantil y primaria del municipio (jefe de estudios o director)
- Representante de los instituto/s de enseñanza secundaria del municipio jefe de estudios o director)
- Representante del Área básica de salud

Cuando se desee profundizar sobre un tema se pueden realizar grupos o mesas de trabajo más reducidos, sólo con aquellos agentes directamente implicados.

También será interesante optar por grupos concretos de trabajo para tratar temas muy específicos, por ejemplo la elaboración de protocolos de detección e intervención de consumo de drogas en los centros educativos, donde se invitará a participar a todos los agentes con una posible implicación; o para tratar el tema del ocio nocturno que comportaría invitar a propietarios de establecimientos de ocio nocturno, agentes de seguridad y los mismos jóvenes. También, para trabajar la prevención en las empresas se puede invitar a PYMES (pequeñas y medianas empresas) y otros directivos empresariales, así como el área de participación ciudadana, etc.

La frecuencia de encuentros de los grupos de trabajo tiene que consensuarse con los miembros que la formen y en función de la necesidad. Es importante planificar la temporalización y el calendario de reuniones.

Los grupos de trabajo han de conjugar representatividad y operatividad. El primer criterio supone amplitud para que todos estén representados, mientras que el segundo criterio requiere limitar la amplitud del grupo. Así, en caso de conflicto habría de prevalecer la voluntad de garantizar la representatividad de los distintos actores sociales.

Actualmente el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es otra vía para canalizar la participación comunitaria en un PMDP.

Grupo Motor

Estará formado por:

- Un técnico del Área del ayuntamiento referente del PMPD
- Un técnico especializado en drogodependencias, o en su defecto un técnico de las áreas referentes, bien de servicios sociales, juventud o salud
- Un técnico de prevención de drogodependencias de la administración referente para la elaboración del plan

Será función del grupo motor presentar a la comisión participativa las propuestas para la elaboración del PMPD el plan de trabajo anual y hacerse cargo de su redacción, el seguimiento de las acciones que se lleven a cabo, su evaluación y las propuestas de mejora.

El Grupo motor se reunirá las veces que sea necesario a lo largo del año. El coordinador/a que lidere el PMPD tiene entre otras funciones convocar a la comisión técnica en plenario una vez al semestre, gestionar los encargos de la comisión política y hacerse cargo de las relaciones institucionales pertinentes.

III. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y DETECCIÓN DE NECESIDADES

Los datos imprescindibles que se necesitan para acercarnos a la realidad del municipio, es decir, a las necesidades reales de San Roque son por una parte los datos generales publicados por las instituciones estatales y autonómicas (ESTUDES, EDADES, “La Población Andaluza Ante las Drogas” etc.); y por otra parte los datos más concretos de la realidad del municipio que

nos permitirán valorar las peculiaridades del mismo (características del municipio, recursos, acciones preventivas, estudios realizados, datos cuantitativos y cualitativos proporcionados por otros agentes sociales del municipio, etc.)

Características del municipio. Datos sociodemográficos

El análisis de la situación es el primer encargo del grupo motor que deberá implicar a la comisión técnica en esta fase de recogida de datos. La finalidad del diagnóstico es poder realizar un mapa de la realidad municipal. Para empezar es importante situar el municipio, la comarca, el tipo de población, la pirámide de edades teniendo en cuenta la variable sexo, etc.

Información territorial
Situación del municipio
Comarca
Kilómetros cuadrados
Relación con otros municipios colindantes
Características relevantes del territorio
Estructura urbana. Movilidad. Comunicación

Indicadores económicos
Tasas de actividad, ocupación por sexo y edad
Tasa de paro por sexo y edad
Actividad económica
Sectores de actividad
Población activa por sexo, edad y sectores de actividad
Nivel de estudios

Indicadores demográficos
Estructura y distribución de la población
La distribución por sexo de estudiantes en los diferentes niveles educativos
Datos básicos y características de los centros educativos
Datos básicos y características de los lugares de ocio utilizados por la población del municipio
Nivel de estudios de la población
Movimientos migratorios
Evolución de la población
Porcentaje de menores de 16 años / Porcentaje de población de 16-29 años

Todos estos datos se pueden extraer del Instituto de Estadística de la Administración u otras fuentes propias del ayuntamiento. En concreto, una descripción del problema del consumo en el municipio y la justificación para realizar una intervención preventiva en el mismo, podemos encontrarlas en el **ANEXO I**

Recursos del municipio

En este apartado describiremos los equipamientos de que dispone el municipio y a qué colectivo se dirigen, las entidades que trabajan en el municipio (tercer sector) y los recursos humanos y económicos que se pueden destinar al PMPD.

A) RECURSOS HUMANOS

Son los profesionales de la administración asignados específicamente al diseño, implementación y evaluación del plan local coordinados por el técnico referente que dirige el equipo.

El papel del técnico de drogas es coordinar el plan, catalizar la comisión técnica, y preparar la información y propuestas concretas.

B) RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto es un instrumento de gestión de los recursos económicos disponibles que destina el municipio y otras administraciones implicadas para el diseño, implementación y seguimiento del plan. Es decir, la dotación económica

cifrada que se destina al plan, por tanto, es preciso tener en cuenta la naturaleza económica de los ingresos y los gastos.

Resumen de acciones preventivas realizadas

Para poder planificar las actuaciones preventivas a realizar es imprescindible elaborar una breve descripción de las acciones que se han desarrollado en el municipio en los últimos años, así como las acciones preventivas que se están llevando a cabo en el municipio durante este año. La finalidad es programar actuaciones complementarias y/o de continuidad y evitar repetir actuaciones.

En el **ANEXO II** encontraremos información detallada al respecto.

Datos cuantitativos

Para valorar la situación local en la recogida de datos se utilizan diversos métodos de recogida de información. Podemos diferenciar los datos cuantitativos que provienen de:

1. Fuentes externas al municipio: Encuesta de salud de la comunidad autónoma “La Población Andaluza ante las Drogas”, encuesta ESTUDES, encuesta EDADES, etc.
2. Fuentes internas al municipio. Indicadores recogidos por los diferentes profesionales del municipio a través de encuestas, memorias y otras fuentes de información.

Policía local y autonómica o nacional
Número de incautaciones y tipo de sustancias en el último año
Número de delitos relacionados con el tráfico de drogas en el último año
Comparativa con el año anterior
Número de delitos relacionados con el consumo de drogas en el último año
Número de puntos de venta de sustancias ilegales localizados en el municipio actualmente
Número/tipo de actuaciones de prevención de drogodependencias realizadas en el último año
Número de denuncias realizadas por posesión de drogas

Número de denuncias realizadas por consumo de drogas
Número de controles de alcoholemia realizados
Número de controles de positivos
Número de accidentes de tráfico por consumo de tóxicos

Centro de atención a las drogodependencias
Número de casos actuales en tratamiento
Número de demandas de tratamiento
Número de consultas informativas
Número de casos en tratamiento en otros recursos
Número y tipo de actuaciones preventivas desarrolladas

Centro de atención primaria y hospital
Número de casos registrados
Número de casos atendidos en urgencias
Número de consultas realizadas en materia de drogodependencias
Número y tipo de actuaciones preventivas realizadas

Centros de educación primaria
Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Centros de educación secundaria
Número y tipo de actuaciones preventivas realizadas
Número de casos detectados por consumo
Tipos de intervención en casos de consumo

Puntos de información juvenil
Número de consultas relacionadas con las drogodependencias
Número de derivaciones a otros recursos específicos
Número de incidencias relacionadas con el consumo
Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Servicios sociales
Número de consultas relacionadas con las drogodependencias
Número de detecciones relacionadas con la problemática de las drogas
Número de derivaciones a recursos específicos
Número de casos en rehabilitación y seguimiento
Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Datos cualitativos

Podemos diferenciar entre datos cualitativos preexistentes, es decir, información cualitativa recogida en el pasado y que está disponible, y datos cualitativos primarios que se recogen para realizar el diagnóstico de necesidades.

La utilización de técnicas cualitativas para el diagnóstico es absolutamente relevante por al menos dos razones:

- Son técnicas participativas que aportan otras perspectivas de actores y grupos sociales de la comunidad.
- Sirven para movilizar a la comunidad sobre los problemas de las drogas y las actuaciones a realizar.

Las técnicas cualitativas utilizadas serán:

1. Grupos de discusión o focalizados.
2. Entrevista a informantes clave.
3. El foro comunitario o asamblea participativa.

4. Sesiones participativas con los agentes locales y representantes de asociaciones y entidades.

Conclusiones y necesidades detectadas en el diagnóstico

Una vez analizados los datos del diagnóstico, se debe elaborar un resumen con conclusiones que recogen las principales necesidades detectadas en el municipio que nos servirán de punto de partida a la hora de plantear los objetivos y las acciones preventivas del PMPD (en su caso programas o proyectos) y la temporalización del mismo.

Para ello podremos remitirnos al **ANEXO III**

IV. OBJETIVOS Y POBLACION DESTINATARIA

4.1. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos deben de formularse de un modo claro, que sean posibles y evaluables; se plantean a largo plazo, se formulan en términos más abstractos y se insertan en el marco general. Han de describir la meta hacia la que se dirige el PMPD que constituye la razón y motivo de intervenir.

En nuestro caso, los objetivos generales serán los siguientes:

- Prevenir y reducir el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, así como aquellas adicciones sin sustancias (nuevas tecnologías)
- Estimular la participación de la población y sensibilizarla ante la problemática de las drogodependencias.
- Incidir especialmente en colectivos específicos de riesgo.
- Fomentar programas de prevención dirigidos a las familias.
- Impulsar, asesorar y coordinar los programas de prevención en contexto educativo.
- Coordinar los agentes que intervienen en el ámbito de las drogas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La definición de los objetivos específicos debe estar en concordancia con las necesidades detectadas en el diagnóstico y con los objetivos generales. Posteriormente, mediante una serie de actividades conseguiremos determinados resultados coherentes con los objetivos específicos, los cuales nos llevarán de nuevo al objetivo general.

En concreto se marcarán los siguientes objetivos específicos:

- Ofrecer información adecuada sobre las sustancias y sus efectos a corto y largo plazo, tanto sobre el organismo como sobre el comportamiento social e interpersonal.
- Dotar de herramientas que permitan evitar o enfrentarse a los principales factores causantes de la iniciación en el consumo de las drogas, incidiendo en un mayor nivel de competencia social (*educación socio-afectiva, autoestima, seguridad y pertenencia, solución de problemas, educación sexual, etc.*)
- Reducir la imagen social positiva del consumo, sobre todo del hachís.
- Mejorar y facilitar la coordinación y los vínculos con los agentes que intervienen en los distintos ámbitos de la población (comunidad, familia, escuela, empresas, ...)
- Promocionar diferentes alternativas ocupacionales libres de drogas, sobre todo durante los fines de semana.
- Velar para que se cumpla la normativa de venta de alcohol y tabaco en los establecimientos, superficies comerciales y centros de ocio.
- Reducir la disponibilidad de drogas ilegales.
- Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos de prevención y atención existentes en el territorio a toda la ciudadanía.

4.3. POBLACIÓN DESTINATARIA

Los objetivos específicos deben estar formulados teniendo en cuenta a qué población se dirigen.

Una casuística particular del Municipio de San Roque es el amplio número de núcleos de población, a la vez que dispersos, por tanto los destinatarios serán diferentes según el tipo de actuación/actividad.

Actualmente, la población total de San Roque es de 32.485 con lo que todas las actividades dirigidas al *ámbito comunitario*, tendrían en principio que llegar a su totalidad. Las actuaciones más específicas, tendrán un colectivo y un número predeterminado. A la hora de describir las actividades se especificará el número delimitado por rango de edades y colectivos; no obstante, en términos generales podríamos destacar:

- En función de los colectivos con los que trabajarán directamente los técnicos de prevención de drogas, un TOTAL de 987 destinatarios:

Adolescentes de 1º y 2º de la ESO: unos 750 alumnos (30 grupos de 25 aprox.)
Padres, madres y educadores: unos 120 (8 grupos por 15 aprox.)
Profesorado: unos 37 (22 tutores, 7 directores, 4 orientadores y 4 jefes de estudio)
Menores en situaciones de riesgo: aproximadamente unos 80.

- En función de la población interesada con la que no se trabaja directamente pero sí a través de otras actuaciones diseñadas en el PMPD, un TOTAL de 4.900 destinatarios:

Adolescentes de 15 a 19 años (alternativas de ocio/sensibilización): unos 1.500.
AMPAs (formación / coordinación): aproximadamente 220.
Maestros / profesores / tutores: unos 180
Jóvenes de 20 a 24 años (campañas de información y ocio): unos 1.200
Población entre 25 y 29 años (talleres / sensibilización/ etc.): unos 1.800

V. ESTRUCTURACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y ACTUACIONES

En el momento de planificar las actuaciones preventivas ha de tenerse en cuenta los diversos espacios de la vida social y todos los ámbitos de posible influencia de los profesionales implicados en el plan. Para una mayor

comprensión podemos diferenciar dos niveles de actuación en función del grado de concreción. Así tendríamos:

- Áreas generales de actuación, con sus objetivos correspondientes
- Ámbitos e intervenciones específicas de actuación

5.1. ÁREAS GENERALES DE ACTUACIÓN

Reducción de la demanda

- Ofrecer a la población herramientas para mantener actitudes favorables al no consumo de drogas.
- Proporcionar a los individuos habilidades para fortalecer la capacidad personal para rechazar el ofrecimiento de drogas.

Detección precoz y orientación

- Trabajar en sistemas eficientes de detección del consumo de drogas antes que sea problemático.
- Orientar y/o derivar los casos detectados a los servicios correspondientes, desarrollando vías de actuación específicas.

Reducción de riesgos

- Ofrecer herramientas a los individuos y a los colectivos para la gestión de riesgos derivados del consumo de drogas.
- Asumir la prevención como una práctica educativa y sanitaria sin valoración moral que contemple el consumo responsable y que desarrolle capacidades y habilidades para gestionar ciertos factores de riesgo.

Reducción de daños

- Desarrollar estrategias individuales y colectivas en el ámbito social y sanitario dirigidas a mejorar la calidad de vida y la asistencia a las personas con problemas derivados del consumo de drogas.
- Reducir y minimizar los efectos negativos del consumo de drogas.

Información y conocimiento

- Conseguir un mayor grado de conocimiento de la realidad de la comunidad en relación al consumo de drogas y de la tarea que se desarrolla en la ciudad por parte de los servicios y entidades implicadas.

- Mejorar y ampliar los sistemas de registro y evaluación de los indicadores del consumo de drogas en la ciudad.
- Desarrollar sistemas de retroalimentación de información con los servicios y entidades implicadas.

Cada uno de los niveles de actuación se orientará, de forma prioritaria, a tres ámbitos de trabajo: educación, tiempo libre y comunidad.

A) EDUCACIÓN

Actuaciones dirigidas a la comunidad educativa incluyendo a los diferentes agentes que participan: alumnado, profesorado, madres y padres.

B) OCIO Y TIEMPO LIBRE

Actuaciones que se realizan en el tiempo libre en general incluyendo el ocio nocturno.

C) COMUNIDAD

Actuaciones de carácter universal y las dirigidas a colectivos específicos de la comunidad

5.2. ÁMBITOS E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE ACTUACIÓN

Los ámbitos de actuación y ejemplos de algunas de las posibles intervenciones podrían ser los siguientes:

Ámbito educativo. Intervenciones dirigidas a los centros escolares y a los profesionales del ámbito educativo:

- Disponer de un protocolo de detección y actuación consensuado por todos los agentes implicados en los centros de educación secundaria.
- Poner a disposición de los jóvenes iniciativas innovadoras dirigiéndose a ellos a través de las redes sociales.
- Realizar cursos de formación y asesoramiento a profesionales del ámbito educativo.
- Ofrecer programas de prevención universal para trabajar las habilidades sociales en educación primaria.
- Implementar programas de prevención de drogas dirigidos a alumnos de 12 a 16 años de educación secundaria.

- Ofrecer talleres de prevención de consumo de alcohol y tabaco y otras drogas en educación secundaria.
- Ofertar talleres de educación emocional en educación secundaria.
- Realizar talleres preventivos en la educación postobligatoria (ciclos formativos, bachillerato, etc.).
- Realizar visitas guiadas a exposiciones de prevención de drogas.
- Elaboración de material específico de alcohol, tabaco y cannabis.
- Realizar controles periódicos y presenciales por parte de los cuerpos de seguridad.
- Desarrollar sesiones educativas para trabajar la prevención del consumo de drogas

Ámbito familiar. Intervenciones dirigidas a padres, madres y tutores de menores:

- Llegar a los padres y madres a través de los alumnos. Crear espacios de encuentro para fomentar la formación e información.
- Generar un dispositivo capaz de atender estas dudas de forma personalizada, ofreciendo además los recursos más idóneos.
- Facilitar de forma regular material y formación a las familias.
- Ofrecer talleres o charlas con pautas concretas de actuación frente a situaciones de consumo.
- Organizar escuelas de padres y madres de adolescentes, para conseguir mejorar la relación de comunicación padres/madres e hijos/hijas.
- Formar a padres y madres como agentes preventivos, facilitar intercambio de experiencias, etc.
- Realizar talleres para padres y madres de adolescentes (autoestima, comunicación, presión de grupo, resolución de conflictos, normas y límites, estilos educativos, etc.).
- Creación y difusión de materiales informativos para padres y madres.
- Aplicación de programas familiares universales de entrenamiento en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias

Ámbito de ocio y tiempo libre. Intervenciones dirigidas a la educación no formal, a locales de ocio nocturno y a la programación cultural de ocio juvenil:

- Mantener e incrementar los controles de alcoholemia como herramienta disuasoria.
- Ofrecer alternativas de transporte público seguro y asequible, como autocares del ocio o fomentar programas de conductor alternativo.
- Implantar programas que supongan la implicación de los empresarios para facilitar la formación de los profesionales, como folletos y material informativo sobre el uso y el abuso de sustancias.
- Aumentar la practica de actividades deportivas, para fomentar hábitos saludables.
- Ofrecer alternativas los fines de semana y noches, como abrir las piscinas y polideportivos los sábados por la noche.
- Formar a monitores de deporte y tiempo libre sobre prevención y detección de conductas de riesgo en jóvenes.
- Ofrecer talleres de cócteles saludables como alternativa al alcohol.
- Ofrecer actividades de ocio alternativo atractivas y estimulantes como: talleres de DJ, de cine, para aprender a ligar sin alcohol, vídeo-forum, etc.
- Formar a los propios jóvenes como agentes de salud.
- Facilitar la organización de actividades a través de los propios jóvenes.
- Prevenir el consumo de alcohol y otras drogas en grandes acontecimientos (conciertos, fiestas mayores, carnaval, etc.) mediante estands/puntos de información.
- Asesorar on-line a los jóvenes.
- Utilizar las nuevas tecnologías para difundir las acciones del plan de drogas.
- Formar en la dispensación responsable de bebidas alcohólicas dirigida a personal del gremio de restauración (pubs, discotecas, etc.)
- Realizar campañas sobre alcohol y conducción dirigidas a jóvenes.
- Desarrollar estrategias de información y prevención sobre alcohol y otras drogas en el ámbito del ocio nocturno.

Ámbito laboral. Intervenciones dirigidas a empresas y centros de formación ocupacional:

- Realizar campañas informativas y de sensibilización en las empresas, en coordinación con la asociación de empresarios, sindicatos y el servicio de prevención de riesgos laborales.
- Ofrecer charlas informativas sobre los efectos del consumo de drogas en especial el alcohol y el tabaco.
- Incluir la prevención en los controles médicos.
- Elaborar programas de prevención específicos, adaptados a la realidad laboral del personal en materia de prevención de drogodependencias y facilitando tratamiento a aquellas personas con problemas de adicción.
- Promover el cumplimiento de la normativa vigente con respecto a la venta y consumo de tabaco y alcohol en el ámbito laboral.
- Establecer protocolos de información y orientación para los delegados de prevención de riesgos laborales y en el caso de pequeñas empresas y autónomos a través de las mutuas.

Ámbitos comunitario y de la salud. Intervenciones dirigidas a entidades deportivas, culturales, comisiones de fiestas, y asociaciones de vecinos y vecinas, centros de atención primaria, centro de atención a las drogodependencias y centros de salud mental infantil y juvenil.

- Poner en marcha un punto de información y asesoramiento dirigido a la comunidad y darlo a conocer a los ciudadanos.
- Organizar talleres y charlas en las empresas.
- Utilizar los medios de comunicación (radio, prensa, etc.) para acercar a la población temas de salud incidiendo en el consumo de drogas tanto legales como ilegales.
- Controlar el cumplimiento de la normativa de venta de alcohol a los menores.
- Crear una pagina web municipal, que facilite los recursos y la información de acceso.
- Realizar campañas de alcohol y conducción dirigidas a autoescuelas, gasolineras, etc.

- Organizar actividades de sensibilización a la población general: día mundial sin tabaco, día mundial contra el sida, etc.
- Programar medidas alternativas a la sanción administrativa por consumo de drogas ilegales en la vía pública.
- Difundir los servicios y recursos existentes de atención a las personas drogodependientes que existen en el territorio mediante la realización de un catálogo de servicios.
- Crear un servicio de información y asesoramiento sobre drogas dirigido a familias y jóvenes.
- Realizar cursos formativos para empresas para prevenir el consumo de alcohol y tabaco.
- Ofrecer cursos de sensibilización en drogodependencias para agentes sociales de la ciudad: cuerpos de seguridad, profesionales de tiempo libre y ocio, profesionales sanitarios, profesionales de intervención social, etc.

Ámbito de los medios de comunicación. Intervenciones dirigidas a la radio, televisión y prensa local y comarcal, además de otros medios de comunicación digitales:

- Difundir recomendaciones y guía de buenas prácticas para medios de comunicación y profesionales de la información.
- Facilitar formación a los medios de comunicación con el objeto de que realicen un adecuado tratamiento de la información en materia de drogodependencias.
- Informar a los medios de comunicación sobre las actuaciones que se llevan a cabo a través del PMDP y que pueden tener interés para la opinión pública

Ámbito de intervención en colectivos en situación de riesgo. Intervenciones dirigidas al alumnado absentista, las familias usuarias de Asuntos Sociales con menores a cargo y jóvenes consumidores o manifestantes de otras conductas problemáticas, ya sean de carácter personal, familiar o social:

- Realizar campañas informativas y de sensibilización frente al abandono escolar y sus repercusiones.
- Crear grupos formativos/educativos con las familias incluidas en los Equipos de Menores y de Tratamiento Familiar
- Elaborar programas de prevención adaptados a la realidad de los menores que ya se han iniciado en el consumo y facilitar su derivación a recursos especializados si fuera necesario.
- Organizar talleres específicos para los menores (habilidades sociales, resistencia a la presión de grupo, autoestima, etc.)
- Difundir los recursos existentes para colectivos de vulnerabilidad social.

Todas las anteriores propuestas de acción tienen que ser viables y con una correcta disposición inicial de recursos para llevarlas a término; se tienen que elaborar a partir del diagnóstico y teniendo en cuenta las principales necesidades detectadas, para lo cual deben ser también evaluables, dinámicas y revisables.

Finalmente, para poder asumir cualquiera de las intervenciones se requerirá la coordinación entre los diferentes agentes y entidades que intervengan así como la participación de la ciudadanía.

TEMPORALIZACIÓN

Es necesario realizar un cuadro de temporalización, tanto en relación al proceso de elaboración del PMPD como en relación a su implementación, con el objetivo de que se cumplan los plazos establecidos en cada una de las fases.

6.1. PROCESO DE ELABORACIÓN

Antes de iniciar cualquier PMPD tenemos que contar con una serie de requisitos:

- Compromiso político del ayuntamiento con la aprobación del órgano competente.

- Determinación del área municipal responsable y nombramiento de un técnico responsable del plan.
- Nombramiento de las personas que integrarán el grupo motor e impulsor del plan.
- Coordinación con los diferentes agentes sociales implicados: sanidad, juventud, educación, servicios sociales, policía, etc. y la participación o previsión de la participación de la comunidad.
- Disponer, o bien realizar, un diagnóstico de la situación.

Una vez contamos con el cumplimiento de dichos requisitos pasaremos a las cuatro fases de elaboración:

1. **Aprobación de la propuesta de elaboración del PMPD.** Se realizará por junta de gobierno local o por pleno por parte de la comisión política. Se describirán las personas que la forman y las funciones de cada comisión. También deberá incluir una justificación de la necesidad de crear un PMPD.
2. **Elaboración de la propuesta de plan.** Se hará referencia al compromiso y voluntad política del municipio en la elaboración del plan. Se describirá el marco conceptual / teórico así como los principios rectores, normativas, diagnóstico y detección de necesidades, definición de objetivos, estructuración de los objetivos y acciones, etc.
3. **Aprobación del Plan.** Deberá aprobarse por el pleno municipal el documento final del plan de prevención de drogas por cuatro años.
4. **Presentación del Plan.** Se realizará un acto de presentación y difusión del PMPD

En concreto para el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias de San Roque los tiempos en esta primera fase serán los siguientes:

FASES DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN	
Del 15 al 30 de Septiembre de 2016	Aprobación de la propuesta de elaboración del PMPD.
Del 3 al 31 de Octubre de 2016	Elaboración de la propuesta del PMPD
Del 2 al 18 de Noviembre de 2016	Aprobación del PMPD
Del 21 al 30 de Noviembre de 2016	Presentación del PMPD

6.2. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN

A largo plazo: PLAN DE ACCIÓN (cuatrienal)

El plan de acción recoge todas aquellas acciones que se prevén que se desarrollarán en un período de cuatro años desde el inicio del plan. A este plan de acción le denominamos plan marco.

A continuación se muestra un cuadro descriptivo de lo que sería un ejemplo de nuestro plan marco para cuatro años prorrogables.

PLAN MARCO 2017 - 2020			
OBJETIVOS GENERALES			
-			
-			
-			
Programación 2017	Programación 2018	Programación 2019	Programación 2020
Objetivos específicos Ámbitos/Intervenciones	Objetivos específicos Ámbitos/Intervenciones	Objetivos específicos Ámbitos/Intervenciones	Objetivos específicos Ámbitos/Intervenciones
Programas	Programas	Programas	Programas
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
Actividades	Actividades	Actividades	Actividades

Después de la aprobación del plan, cada año el grupo motor elaborará una propuesta de plan de trabajo anual que presenta, primero a la comisión técnica para que haga sus aportaciones y observaciones, y posteriormente a la comisión política para su aprobación.

A corto plazo: PLAN DE TRABAJO (anual)

Una vez redactado el documento marco del PMPD deberá elaborarse el plan de trabajo para el primer año de su implementación y así sucesivamente.

Este plan debe contemplar los programas y actividades, priorizadas previamente por la comisión técnica, que se llevarán a cabo en cada ámbito de actuación.

La ficha síntesis que se ofrece a continuación es un ejemplo que debe elaborarse para cada actividad y en todos los ámbitos en función del área general de actuación elegido.

ÁREA GENERAL DE ACTUACIÓN: INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Aumentar la información y la formación de los “agentes sociales” que pueden incidir de una manera más efectiva en la prevención	
Actividad	Curso de sensibilización en drogodependencias para agentes sociales del municipio
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales de intervención social - Monitores de ocio y tiempo libre - Profesionales sanitarios
Temporalización	Enero – Febrero 2017
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Número de personas participantes - Número de material distribuido - Grado de aumento de la información - Grado de satisfacción
Instrumentos de evaluación	Cuestionarios antes y después de la actividad.

VII. EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre el valor y el mérito de nuestro plan y sus actuaciones. Podremos conocer qué ha sucedido y saber si hemos conseguido o no lo que pretendíamos.

La evaluación es clave para organizar la comparación entre la situación prevista a la que queremos llegar y la situación real. Esta comparación nos dará información sobre el alcance de los resultados obtenidos en relación a lo inicialmente previsto.

Evaluar tiene muchas funciones y objetivos de los que conviene destacar los siguientes:

- Revisar y reorientar en su caso, el desarrollo de la implantación del plan incluyendo el funcionamiento cotidiano del mismo.
- Estimar los resultados logrados y obtener conclusiones.
- Proponer mejoras y cambios, justificados por la información recogida en la evaluación, en el plan o en alguna parte del mismo.

La evaluación del PMPD de San Roque se desarrollará a lo largo de todo el proceso – elaboración del plan, implantación y funcionamiento cotidiano – y no sólo al final. Parece razonable realizar los tres tipos de evaluación que a continuación se detallan, sin embargo el primer tipo no hace falta preverlo en el propio plan porque precisamente se efectúa antes de que sea aprobado finalmente por la autoridad política. La previsión y el diseño de la realización de los otros dos tipos de evaluación deben formalizarse en el propio plan formando parte de él.

FASES DE LA EVALUACIÓN DEL PMPD	
Antes de la intervención	Evaluación del diseño y de la planificación
Durante la intervención	Evaluación de la calidad y del proceso
Después de la intervención	Evaluación de los resultados

POSIBLES INDICADORES GENERALES DE EVALUACIÓN
<p>Indicadores cuantitativos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de destinatarios - Número de intervenciones. - Número de asociaciones, empresas, colectivos... - Número de asistentes a cada actividad concreta. - Actividades realizadas y suspendidas. - Número de impacto en los medios de comunicación. - Recursos empleados.
<p>Indicadores cualitativos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la comunicación y colaboración entre los distintos colectivos o instituciones.

- Participación de un colectivo especialmente marginado o en riesgo.
- Sacar a la luz una problemática latente.
- Análisis de contenido sobre el tratamiento por los medios de comunicación.
- El programa como punto de partida para la creación de una nueva intervención.

Indicadores específicos para el trabajo realizado con grupos de menores

- Nº total de grupos con los que se ha trabajado en el período evaluado.
- Nº de grupos con los que se ha continuado trabajando del período anterior.
- Nº de grupos de nueva incorporación.
- Nº de grupos reincorporados de otros períodos.
- Características de los grupos: edad media/distribución por sexos.
- Actividades realizadas con los grupos.
- Personas que han colaborado en el desarrollo de las actividades.
- Vía de captación.
- Trabajo con grupos en colaboración con organizaciones formales.

Indicadores específicos para el seguimiento individual de menores en situación de riesgo

- Total de menores con los que se ha trabajado en este período.
- Menores se ha seguido trabajando de período anterior.
- Menores con los que se ha reiniciado el trabajo.
- Menores de nueva incorporación.
- Menores incorporados a los grupos derivados a centro ambulatorio.
- Menores derivados a actividades normalizadas.
- Menores derivados a otros recursos especializados.
- Actividades realizadas con estos menores.
- Personas que han colaborado en estas actividades.
- Vía de captación.
- Características del menor

7.1. EVALUACIÓN DEL DISEÑO Y DE LA PLANIFICACIÓN

Se lleva a cabo una vez se ha proyectado y diseñado la intervención preventiva antes de la implantación de la misma. Puede hacerse en el plan local de prevención antes de su aprobación final y/o puede hacerse en cada

uno de los programas, proyectos o actuaciones puntuales o sistemáticas que se lleven a cabo en el marco de dicho plan.

La evaluación del diseño y planificación es una comprobación de que el plan (o una intervención concreta):

- Se justifica o apoya en una teoría de intervención suficientemente avalada empíricamente
- Es coherente con el diagnóstico de la situación efectuada al inicio de la puesta en marcha de la elaboración del plan
- Es coherente así mismo con los principios que deben guiar la intervención en prevención de drogodependencias
- Todas las partes del plan o intervención guardan coherencia entre si
- Y por último, que el plan es evaluable

Se trata, por tanto, de un análisis sobre el papel y de tipo lógico del plan o de las intervenciones específicas, sean programas, proyectos o actuaciones, que idealmente debería hacer alguien externo al diseño de la intervención. Podría ser algún técnico miembro de la comisión técnica pero en principio nadie del grupo motor.

7. 2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y DEL PROCESO

Va dirigida a la valoración de la implantación y aplicación de la intervención preventiva y de las reacciones de los participantes, e implica los siguientes pasos:

1. Decidir qué variables proporcionarán información útil sobre cómo se ha llevado a cabo la intervención.
2. Seleccionar los métodos e instrumentos para recoger dicha información.
3. Establecer dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos.
4. Decidir quién suministrará la información.
5. Previsión del tipo de análisis de los datos y la utilización de los informes y análisis.
6. Análisis de las estrategias, componentes y métodos que se han aplicado a la práctica comparado con el plan original.

7. Estudio de las fuentes de datos e instrumentos que se han utilizado para medir la aplicación de la intervención comparado con el plan original.
8. Revisión de los recursos utilizados en la práctica en comparación al plan original.
9. Comprobar si la intervención ha llegado al grupo objetivo, cuánto ha durado en realidad la intervención y cuántas actividades se han llevado a cabo en comparación al plan original.
10. Descripción de la muestra o población diana (tipo de selección, variables demográficas, tamaño, posibles diferencias entre las características de la muestra y las del grupo objetivo global, abandonos y sus motivos).
11. Análisis de la calidad «subjetiva» de la intervención (reacciones del grupo objetivo como aceptación, grado de identificación, participación, etc.). Además, conviene desarrollar indicadores de calidad objetiva (grado de protocolización de las intervenciones, abandono o retención de participantes en actividades, etc.).
12. Casi todos los aspectos señalados llevan a la explicitación de cómo va a ser el sistema de información para la gestión y evaluación del plan. Este sistema debe proporcionar los datos para este tipo de evaluación y también para la evaluación de resultados. Por tanto, habrá que especificar claramente cómo será dicho sistema.

7.3. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tiene por objetivo el análisis de los efectos de la intervención e incluye los siguientes puntos:

Planificación de la valoración de los resultados

- Tipo de indicadores
- Planteamiento cuantitativo o cualitativo
- Instrumentos, fuentes, frecuencia de recogida y previsión del tipo de análisis de la información

Tipo de diseño evaluación de resultado

- Tipo de diseño, instrumentos recogida y análisis de datos a utilizar

Plan de análisis de los resultados, cómo la intervención ha afectado

- El consumo de drogas en la población diana
- Los objetivos fijados respecto al grupo objetivo intermedio y los diversos subgrupos como hombres / mujeres y grupos de edad

Elaboración de las conclusiones en relación a los resultados

- Si se han obtenido los resultados previstos
- Cuáles son los resultados más importantes
- Hasta qué punto está la seguridad de que la intervención ha generado los resultados esperados
- Qué explicación se puede dar de los resultados negativos y propuestas de futuro
- Qué similitudes y diferencias encontramos respecto a otros estudios con objetivos y poblaciones diana parecidas, etc.)

ANEXO I

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN Y DETECCIÓN DE NECESIDADES

NATURALEZA, ALCANCE Y LOCALIZACIÓN DEL PROBLEMA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES

El problema actual de consumo de sustancias, su alcance y naturaleza en nuestro municipio no se entendería sin un análisis retrospectivo en el tiempo, el cual aporta datos acerca de la larga tradición que existe en esta zona sobre el narcotráfico y el alto índice de drogodependientes sin recursos laborales específicos.

En el libro “Tráfico y consumo de drogas en el Campo de Gibraltar” (1990), su autor, Sánchez Tostado, pone de manifiesto de forma cuantitativa el gravísimo problema de salud pública que por entonces sufría esta comarca. En el estudio se realiza un exhaustivo recorrido por las clases de estupefacientes, se analizan los decomisos de droga por las fuerzas de seguridad, los aspectos socio-criminales de las zonas de residencia más problemáticas, el desempleo y la incidencia del consumo de drogas en la población del Campo de Gibraltar. Las elevadas tasas de drogodependencia registradas a finales de los años ochenta, así como el trasiego de lanchas rápidas que transportaban tabaco procedente de Gibraltar o hachís procedente del norte de África eran de conocimiento público.

En la actualidad, el panorama ha ido cambiando, se ha producido una disminución visual de ciertos hechos: jeringuillas tiradas en el suelo, personas ofreciendo drogas, consumos en lugares públicos...y en ello ha tenido mucho que ver todo el movimiento asociativo y vecinal iniciado a finales de los ochenta, especialmente en las zonas de Estación de San Roque y Taraguilla. No obstante, esas actuaciones estaban muy centradas en la parte asistencial, y no ha sido hasta hace poco más de una década, fecha en la que se inicia el Programas “Ciudades ante las Drogas”, cuando se comienza a “invertir” en prevención.

La falta real de recursos y alternativas saludables para los jóvenes; la aceptación, por una gran parte de la población, del consumo de la marihuana-hachís y del tráfico de tabaco; la accesibilidad a ciertas sustancias dada la situación geográfica, los elevados índices de paro actuales...hacen de la intervención preventiva en drogodependencias una necesidad de primer orden y un reto que debe alcanzar sobre todo a aquella población de mayor riesgo (colectivos específicos y zonas de Estación y Taraguillas), y de ahí en seguir

insistiendo cada año en actividades destinadas a Prevención Selectiva e Indicada.

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Si hace unos años las intervenciones en materia de drogodependencias tenían un carácter más asistencial y puntual, hoy día no podríamos justificar sólo este tipo de actuación. La percepción de riesgo asociada al consumo ha disminuido, y este descenso guarda una relación inversamente proporcional con el incremento de los consumos (datos obtenidos de un estudio llevado a cabo en los IES de San Roque, donde el 96% afirma no haber sufrido la interferencia de las drogas en el desarrollo normal de su vida y rutinas; y el 90% niega presentar sentimientos de culpabilidad tras consumir drogas).

Por lo tanto, una de las claves consiste en neutralizar esa falsa imagen de inocuidad que poseen algunas sustancias (sobre todo las relacionadas con “consumos recreativos”: alcohol y hachís) en determinados sectores, fundamentalmente juveniles.

Otro aspecto que justificaría una intervención preventiva, es entenderla como una serie de actuaciones que comprometen tanto a las familias, como a los contextos educativos y comunitarios, ya que el consumo de drogas está influido por un gran número de componentes, así que cuántos más factores de riesgo existan, más probabilidad habrá de que se consuman drogas, y cuanto más reduzcamos la vulnerabilidad (factores de protección) menor probabilidad.

Si tenemos en cuenta el dato de ese mismo cuestionario sobre que el 89% no recibe críticas ni de amigos ni de familiares derivadas del consumo, queda más que justificado el esfuerzo por abordar al mayor número de colectivos y contextos en la tarea de prevención de drogas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA:

San Roque se encuentra disperso en un término de 140 Km², la mayor parte a lo largo de la franja litoral, enmarcado parte del mismo en el Campo de Gibraltar.

La población se disemina entre un casco urbano (12.050 habitantes) y ocho núcleos de población distantes de éste entre 5 y 20 kilómetros: Campamento: 1.992 hab., Puente Mayorga: 2.540 hab., Guadarranque-Carteia:

138 hab., Estación de San Roque: 2.634 hab., Taraguilla: 3.205 hab., Valle del Guadiaro: 6.938 hab., Torreguadiaro, San Diego y Puerto de Sotogrande: 1.922 hab., y por último, San Enrique: 1.066 hab; siendo el número total de 32.485 habitantes.

Las características de las distintas barriadas son muy dispares:

- La zona de la Bahía (Campamento, Puente Mayorga y Guadarranque), situada en medio de un importante polígono industrial, se dedica básicamente a la rama de la energía (CEPSA)
- En la zona interior hallamos dos demarcaciones: San Roque, ciudad administrativa de la rama de los servicios y parte histórico-cultural del Municipio; y La Estación, Taraguillas y Miraflores, barriadas originadas por aluviones de población de origen muy diverso, con importantes sectores en paro y marginalidad.
- La tercera zona se extiende hacia el litoral de la Costa del Sol (Guadiaro, Pueblo Nuevo y San Enrique). Presenta un perfil turístico y residencial, representando Sotogrande la zona de más alto status socioeconómico. La población llega a incrementarse hasta en un 200% en temporada de verano.

Los niveles y estilos de vida, por tanto, son muy diversos dependiendo de la zona municipal que nos encontremos, lo cual condiciona cualquier tipo de actuación que se emprenda.

ANEXO II

RESUMEN DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

El Programa “Ciudades ante las Drogas de San Roque”, incluido en los servicios sociales comunitarios, es el responsable de activar e impulsar todas aquellas actuaciones en materia de Prevención de Drogas del Municipio, tanto a nivel público como privado. Entre otras, podemos destacar las siguientes:

- Convocatorias con los responsables de otros departamentos municipales - fundamentalmente Deportes, Juventud, Educación y Cultura - para revisar la Oferta Educativa y el Plan Joven Municipal.
- Reuniones con el coordinador de la Empresa Multimedia de Radio y Televisión para planificar el programa divulgativo (reportajes, entrevistas, convocatorias, premios...)
- Tutorías con los responsables de la prevención escolar que se desarrolla en los Centros Educativos
- Colaboración con la Coordinadora para las Drogodependencias “Alternativas”, fundamentalmente para el desarrollo de las Escuelas de Familia.
- Coordinación con todas las AMPAS del Municipio, sobre todo manteniendo contacto y dando información de manera continua mediante las WEB (facebook y blog escolar)
- Creación del programa de “Servicio Responsable”, donde se convoca a los empresarios y trabajadores del sector hostelero a las Jornadas de Formación durante la campaña de Navidad.
- Reuniones del equipo técnico (semanales) para los casos incluidos en Prevención Selectiva / Indicada.
- Mediante el Departamento de Relaciones Externas se fijan reuniones con las Empresas Privadas (pequeños negocios y Refinería CEPESA) para implicarlos en las iniciativas de Prevención Comunitaria (patrocinio, subvenciones, etc.)
- Por lo que se refiere al Centro Provincial de Drogodependencias, se mantiene estrecha comunicación, sobre todo a través del CTA de La Línea de la Concepción, por compartir los casos de adolescentes con elevados niveles de consumo detectados durante el programa. También se prevén reuniones para continuar con el proyecto “Cine y Educación en Valores”

ANEXO III

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES EN EL MUNICIPIO. CONCLUSIONES

La situación geográfica del Municipio de San Roque, limítrofe con Gibraltar y con el continente africano, facilitan el consumo y el tráfico de drogas. El contrabando y la economía sumergida, más patente en las barriadas de Puente Mayorga, Estación Férrea y Taraguilla, sitúan a la comarca a la cabeza de las dificultades, necesidades y problemáticas sociales.

Los programas de prevención basados en la información son insuficientes; algunos jóvenes, además de presentar las conductas de riesgo asociadas a la adolescencia, también deben afrontar la fácil accesibilidad a las sustancias.

El consumo de sustancias en nuestro municipio en los últimos años tiene un patrón general que podría resumirse del modo siguiente:

- Cannabis: la edad de inicio ha aumentado y se sitúa entre los 14 y 15 años; sin embargo la frecuencia se ha incrementado discretamente.
- Drogas legales, alcohol y tabaco: el consumo sigue estabilizado, incluso ha disminuido en el caso del tabaco. La práctica del denominado “botellón” es más frecuente sobre todo en las ferias y en los acontecimientos populares de las zonas. Una de las peores consecuencias es la accidentalidad al volante (debido a los numerosos desplazamientos para ir de una barriada a otra).
- Cocaína: continúa estable, aunque ligeramente en descenso respecto a otros años especialmente en las zonas de Sotogrande y Pueblo Nuevo de Guadiaro

También podemos señalar, según los Cuestionarios de Ocio, que las salidas nocturnas están programadas a conseguir los efectos “deseados” de las sustancias, es decir: “se sale para colocarse”, “es la mejor forma de diversión”...

Por último, aunque creen poseer bastante información sobre las sustancias (Encuestas Escolares) la mayoría carecen de recursos personales para crear nuevas alternativas de diversión o resistir a la presión grupal.

A todo esto, se suma en muchas ocasiones un ámbito familiar no adecuado generador de comportamientos de riesgo en los hijos (elevado

número de familias desfavorecidas, muchas por causas, directas o indirectas, derivadas de las drogodependencias)

NECESIDADES DETECTADAS

Ámbito educativo

- Falta de pautas de actuación y derivación en caso de sospecha de consumo en los IES (institutos de enseñanza secundaria).
- Dificultad de realizar un trabajo específico, con jóvenes expulsados temporalmente del centro escolar por consumo.
- Las campañas de sensibilización no llegan a los jóvenes.
- Los profesionales de la educación informal (monitores, educadores de tiempo libre) deberían jugar un papel más importante en la consecución de buenos hábitos.
- Necesidad de formación continuada de los profesionales de los IES, salud y escuela, etc.
- Ausencia de programas formativos para 1º y 2º de ESO.
- Necesidad de aplicar programas preventivos entre alumnos de 6 y 12 años.
- Mejorar los conocimientos de la comunidad sobre el consumo del alcohol y el tabaco y sus efectos.
- Vigilancia del consumo y tráfico de drogas cerca de los centros escolares.

Ámbito familiar

- Las asociaciones de madres y padres no se implican lo suficiente, es difícil llegar a las familias.
- Las familias no disponen de un referente a quien consultar sus dudas sobre el tema.
- A menudo los padres no se sienten capacitados para orientar a sus hijos.
- Necesidad de dotar a las familias de pautas de prevención y detección sobre posibles consumos.

Ámbito salud y comunidad

- Se realizan pocas actuaciones dirigidas a la comunidad.
- No existe un recurso estable y especializado que ofrezca información y primera asistencia.
- Dar a conocer las consecuencias y los riesgos del consumo.
- Necesidad de actuaciones en jóvenes con consumo esporádico.
- Promocionar la mejora y mantenimiento de la salud en los ámbitos laborales.
- Mejorar el control del consumo y la oferta de sustancias.
- Realizar campañas sobre alcohol y conducción dirigidas a la población

Ámbito ocio y tiempo libre

- Preocupa las consecuencias de conducir vehículos de motor habiendo consumido alcohol u otras sustancias.
- El sector de ocio nocturno debería tener una mayor implicación tanto en el control como en la prevención.
- Necesidad de ofertas de ocio alternativo al consumo los fines de semana.
- Necesidad de modelos saludables.
- No hay alternativas a la fiesta–botellón de fin de semana.
- Concienciar a los jóvenes sobre los riesgos para la salud, derivados del consumo de drogas y de las enfermedades de transmisión sexual

Ámbito laboral

- Falta de programas preventivos en las empresas.
- Escasas actuaciones preventivas desarrolladas en el ámbito laboral.
- Desconocimiento los beneficios de las medidas preventivas y los costes laborales que el consumo ocasional.
- Falta de formación de directivos y empresarios.

Ámbito de los medios de comunicación social

- Tendencia a abordar con cierta superficialidad el problema de las drogodependencias.
- Tratamiento de la información desde una vertiente jurídico-policial frente a la socio-sanitaria y la de la salud.
- Creación de alarma social.
- Publicación y difusión de noticias con posibles efectos contrapreventivos.
- Presentar una visión parcial y «descontextualizada» del consumo de drogas contribuyendo en ocasiones a agravar el problema.
- Uso de lenguaje e imágenes estereotipadas.
- Exceso de noticias que relacionan el binomio juventud / consumo de drogas.