



AYUNTAMIENTO
DE MAZARRÓN

**PLAN DE
DROGODEPENDENCIAS
Y OTRAS ADICCIONES
DEL
AYUNTAMIENTO DE
MAZARRÓN
2008-2015**

JULIO 2008

ÍNDICE

PLAN DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES DEL AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN 2007-2010

PRESENTACIÓN

PARTE I – MARCO LEGISLATIVO Y COMPETENCIAL Y PROCESO DE ELABORACIÓN

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

MARCO LEGISLATIVO Y ÁMBITO COMPETENCIAL MUNICIPAL

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

CONCLUSIONES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

PARTE II – ESTADO DE LA CUESTIÓN

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN MAZARRÓN

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN MURCIA

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA UNIÓN EUROPEA

PARTE III – LÍNEAS ESTRATÉGICAS, PROGRAMAS Y ACTUACIONES

INTRODUCCIÓN

Aunque de una forma poco constante y descoordinada, el Ayuntamiento de Mazarrón ha venido llevando a cabo múltiples actuaciones con el objetivo fundamental de ayudar a las personas que sufren algún tipo de adicción así como a sus familias, insistiendo no obstante en la prevención de las conductas que dan lugar a problemáticas sociales y personales de este tipo.

Así desde los años ochenta con la irrupción en todo el país del fenómeno del consumo elevado de sustancias ilegales, prácticamente desconocidas hasta ese momento y con consecuencias sociales inéditas y en numerosos casos dramáticas, se inicia la creación de dispositivos y la organización de actividades dirigidas expresamente a esos fines. A este respecto, la Concejalía de Servicios Sociales ha sido desde entonces la responsable de las tareas de atención y prevención. Además es preciso mencionar a otras concejalías, asociaciones ciudadanas y entidades diversas que han ido prestando su ayuda en la elaboración de alternativas viables para afrontar el problema de las drogodependencias.

No obstante desde las diferentes delegaciones y áreas municipales se fueron ofreciendo iniciativas que de forma genérica o específicamente se ha dirigido a prevenir o a paliar los efectos individuales, familiares y sociales producidos por un problema de esta envergadura.

El desarrollo de ordenanzas, así como la labor de vigilancia desarrollada por la Policía Local en relación con la vigilancia de apertura de estos locales y el acceso de los menores a las drogas legales, son servicios que se deben sumar al esfuerzo realizado por el Ayuntamiento de Mazarrón como institución.

Como resultado de los avances en la lucha contra la drogodependencia de estos últimos años asistimos a un cambio sustancial del fenómeno, con la progresiva desaparición de la marginalidad y el estigma social del drogodependiente, para pasar a ser un problema más de salud que de seguridad ciudadana.

Este plan contempla el fenómeno de las adicciones en su globalidad. Por un lado, en cuanto a la causa de la adicción, no se puede restringir a las llamadas sustancias ilegales, percibidas socialmente como tales, si no al conjunto de sustancias capaces de generar adicción, incluyendo las sustancias de mayor uso social y fuente de problemas sociales y sanitarios. Además se contemplan otros trastornos adictivos no producidos por sustancias psicotrópicas, cuyas características son muy similares a las de estos últimos

Otro rasgo de globalidad es el abordaje del fenómeno como multicausal y multidimensional, por lo que la actividad a desarrollar se orienta a la atención a las personas que sufren alguna dependencia, pero también a la inserción social y a la prevención. Esta perspectiva hace necesaria una planificación de la intervención que englobe los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos,

laborales, etc. Será necesario, por lo tanto, el diseño de un plan integral que contemple una coordinación adecuada de los servicios

De hecho, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente respecto a que se trata de un problema de base multifactorial, que cada caso es diferente, parece oportuno realizar el mayor esfuerzo en la prevención, ofreciendo la línea fundamental de trabajo se centra en la prevención de las adicciones. En cuanto a la necesaria integralidad de la respuesta, este Plan recoge todas las iniciativas municipales generadas para paliar el problema desde las diferentes áreas competenciales

El Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Mazarrón, tiene como misión la planificación y ordenación de los recursos, objetivos, programas y procesos que se desarrollan en el ámbito territorial del municipio para incidir en la reducción de las drogodependencias y de los otros trastornos adictivos y sus consecuencias. Tanto los contenidos, como su temporalización y la organización de los recursos expresados en este plan están supeditados al Plan Autonómico [Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social](#), puesto que el Gobierno de la Región de Murcia es el competente en la planificación en la materia.

LA NECESIDAD DE CAMBIOS SOCIALES Y CULTURALES COMO BASE PARA UNA POLÍTICA PREVENTIVA

Podemos desarrollar estrategias de prevención desde dos ópticas; mediante la reducción del consumo, denominado como reducción de la demanda y a partir de la reducción de la oferta, con vistas a disminuir la disponibilidad de la sustancia en el mercado al que accede el consumidor.

Cuando hablamos de la prevención de drogas aplicada a los individuos nos estamos refiriendo a la reducción de la demanda de drogas; esto es, lo que pretendemos es entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda y en este sentido inciden gran parte de las actuaciones de este Plan por coincidir con el ámbito de responsabilidad municipal, más directo y próximo al ciudadano.

Por el contrario, la reducción de la oferta de drogas se orienta a que en el mercado haya menos cantidad o a restringir su consumo. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente o políticas orientadas a tal fin.

Esto es aplicable tanto para las drogas legales como para las ilegales. En una sociedad y un entorno en el que existe una aceptación de algunas sustancias y un consumo cultural ligado al ocio y la celebración debemos plantearnos si es más efectivo marcar un objetivo de abstinencia frente a todas las drogas o si promover un consumo responsable, mediante estrategias contra el uso indebido y la dependencia de las sustancias, ya sean legales o ilegales.

Y junto con esta estrategia inmediata desarrollar otra mucho más amplia que provoque un cambio en la percepción social sobre la dependencia y la adicción a sustancias legales y que refuerce el mensaje de peligrosidad para la salud y desarrollo personal de todas en general.

Los valores y el comportamiento de los individuos se ven influenciados por lo que se percibe como normal en su entorno social, y esto tiene mayor relevancia entre los jóvenes. Las normas sociales que favorecen el consumo de tabaco y alcohol y toleran su influencia sobre el comportamiento son reconocidos factores de riesgo y están más influidas por las políticas de control que por las campañas de los medios de comunicación de masas o los enfoques educativos. Queda reflejado en lo ocurrido en España en el último año, en el que la puesta en marcha de una política restrictiva sobre el consumo del tabaco ha sido más determinante sobre la disminución de su consumo que 25 años de campañas de sensibilización.

Las medidas de prevención del consumo de drogas a nivel individual son más efectivas cuando tienen el respaldo de políticas reguladoras sobre drogas legales capaces de restringir el acceso a estas sustancias y reducir su aceptación social. En esta línea están legislando países de nuestro entorno, respaldados por normativa de la propia Unión Europea.

Así, sólo desde el esfuerzo conjunto y coordinado de todas las Administraciones, cada una actuando en su ámbito competencial, mediante políticas de educativas de valores positivos, coercitivas contra las de actitudes sociales poco saludables, de atención a las personas adictas y de inserción social seremos capaces de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos que es el objetivo superior que debe guiar todas nuestras actuaciones.

PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Los principios que se exponen a continuación son los que constituyen la base de la actividad municipal en el ámbito de los Servicios Sociales:

- **Igualdad:** los servicios sociales son concebidos como un instrumento para contribuir a eliminar las desigualdades sociales.
- **Universalidad:** los servicios sociales son un derecho de toda persona y grupo sin discriminación.
- **Globalidad:** los problemas sociales abordados en todas sus dimensiones y actuando conjuntamente en todas ellas.
- **Integración:** desde los cauces normales que la sociedad utiliza para la satisfacción de sus necesidades e intentando la permanencia en el propio medio social.
- **Prevención/Promoción:** los servicios sociales están orientados a la prevención de las circunstancias que originan la marginación y a la promoción de la plena integración de las personas y los grupos en la vida comunitaria.
- **Planificación:** ordenación sistemática de los recursos sociales públicos y desarrollo de procesos continuos de evaluación.
- **Coordinación:** de todas las iniciativas sociales que tengan incidencia en el ámbito local, sean iniciativas públicas o privadas.
- **Participación:** de los ciudadanos y ciudadanas en la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos, así como en la gestión de los servicios sociales.
- **Responsabilidad de la Administración Pública:** de acuerdo a las competencias que le son reconocidas en el Sistema de Servicios Sociales a los tres niveles: nacional, autonómico y local.
- **Fomento de la Solidaridad:** fortalecimiento de la sociedad civil y las redes de entidades sociales, de forma que se potencie la solidaridad y la participación social.

Así mismo, en lo referido al ámbito concreto del trabajo en materia de adicciones, se asumen los principios siguientes.

- **Globalidad e interdisciplinariedad** exigida por la propia complejidad del fenómeno sobre el que se quiere intervenir, así como por su dimensión social.
- **Corresponsabilidad y participación**, en tanto que siendo el fenómeno que nos ocupa de naturaleza social, requiere una respuesta desde la propia sociedad.
- **Flexibilidad e individualización de las respuestas**, huyendo de modelos rígidos y estereotipados, posibilitando el diseño de programas adaptados a las diferentes realidades personales, sociales y culturales.
- **Investigación y evaluación permanente** que permita verificar la adecuación de las acciones emprendidas y el nivel de logro de los objetivos.

MARCO LEGISLATIVO Y ÁMBITO COMPETENCIAL

La actuación del Ayuntamiento de Mazarrón en materia de drogodependencias y su actividad en el ámbito de la planificación se inscribe en un marco constituido por diferentes niveles competenciales. A continuación se expone el desarrollo normativo elaborado en cada ámbito y, finalmente, el reflejo de la regulación vigente en la planificación. Existe una relación exhaustiva de la normativa estatal e internacional y autonómica en la página web del Plan Nacional sobre Drogas.

LEGISLACIÓN EUROPEA

Desde el ámbito de la Comunidad Europea se han desarrollado diferentes iniciativas encaminadas a la lucha contra la droga. Estos programas se encuentran fuera del ámbito normativo, pero son básicos en cuanto a la definición de objetivos y en cuanto a sentar las bases de políticas nacionales e internacionales en la materia. Se pueden mencionar;

Carta Europea sobre el Alcohol, adoptada en la Conferencia Europea sobre “Salud, Sociedad y Alcohol”. 1995

Estrategias para una Europa libre de tabaco, noviembre de 1988. Se estableció la “Carta de Derechos para una vida libre de tabaco” y “Diez estrategias de acción para una Europa libre de tabaco”.

Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptada en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud, 21-25 de julio de 1997.

Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012

Plan de Acción de la UE de materia de lucha contra la Droga (2005-2008)

II Plan de Acción para la Inclusión Social (2003-2005)

LEGISLACIÓN ESTATAL

Ley 28/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco

Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos y se modifica el texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

Ley Orgánica 15/2003, de 1 de octubre de 2004, por la que se reforma el Código Penal.

Ley 17/2003 de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

Constitución española. En el capítulo III del título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarcan algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de las adicciones.

Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas (desarrollo del art.25 de la L.O. 1/1992 sobre seguridad ciudadana).

Real Decreto 1911/1999 de 17 de diciembre por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008.

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social

ÁMBITO COMPETENCIAL MUNICIPAL

Las directrices que en materia de drogas plantean como prioritarias la Unión Europea y el Plan Nacional sobre Drogas están orientadas a desarrollar acciones para reducir la demanda y el suministro, así como a prevenir el consumo o conducta adictiva. Sobre esta base se elaboró el Plan Nacional sobre Drogas que pretende establecer un desarrollo armónico de las actuaciones en materia de drogodependencias en todo el estado. Es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. La realización de un Plan viene recogido en la ley murciana de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, con indicación expresa de su contenido y define como correspondiente al Gobierno de la Comunidad la función de la planificación general y la evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de la presente Ley.

Esta misma ley determina que los ayuntamientos están obligados a la elaboración, aprobación y ejecución del plan municipal o comarcal, en su caso, sobre drogodependencias, elaborado de conformidad con los criterios que establece la ley y el plan autonómico. Por lo tanto, en ejercicio de la coordinación institucional y de sus responsabilidades, el Ayuntamiento de Mazarrón considera que su mejor aportación debe de residir en desarrollar políticas y programas preventivos.

Estos pueden ser abordados desde dos estrategias, la reducción del consumo, denominado como **reducción de la demanda** y el de la **reducción de la oferta**. En el terreno de la reducción de la oferta, el ámbito municipal en general y el Ayuntamiento de Mazarrón en particular, por sus propias características de proximidad a los ciudadanos y escasa capacidad normativa, tiene poco margen de acción mas allá de vigilar y hacer cumplir la ley a través de la Policía Local, además de su contribución al control de aquellos aspectos del ocio juvenil que pueden causar alarma social, el cumplimiento de los horarios de los establecimientos y de la prohibición de venta de alcohol y tabaco a menores.

Por lo tanto, la verdadera capacidad municipal y donde el Ayuntamiento va a volcar gran parte de sus esfuerzos es en impulsar **programas preventivos** que busquen una reducción de la demanda, para evitar la adicción a las drogas legales y disuadir del consumo experimental de drogas ilegales. En definitiva, dotar a los individuos de herramientas psicológicas para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, además de cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas.

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

El municipio, como la entidad territorial más cercana al ciudadano, constituye el marco idóneo para reunir, analizar y satisfacer los intereses y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con las condiciones de vida y las relaciones de convivencia. Se abre a las problemáticas sociales y normaliza toda intervención social adecuándola a las necesidades, características y expectativas de los propios ciudadanos y ciudadanas.

La articulación de respuestas concretas y eficaces al problema de las adicciones debe formar parte de una amplia política social que integre el conjunto de acciones tendentes a mejorar la salud y las condiciones de vida de sus habitantes. Por lo tanto, este Plan Municipal debe ser un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes recursos de la ciudad.

Esta perspectiva de participación y corresponsabilidad es la que ha dirigido el Plan, definiendo una estructura que tanto en el proceso de elaboración como en el posterior, de ejecución del mismo, implique a toda la comunidad a través de las instituciones en que se organiza.

Para que la integración, participación y colaboración de la comunidad haya sido una realidad, se ha establecido y seguido una metodología participativa en su realización, que podría resumirse como sigue:

- Creación de un grupo de trabajo integrado por técnicos que han sido los responsables de impulsar y coordinar el Plan, a la vez que han establecido los canales de comunicación entre los diferentes agentes implicados en su elaboración. A ello deben añadirse tareas de dirección y orientación de las sesiones de trabajo conjunto, así como la elaboración de los borradores y del documento final.
- Aquellos servicios municipales que de forma directa o indirecta tienen alguna relación con la atención, prevención y/o inserción han aportado sus propuestas a través de un pequeño cuestionario que en su día se les hizo llegar. Su valiosa información ha permitido percibir y analizar la problemática asociada a las adicciones en la ciudad, así como las posibles respuestas, desde una perspectiva más amplia.
- La elaboración del Plan debe partir del conocimiento de la realidad a la que se dirige. En el momento de realizar esta propuesta se carece de datos concretos sobre la situación de la población respecto al problema de la drogadicción.

- No obstante para ello podemos utilizar con las salvedades que vienen al caso los datos regionales y nacionales así como los análisis de tendencia europeos elaborados por la Oficina Europea.

- Con el objetivo de reflexionar de forma conjunta sobre el Plan, a la vez que recoger sus diferentes aportaciones, se establece la celebración de una **JORNADA DE ESTUDIO**, a la que se invita a aquellos profesionales y técnicos que por su labor profesional están relacionados con las adicciones. La Jornada debe de contar con una parte teórica (conferencia acerca de la relación entre consumo de drogas y el ocio y tiempo libre), para posteriormente, y a través de diferentes grupos de trabajo, valorar las necesidades a la vez que consensuar propuestas de intervención en los diferentes ámbitos que configuran la comunidad (escolar, ocio y tiempo libre, familiar, laboral, ...). Las conclusiones recogidas por los diferentes grupos de trabajo deben de ser posteriormente analizadas e incluidas en el Plan.

- Por último, se deben de recoger las aportaciones realizadas por los grupos políticos municipales a lo que les fue remitido el primer borrador del Plan y que han formulado aportaciones y comentarios que sin duda lo mejoran.

- Así queda elaborado ya finalmente el presente documento en cuya realización ha prevalecido el principio de participación y colaboración de la comunidad. Su aprobación y difusión van a permitir que Mazarrón disponga de un documento que confiera coherencia y estabilidad a las acciones encaminadas a dar respuesta al fenómeno de las adicciones.

EL PROCESO PARTICIPATIVO EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGAS.

Realización de **una Jornada de Estudio y Debate**

ENTIDADES PARTICIPANTES PROPUESTAS:

Asociaciones y entidades sociales

- Ampas
- Asoc. Y Clubes deportivos
- Asoc. De ámbito socio-sanitario

Gobierno de la Región de Murcia

Ministerio de Interior

Ayuntamiento de Mazarrón

- Concejalía de Sanidad.
- Concejalía de Servicios Sociales.
- Concejalía de Juventud
- Policía Local

RESUMEN DE APORTACIONES DE OTROS PROCESOS PARTICIPATIVOS EN LA REDACCIÓN DE LOS PLANES MUNICIPALES.

Se resumen en este apartado, las valoraciones realizadas por los participantes en otros procesos participativos realizados en ámbitos municipales de diferentes características urbanas y poblacionales.

Positivos:

- El hecho de que se haga un plan, existe ya un borrador con el que poder trabajar.
- Se ha tenido en cuenta la participación de entidades sociales y diferentes técnicos.
- Abordar las nuevas situaciones sociales, inmigrantes, consumo en menores, etc.
- Intención de intervenir con jóvenes y adolescentes.
- La actitud de estar abierto a diferentes programas.
- Solicitud de más apoyo para alcohólicos y heroinómanos muy avanzados y deteriorados psíquica y físicamente en el proceso adictivo.
- El plan es abierto y participativo, positivo en lo relativo a la coordinación entre instituciones y recursos
- Se valora positivamente la importancia del trabajo en y con las familias
- Muy positivo la incorporación al plan del sentimiento de las necesidades de los distintos profesionales del área.
- Muy positivo la globalidad y la creación del observatorio municipal del las drogodependencias.
- Importante que exista un primer plan que defina los objetivos de intervención en drogas y por supuesto los mecanismos de evaluación.

Negativos:

- Que al proponer tanta cobertura, no se aumente la espera en la admisión en el programa de atención.
- No existe coordinación con el Salud, excesiva generalización.
- Falta de recursos específicos para menores o adolescentes.
- Indefinición del papel del Ayuntamiento en la atención de las adicciones y conductas adictivas.
- La escasez de recursos de reinserción.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

En el mundo global en que nos toca vivir, es imprescindible levantar la mirada y observar cual es la situación en nuestro entorno social y cultural con el ánimo de conocer que problemas y situaciones son comunes, nuestras particularidades e intentar adelantarnos a situaciones que se dan en otros lugares y que pueden ocurrirnos.

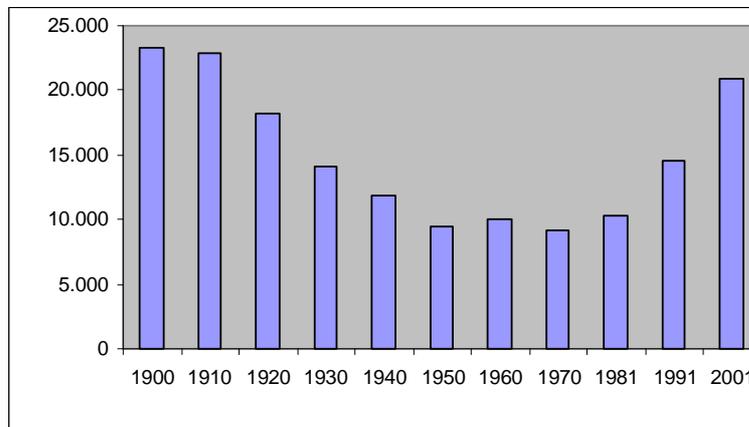
Además de analizar las tendencias de los programas y metodologías que se implementan en España y en Europa, y utilizar su experiencia, sus aciertos y errores en beneficio propio y mejorar los objetivos y puesta en marcha de nuestros programas. Pero, si es importante observar y conocer nuestro entorno, más importante es conocernos a nosotros mismos, por lo que una parte principal del diagnóstico de la situación pasa por nuestro municipio.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y EVOLUCIÓN

La población de derecho en el municipio de Mazarrón a 01/01/2002, según información extraída Instituto Nacional de Estadística (INE), era de 23.025 habitantes. La evolución del número de habitantes de Mazarrón durante el siglo XX se muestra en la siguiente figura .

Grafico 1: Evolución población de Mazarrón durante 1998-2002. Población de Derecho.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística



Los datos de población que aparecen en la figura 6, corresponden con datos de población de derecho. La población de derecho del municipio está formada por la suma de residentes presentes y ausentes.

Como se aprecia en las anteriores figuras la población de Mazarrón ha sufrido un evolución poco común, ya que inicia el Siglo XX con una población de más de 20.000 habitantes que a partir de 1920 comienza a descender llegando a un mínimo histórico en 1950 de 9000 habitantes, debido a la crisis de las minas que le dieron el auge. Sin embargo, a partir de la década de los sesenta vuelve a producirse un paulatino incremento de población hasta superar de nuevo los 20.000 en los inicios del siglo XXI.

Si observamos el ritmo de crecimiento en los últimos 5 años vemos que el crecimiento ha continuado, situándose la población en el 2006 en 33.839 habitantes.

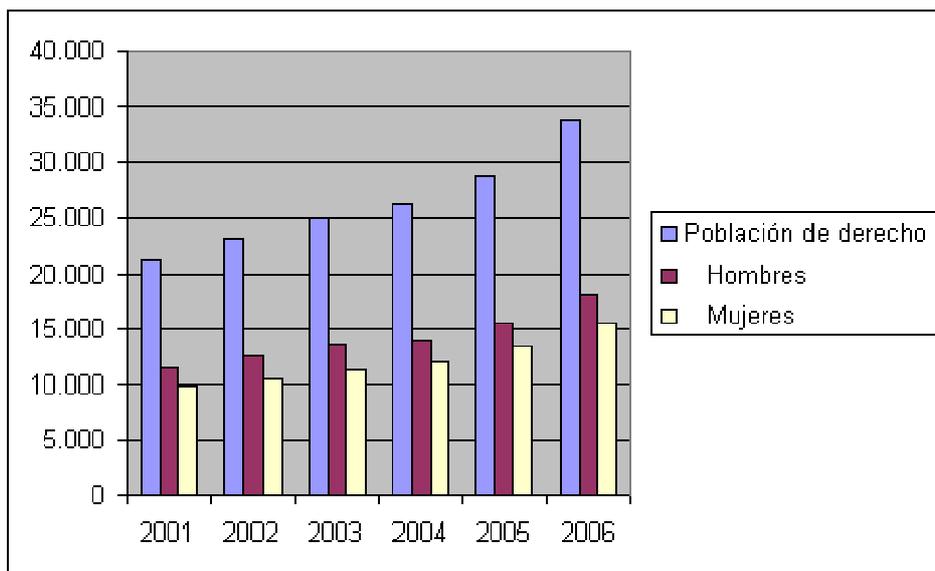
La tabla y el grafico que se presentan a continuación reflejan el nivel de crecimiento de estos últimos cinco años en Mazarrón.

Tabla.1 : Población últimos cinco años.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Población de derecho	21.229	23.025	24.969	26.122	28.889	33.839
Hombres	11.465	12.540	13.543	14.003	15.508	18.234
Mujeres	9.764	10.485	11.426	12.119	13.381	15.605

Fuente. Padrón municipal.

Grafico 2 .Evolución de la población (2001-2006)



Densidad de población

La densidad de población proporciona información sobre la concentración y dispersión de la población con respecto al tamaño del territorio. El municipio de Mazarrón tiene una superficie de 319 Km lo cual da una densidad de población de 106 habitantes por Km2.

Variación poblacional

Los datos disponibles de variación poblacional en cuanto a natalidad y mortalidad en los años 2000 y 2004, son los que se presentan en la tabla 15. y son los que vienen presentados en el documento Mazarron en cifras 2005.

Tabla 2. Movimiento natural de la población.

	MAZARRÓN					R. MURCIA
	2000	2001	2002	2003	2004	2004
Matrimonios	79	101	115	93	95	6.650
Nacimientos	264	254	319	345	317	16.674
Niños	133	128	159	183	168	8.648
Niñas	131	126	160	162	149	8.026
Defunciones	150	135	152	162	174	9.593
Hombres	83	73	87	88	109	5.059
Mujeres	67	62	65	74	65	4.534
Defunciones de menores de un año	2	-	-	1	1	89
Crecimiento vegetativo	114	119	167	183	143	7.081

Fuente: Mazarron en cifras. CREM. Movimiento Natural de la Población de la Región de Murcia.

En los años analizados la población de Mazarrón ha tenido un crecimiento vegetativo positivo destacable y en progresión.

Tabla 3: Tasa de natalidad y mortalidad.

Año 2004	MAZARRÓN	R. MURCIA
Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	12,67	12,79
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	6,43	7,45

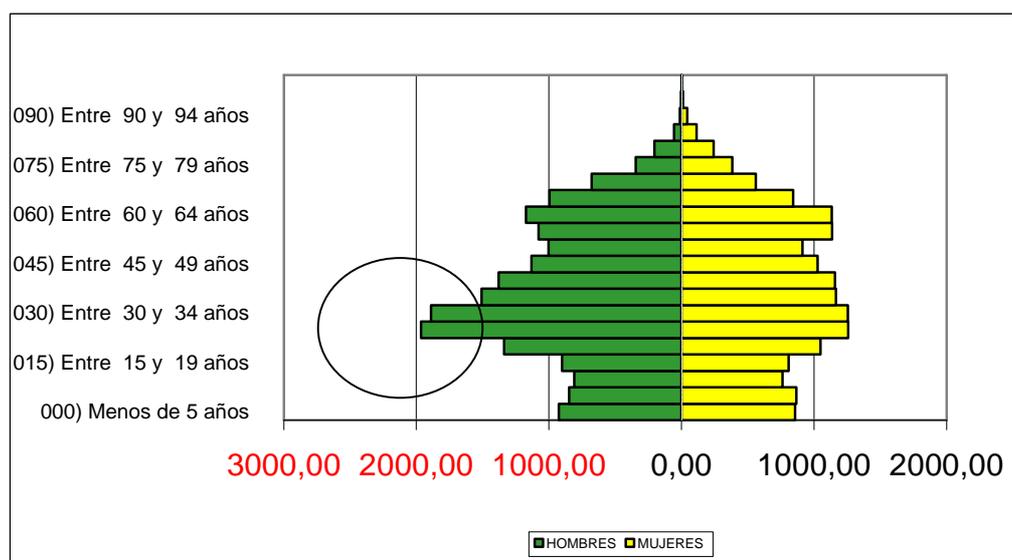
Fuente: CREM. Indicadores Demográficos.

Según refleja la tabla 3, la tasa de natalidad de Mazarrón en el año 2004, es muy similar a la regional. Por lo que se refiere a la tasa de mortalidad para el mismo año, esta es también muy similar a la de Murcia. Aún así el crecimiento vegetativo es bastante alto, superando incluso en crecimiento regional, que también es bastante elevado.

Estructura de edades

El gráfico 13, muestra la pirámide de edades de la población de Mazarrón con datos del padrón municipal de 2006.

Grafico 3: Pirámide de población de Mazarrón. 2006



Fuente. Padrón municipal

Según muestra el gráfico se observa un desequilibrio bastante pronunciado en el tramo de edades comprendido entre 20 y 40 años. La explicación básica se debe a que en dicha franja de edad se concentran un gran número de inmigrantes varones en edad productiva, que viajan solos sin familia. En el tramo comprendido entre 60 y 70 años se observa un ensanchamiento importante tanto en hombres como mujeres, esta situación es debida a los residentes de la Unión Europea que se han afincado en Mazarrón.

En la tabla 2.13 se clasifica la población de Mazarrón según la estructura de la misma por edades. El primero (menores de 16 años), representa la población que todavía no está en edad de trabajar. El segundo gran grupo (entre 16 y 65 años), representa la población en edad de trabajar y por último el tercer gran grupo (mayores de 65 años), representa la población jubilada.

Tabla 4: Estructura de población por edades.

Grupos de edad	Hombres	%	Mujeres	%	total	%
000) Menos de 5 años	925	5,07	857	5,49	1782	5,27
005) Entre 5 y 9 años	849	4,66	868	5,56	1717	5,07
010) Entre 10 y 14 años	807	4,43	763	4,89	1570	4,64
015) Entre 15 y 19 años	900	4,94	808	5,18	1708	5,05
020) Entre 20 y 24 años	1339	7,34	1049	6,72	2388	7,06
025) Entre 25 y 29 años	1965	10,78	1259	8,07	3224	9,53
030) Entre 30 y 34 años	1889	10,36	1256	8,05	3145	9,29
035) Entre 35 y 39 años	1507	8,26	1165	7,47	2672	7,90
040) Entre 40 y 44 años	1379	7,56	1159	7,43	2538	7,50
045) Entre 45 y 49 años	1133	6,21	1028	6,59	2161	6,39
050) Entre 50 y 54 años	1002	5,50	913	5,85	1915	5,66
055) Entre 55 y 59 años	1078	5,91	1138	7,29	2216	6,55
060) Entre 60 y 64 años	1172	6,43	1135	7,27	2307	6,82
065) Entre 65 y 69 años	996	5,46	844	5,41	1840	5,44
070) Entre 70 y 74 años	677	3,71	561	3,60	1238	3,66
075) Entre 75 y 79 años	343	1,88	385	2,47	728	2,15
080) Entre 80 y 84 años	203	1,11	245	1,57	448	1,32
085) Entre 85 y 89 años	56	0,31	113	0,72	169	0,50
090) Entre 90 y 94 años	11	0,06	45	0,29	56	0,17
095) Entre 95 y 99 años	2	0,01	12	0,08	14	0,04
100) Mas de 99 años	1	0,01	2	0,01	3	0,01
totales	18234	100	15605	100,00	33839	100,00

Fuente: Padrón Municipal

El grupo de edad más importante es el formado entre los 20 y los 45 años, este grupo supone el 41,27%. De este grupo el grupo los hombres comprendidos en la franja de edad entre los 25 y los 35 años suponen el 21,14% frente al 16,12 que suponen las mujeres en el mismo grupo de edad.

Para valorar el Nivel de Envejecimiento del municipio se han elaborado los siguientes Índices: Índice de Vejez, Índice de Senectud, Índice de Envejecimiento y el Índice de Dependencia de Mayores.

La definición de lo términos esta referida a la que proporciona el anuario social de La Caixa.

- El índice de vejez es el número de mayores de 65 años por cada 100 habitantes.
- El índice de envejecimiento es el peso de la población de 65 o más años respecto a la población menor de 14 años.
- Índice de senectud es la población mayor de 85 años respecto a la población mayor de 65 o más años.
- Índice de dependencia la población mayor de 65 años o más respecto a la población comprendida entre 15 y 64.

Tabla 5: Indices

	ÍNDICE DE VEJEZ (%)	ÍNDICE DE SENECTUD (%)	ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO (%)	ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE MAYORES (%)
MUJERES	12,55	88,69	3,06	17,13
HOMBRES	14,14	88,71	7,79	20,23
TOTAL	13,29	88,70	5,38	18,52

Fuente: Padrón municipal. E.P.

El objetivo debe ser mantener un cierto equilibrio en la población. Hay que tener en cuenta que en estas tablas en Mazarrón no se aprecia un desequilibrio excesivo por el porcentaje alto de población que se concentra en los tramos entre 20 y 45 años, que está compuesto por una gran masa de trabajadores inmigrantes. La expulsión de estos colectivos haría que en Mazarrón los índices de envejecimiento y de vejez subieran considerablemente creándose un cierto desequilibrio.

Estructura de la población por actividad laboral

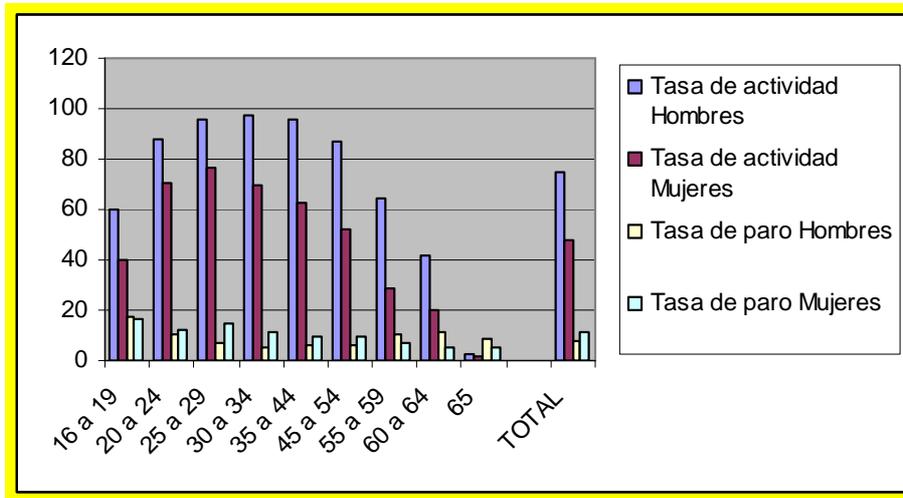
El desarrollo de la cifra de parados en el término municipal de Mazarrón se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6: Mercado de trabajo

	MAZARRÓN				R. MURCIA			
	Tasa de actividad		Tasa de paro		Tasa de actividad		Tasa de paro	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
De 16 a 19 años	60,34	39,66	17,14	16,53	42,3	26,33	22,58	31,92
De 20 a 24 años	88,16	70,13	10,07	11,81	73,24	58,22	13,29	22,04
De 25 a 29 años	96,06	76,8	6,98	14,72	91,53	73,14	9,92	17,73
De 30 a 34 años	97,73	69,48	4,86	11,48	96,33	65,38	7,53	15,75
De 35 a 44 años	95,4	62,25	6,01	9,89	95,94	58,28	6,62	12,77
De 45 a 54 años	86,96	51,79	5,73	9,7	90,04	43,94	6,52	10,02
De 55 a 59 años	64,69	28,83	10,26	7,03	75,03	27,23	9,15	10,74
De 60 a 64 años	41,94	19,83	11,58	5,32	49,92	14,91	10,33	10,66
De 65 o más años	2,91	1,44	8,82	5,26	3,18	1,74	4,57	7,38
TOTAL	74,85	48,01	7,62	11,42	70,77	41,48	8,99	15,78

Fuente: Mazarrón en Cifras 2005

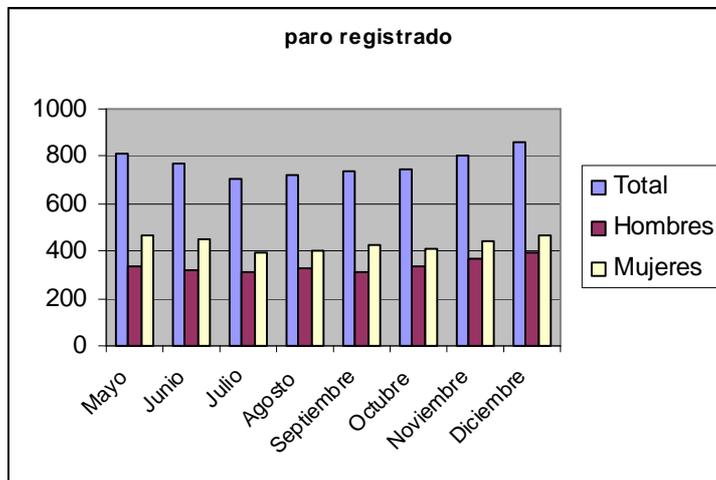
Grafico 4: Tasa de actividad y paro por sexos.



Fuente: Mazarron en cifras 2005

Como se observa en el Gráfico 14, la tasa de paro es mayor entre las mujeres en todos los segmentos de edad. La tasa de actividad masculina es muy superior a las de las mujeres, también en todos los segmentos de edad.

Grafico 5: Paro registrado.



Fuente: Servicio Regional de Empleo y Formación. Mazarron en cifras 2005

Movimientos migratorios y población inmigrante en el municipio.

Actualmente en nuestro país se está sucediendo en los últimos años un fenómeno migratorio importante. Si tradicionalmente hasta los años setenta fuimos un pueblo de carácter emigratorio, en los últimos 20 años España se ha convertido en un país receptor de población extranjera. Hay que tener en cuenta que en el caso del municipio de

Mazarrón la población extranjera tiene dos vertientes, por un lado la población extranjera extracomunitaria que mayoritariamente se desplaza en busca de trabajo y mejores condiciones de vida y por otro lado la población que proviene del norte de los países comunitarios que busca, fundamentalmente, una localización geográfica y un clima mas benigno para sus descansos, sobre todo a partir de los 60 años.

La Región de Murcia debido también a su especialización productiva en el sector primario, donde la demanda de mano de obra es muy alta, la inmigración es un fenómeno que adquiere singular importancia.

En este apartado se exponen los últimos datos de migración en el municipio con objeto de determinar si la inmigración es un fenómeno relevante o no en Mazarrón, ya que este siempre conlleva una serie de aspectos sociales, económicos y ambientales que deben de ser tenidos en cuenta en la gestión municipal.

Tabla 7. Composición Población de Mazarrón.

	Hombres	Mujeres	Total	%
Extranjeros	8.783	6.211	14.994	44,31
Espanoles	9.451	9.394	18.845	55,69
Total	18.234	15.605	33.839	100

Fuente: Padrón Municipal 2006.EP.

Puede observarse en la tabla nº 20 que en el momento actual, la población extranjera en Mazarrón supone el 44,31%. Hay que favorecer y trabajar por adecuar la capacidad de integración de dicha población extranjera en el municipio.

Tabla 8. Población por lugar de procedencia.

Pais	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
ESPAÑA	9451	9394	18845	55,69
Albania	9	7	16	0,05
Alemania	282	238	520	1,54
Andorra	1	0	1	0,00
ARGELIA	18	7	25	0,07
ARGENTINA	34	33	67	0,20
ARMENIA	2	2	4	0,01
AUSTRALIA	1	0	1	0,00
AUSTRIA	5	4	9	0,03
BANGLADESH	2	0	2	0,01
BELGICA	63	58	121	0,36
BIELORRUSIA	4	6	10	0,03
BOLIVIA	30	22	52	0,15
BOSNIA-HERZEGOVINA	12	12	24	0,07
BRASIL	6	14	20	0,06
BULGARIA	60	44	104	0,31
BURKINA FASSO	1	0	1	0,00
CABO VERDE	3	0	3	0,01
CANADA	0	2	2	0,01
CHILE	24	13	37	0,11
COLOMBIA	85	115	200	0,59
COSTA RICA	1	0	1	0,00
CROACIA	1	1	2	0,01
CUBA	4	17	21	0,06
DINAMARCA	21	13	34	0,10
ECUADOR	1626	1203	2829	8,36
EGIPTO	2	0	2	0,01
ESLOVAQUIA	2	1	3	0,01
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	10	6	16	0,05
FILIPINAS	1	1	2	0,01
FINLANDIA	4	5	9	0,03
FRANCIA	78	73	151	0,45
GAMBIA	4	0	4	0,01
GEORGIA	38	21	59	0,17
GHANA	0	1	1	0,00
GRECIA	3	0	3	0,01
GUATEMALA	5	0	5	0,01
GUINEA	4	0	4	0,01
GUINEA ECUATORIAL	0	3	3	0,01
HONDURAS	10	14	24	0,07
HUNGRIA	8	1	9	0,03
INDIA	17	0	17	0,05

IRAK	2	2	4	0,01
IRLANDA	21	25	46	0,14
ITALIA	59	32	91	0,27
CHINA	85	49	134	0,40
JAPON	0	1	1	0,00
LETONIA	3	5	8	0,02
LIBIA	1	0	1	0,00
LITUANIA	26	21	47	0,14
MALI	83	6	89	0,26
MARRUECOS	2609	869	3478	10,28
MEXICO	3	8	11	0,03
MOLDAVA	2	0	2	0,01
MOZAMBIQUE	0	1	1	0,00
NIGER	1	0	1	0,00
NIGERIA	0	1	1	0,00
NORUEGA	35	30	65	0,19
NUEVA ZELANDA	0	1	1	0,00
PAISES BAJOS	75	67	142	0,42
PAKISTAN	6	0	6	0,02
PANAMA	0	2	2	0,01
PARAGUAY	6	7	13	0,04
PERU	23	7	30	0,09
POLONIA	44	33	77	0,23
PORTUGAL	89	45	134	0,40
REINO UNIDO	2987	2906	5893	17,41
REPUBLICA CHECA	0	5	5	0,01
REPUBLICA DOMINICANA	3	7	10	0,03
RUMANIA	41	51	92	0,27
RUSIA	7	11	18	0,05
SENEGAL	34	4	38	0,11
SUECIA	5	6	11	0,03
SUIZA	9	8	17	0,05
TUNEZ	1	0	1	0,00
TURQUIA	1	0	1	0,00
UCRANIA	15	21	36	0,11
URUGUAY	4	12	16	0,05
VENEZUELA	1	5	6	0,02
YUGOSLAVIA	21	26	47	0,14
TOTAL	18234	15605	33839	100

Fuente: Padron Municipal 2006

Los colectivos más numerosos de la población extranjera empadronada en Mazarrón son: son, un 17,41 de población procedente de la Unión europea (Reino Unido), le sigue en importancia. Marruecos el 10,28% y el siguiente grupo en importancia es la población ecuatoriana con un 8,25%.

Por tanto, podemos decir que existen dos tipos de inmigración en el municipio, una que es buscadora de sol y playa y tiene un estatus social alto; estos serían los extranjeros europeos que se instalan en nuestro país. Por otro lado, la población ecuatoriana y marroquí que emigra de su país buscando una mejora de calidad de vida y un trabajo de subsistencia.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MAZARRÓN

En el municipio de Mazarrón nunca se ha realizado una encuesta, ni trabajo de investigación que muestre la realidad del problema de la drogadicción. Tampoco existe un registro de datos parcial sobre su incidencia por tramos de edad, género; incidencia territorial, problemática asociada, etc.

Se considera una necesidad insoslayable realizar una profunda investigación sobre esta problemática en el municipio, debido a que presenta peculiaridades (Turismo veraniego) que incrementan la incidencia del mismo debido al aumento poblacional y a los usos sociales que acompañan el disfrute del ocio en numerosas áreas del mediterráneo.

El estudio debe de incluir una evaluación de la prevalencia del consumo de **tabaco, Alcohol, Cábnnabis, Éxtasis, Tranquilizantes, somníferos y antidepresivos y otras sustancias psicoactivas, sin olvidar que las últimas tendencias apuntan a un policonsumo de amplio espectro.**

Así mismo, dicho estudio debe de valorar las **ACTITUDES DE LOS MAZARRONEROS ANTE LAS DROGAS, Percepción social, Disponibilidad de las sustancias y propuesta de actuaciones a realizar para resolver el problema de las drogas ilegales.**

Debido a la carencia de datos locales y regionales se incluyen una serie de datos parciales y fragmentarios referidos a la Región de Murcia y obtenidos a partir del Servidor Estadístico ECONET.

ALGUNOS DATOS REFERIDOS A LA REGIÓN DE MURCIA.

No se disponen de datos pormenorizados sobre el consumo de drogas en las comarcas y áreas de salud. Del análisis de los que se dispone a partir de los aportados por el Plan Nacional sobre las Drogas se observa que no hay gran diferencia con la situación que existe en Mazarrón, por lo que los rasgos más destacables tal y como se expone en el Plan Autonómico son:

- El consumo de alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma.
- El consumo de heroína se ha estabilizado. No obstante continúan y lo harán por tiempo los problemas generados por el abuso de esta sustancia.
- Se observa un importante aumento del consumo de cocaína, speed, anfetaminas y cannabis, especialmente el consumo experimental entre los jóvenes muestra una actitud de tolerancia que contrasta con el cambio de actitud hacia la heroína, que suele ser de rechazo.
- La facilidad de acceso a las drogas sintéticas y cocaína es cada vez más considerable.
- Los abusos simultáneos de distintos tipos de sustancias son frecuentes

15. Características generales de todos los casos admitidos a tratamiento por consumo de alcohol. REGIÓN DE MURCIA - Consumo de alcohol

	Casos	Edad media al demandar tratamiento	Edad media al iniciar el consumo	% hombres
1987	220,0	37,5	20,0	83,6
1988	286,0	38,5	22,2	90,9
1989	243,0	39,6	21,6	87,6
1990	270,0	40,0	20,2	87,4
1991	266,0	41,7	20,8	84,5
1992	246,0	41,0	23,0	86,1
1993	292,0	41,2	22,4	81,1
1994	343,0	40,6	23,4	86,6
1995	330,0	39,8	22,4	87,8
1996	358,0	42,2	21,6	88,5
1997	332,0	39,8	21,3	87,7
1998	331,0	41,5	21,9	85,2
1999	418,0	40,6	22,1	87,1
2000	479,0	42,1	22,2	85,6
2001	388,0	42,0	22,9	87,9

16. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo:
REGIÓN DE MURCIA - Sustancias psicoactivas

	1998	2001
CASOS	1.129,0	1.052,0
EDAD MEDIA (AÑOS)	28,1	28,7
SEXO (%)		
Hombres	88,2	86,7
Mujeres	11,8	13,3
MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS (%)		
Sin estudios	17,5	16,0
Primaria-5º EGB	45,0	44,1
EGB-B. Elemental-ESO	25,1	25,1
FP-BUP-otros	10,7	13,3
Estudios medios y superiores	1,7	1,5
SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL(%)		
Trabajando	38,1	48,0
Parado no habiendo trabajado	5,7	2,8
Parado habiendo trabajado	33,9	29,2
Otros	22,3	19,9
DROGA PRINCIPAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO (%)		
Heroína	59,3	43,6
Cocaína	18,9	32,6
Cannabis	4,2	6,7
Otras sustancias	1,8	1,6
Heroína + Cocaína	15,9	15,5
EDAD INICIO DEL CONSUMO (AÑOS)	20,0	20,8
VÍA PRINCIPAL DE CONSUMO (%)		
Oral	1,9	2,5
Fumada	24,9	24,1
Inhalada	21,7	26,5
Esnifada	17,7	27,8
Inyectada	33,5	16,4

- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Información sobre Toxic...

17. Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en la Región de Murcia.
REGIÓN DE MURCIA

Año	Fallecidos por consumo de sustancia psicoactiva
1990	10
1991	18
1992	16
1993	8
1994	17
1995	17
1996	22
1997	25
1998	30
1999	25
2000	22
2001	24

18. Evolución de la vía inyectada para el consumo de heroína en los admitidos por primera vez a tratamiento ambulatorio.
Porcentajes
REGIÓN DE MURCIA

	Vía inyectada heroína
1991	83,6
1992	65,5
1993	58,6
1994	48,6
1995	39,0
1996	22,4
1997	24,5
1998	20,8
1999	12,5
2000	14,1
2001	12,7

UNA HIPÓTESIS SOBRE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN MAZARRÓN.

El hecho de no contar con un estudio específico del municipio no nos impide aventurar diagnósticos obtenidos de otras encuestas o análisis realizados en otros municipios, aunque los mismos deben de ser tomados con la necesaria reserva. No obstante tendrán el beneficioso efecto de fomentar el debate social imprescindible en la elaboración del Plan Municipal.

- El consumo de cualquier tipo de droga es más alto en varones y se reduce la edad de inicio en su consumo. En la actualidad es habitual el consumo de varias sustancias a la vez.
- El consumo de tabaco se va reduciendo poco a poco, pero la mujer se esta incorporando cada vez más al consumo de tabaco.
- El consumo de alcohol esta muy generalizado en la población de Mazarrón, aunque con variaciones en las pautas de consumo. Más a diario en la población adulta y más de fin de semana entre los jóvenes. La edad de inicio continua disminuyendo, los más jóvenes comienzan a beber antes. Las intoxicaciones etílicas de fin de semana son propias de población de 15-24 años.
- El cánnabis es la droga ilegal más consumida en Mazarrón, su uso es esporádico y de fin de semana la edad en que más se consume es entre 15-19 años. La edad de inicio disminuye conforme son más jóvenes.
- El consumo de cocaína es significativamente alto en los jóvenes hasta los 24 años, descendiendo notablemente la prevalencia en el resto de rangos de población.
- El éxtasis es una droga que se consume el final de semana y el rango en que se inicia su consumo es muy amplio.
- El consumo de anfetaminas y alucinógenos se centra en la población joven, siendo el numero de consumidores menor que en las drogas anteriormente citadas.
- Para todas las sustancias citadas, la actitud de los jóvenes es de tolerancia, especialmente cuando se trata de consumo experimental.

- La heroína, los inhalables, base y demás son drogas de carácter minoritario, lo que no significa que sus efectos ni su consumo sean desdeñables. El consumo de heroína se ha estabilizado en los últimos años.
- Las sustancias consideradas más peligrosas para la salud por los mazarroneros son la heroína los alucinógenas y la cocaína.
- La conducta que se considera que entraña menor riesgo es beber 5-6 cañas o copas en fin de semana. Si el consumo de alcohol es diario, la población lo considera más peligroso.
- La accesibilidad para conseguir marihuana, cocaína, éxtasis, LSD, es muy fácil casi para la mitad de la población y para la mayor parte de los jóvenes. Las drogas ilegales ocasionan intranquilidad en la población.
- Las actuaciones propuestas consideradas más importantes son realizar una labor educativa, apoyada de campañas publicitarias y mayor control legal y policial.
- El numero de tratamientos iniciados en Mazarrón nos indica la prevalencia de cocaína y cánnabis y la alta prevalencia de alcohol y tabaco. Los usuarios en tratamiento por opiáceos están incluidos mayoritariamente en programas de mantenimiento con metadona.
- El tratamiento de tabaquismo es muy alto considerando que los datos hacen referencia a un solo centro. Estos tratamientos se están generalizando en los centros de atención primaria.
- Por franjas de edad las demandas de tratamiento son: los menores de 20 años se centran el de cánnabis, entre los 20 y los 30 en la cocaína, entre los 30 y 40 en los opiáceos y a partir de los 40 en el alcohol y tabaco.
- El perfil del consumidor no es muy marginal, y posee al menos estudios primarios.

RECURSOS PARA LAS ADICCIONES EN MAZARRÓN.

Los recursos se agrupan en tres grupos según su finalidad: prevención, asistencia e integración social.

Recursos del primer nivel:

- Equipos de Atención Primaria: Centros de Salud.
- Servicios Sociales Comunitarios.

Recursos del segundo nivel:

- Centros de Salud Mental.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria.

Recursos del tercer nivel:

- Comunidades Terapéuticas.
- Alternativas residenciales.
- Dispositivos de inserción socio-laboral.

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA

El Plan Nacional sobre Drogas

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas dependiente de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Le corresponde la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad.

La relación entre la Administración Central y las CC.AA. se efectúa a través de la Conferencia Sectorial en el ámbito político y a través de la Comisión Interautonómica, en el ámbito técnico.

La participación de la sociedad civil -Organizaciones no Gubernamentales, iniciativa privada, fundaciones, empresas, etc.- se articula mediante variadas fórmulas de cooperación.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), aprobado en 1985, pretendía dar respuesta a los nuevos modos de consumo generados a partir de los años 60 y, en especial, al consumo creciente de heroína, que había aumentado de forma importante en los años 70, con un impacto visible en miles de jóvenes y sus familias.

A principios del año 1999, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas impulsó un proceso para elaborar la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, con el objetivo de actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en España en el período de tiempo 2000-2008, y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y las Organizaciones no Gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

El Plan Nacional sobre Drogas aborda el fenómeno de las drogas desde una perspectiva global, lo que supone incorporar todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso, con especial atención al alcohol y al tabaco.

Prioriza la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de las drogas y tiene muy en cuenta los consumos de carácter recreativo de fin de semana. Propone una prevención basada fundamentalmente en la educación y en la utilización saludable del ocio por los jóvenes. Para ello, se propugna una generalización de los programas preventivos a toda la población escolar, superando las actividades aisladas y puntuales y priorizando los grupos de alto riesgo.

Los objetivos generales se agrupan en seis áreas de intervención:

1. Reducción de la demanda (prevención del consumo, reducción de daños, asistencia e integración social)
2. Reducción de la oferta
3. Cooperación internacional
4. Desarrollo normativo
5. Investigación y formación
6. Evaluación y sistemas de información.

La fecha de vigencia de la Estrategia comprende desde el 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2008, estableciéndose los años 2003 y 2008 como fechas de referencia para proceder a su evaluación (parcial y total). La Evaluación intermedia de 2003 ha sido completada por la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial. En esta evaluación se constatan las características generales del consumo y actitudes de la población española:

- Un aumento de los consumos de drogas (consumo excesivo de alcohol, consumo inadecuado de medicamentos psicotrópicos, aumento del consumo de cannabis y de cocaína, etc.).
- Una disminución de la percepción de riesgo.
- Un incremento de la percepción de la accesibilidad a las drogas.
- Una disminución o estabilización de la edad de inicio de los consumos.
- Un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol.

En los últimos años la Evaluación de la Estrategia muestra que ha habido importantes avances en los programas de reducción de daños. También se ha continuado mejorando la asistencia a las personas drogodependientes; se ha avanzado en la colaboración internacional y se han impulsado los programas de reducción de la oferta.

Por otro lado, se han puesto de manifiesto insuficiencias en los programas de prevención (en los ámbitos de los medios de comunicación, familiar, educativo); no se ha aprovechado convenientemente el potencial de la atención primaria; no se ha conseguido la adecuada coordinación entre las redes asistenciales (drogas, salud mental, etc.); hay insuficiencias en los programas de integración social y laboral; existen deficiencias en el conocimiento acerca de las drogas, las pautas de consumo, los daños sobre la salud y sobre la sociedad, y las causas e interacciones de estos procesos.

Ante esta situación el Plan Nacional sobre Drogas elaboro un Plan de Acción para el periodo 2005-2008 que define seis Ejes de trabajo, y 68 Acciones. Estos Ejes son:

- La Coordinación;
- La Prevención y Sensibilización Social;
- La Atención Integral;
- La Mejora del Conocimiento;
- La Reducción de la Oferta y
- La Cooperación Internacional.

Situación Actual de los Consumos de Drogas en España

En España, sin contar con los efectos del tabaquismo, más de un millón de personas sufren problemas importantes de salud, y otros problemas familiares, laborales y sociales, relacionados con el consumo de drogas. Se estima que más de 20.000 personas mueren prematuramente cada año por las consecuencias directas o indirectas del consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales.

Desde 1995 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) a la población de 15 a 64 años con el objetivo de conocer la prevalencia de los consumos de drogas legales o ilegales en nuestro país, los patrones de consumo y las características demográficas más relevantes, la percepción del riesgo y de la disponibilidad de las drogas, su visibilidad y la opinión sobre la importancia de los problemas relacionados con este fenómeno

Como principales fuentes de información sobre las situación del consumo y actitudes sobre la drogodependencia contamos con la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) a la población de 15 a 64 años que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años y la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria que se realizó en 2004.

ENCUESTA DOMICILIARIA (EDADES) 2005-2006 ANÁLISIS Y PRINCIPALES RESULTADOS

Desde 1995, y en colaboración con todos los Planes Autonómicos, se realiza todos los años impares una **Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España**, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas que se dirige a la población de 15-64 años residente en hogares familiares. Disponemos, por tanto, de una serie de encuestas que proporciona información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, referida a los últimos diez años, sobre los siguientes aspectos:

- Extensión del consumo de distintas drogas.
- Características sociodemográficas de los consumidores y patrones de consumo.
- Percepción del riesgo.
- Disponibilidad de drogas percibida.
- Visibilidad de algunos problemas de drogas.

Análisis

La distribución desproporcional de la muestra por edad y comunidad autónoma no permite agregar directamente los resultados, por lo que fue necesario ponderarlos. Para devolver la proporcionalidad a la muestra, los resultados de cada encuestado se ponderaron por comunidad autónoma (19 grupos), edad (10 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 380 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia del hogar de los hombres.

La muestra utilizada permite obtener resultados con buena precisión para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis por Comunidad Autónoma, pero sigue sin permitir obtener estimaciones fiables, para drogas con prevalencias menores en las que la obtención de estimaciones precisas exigiría muestras enormes.

RESULTADOS

Extensión del consumo de drogas

Las drogas psicoactivas de consumo más extendido son el alcohol y el tabaco. Entre las drogas de comercio ilegal son los derivados cannábicos, la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que superan el 1% (11.2% cannabis, 3.0% cocaína en polvo y 1,2% éxtasis). Mención aparte merecen los tranquilizantes o sedantes y somníferos, cuya prevalencia en los últimos 12 meses fue de 3.9% y 2.7%.

Edad de inicio en el consumo

Se consume más temprano: tabaco (16.4 años), bebidas alcohólicas (16.7 años) e inhalables volátiles (17.8 años). Entre las sustancias de comercio ilegal: cannabis (18.3 años), alucinógenos (19.0) y anfetaminas (19.2). Las de inicio más tardío son tranquilizantes o sedantes (32.5 años). Recordar que la muestra de la encuesta la constituyen residentes de 15 a 64 años de hogares españoles, ello explica las edades medias de inicio superiores a las observadas en otras encuestas de carácter estatal.

Diferencias en el consumo por sexo

Salvo en tranquilizantes o sedantes, la prevalencia es siempre más alta entre hombres que entre mujeres. Destacan especialmente las diferencias en los últimos 30 días, en el uso de cannabis, donde por cada 3 consumidores varones hay una mujer (12.5% en hombres y 4.7% en mujeres) y en el de cocaína donde por cada mujer consumen 2 hombres (2.5% en hombres y 0.7% en mujeres).

Igualmente en cuanto a las drogas de comercio legal, el consumo de alcohol en los últimos 30 días fue de 76.0% en hombres y de 52.9% en mujeres, y la de tabaco de 43.1% y 33.6%, respectivamente.

Diferencias en el consumo por edad

El consumo se concentra en los menores de 35 años. Para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es mucho más alta en el grupo 15-34 os. Así, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 19,8%, 5,2% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 4,7%, 1,3% y 0,4% en 35-64 años.

El consumo de alcohol o tabaco en los últimos 12 meses también son algo superiores en el grupo 15-34 años (79,4% y 47,3%) que en el grupo 35-64, (74,7% y 38,4%). Finalmente, el grupo de 35-64 años consume en mayor proporción tranquilizantes (8,4%) y somníferos (5,8).

Consumo de tabaco

El 42.4% de la población de 15-64 ha consumido tabaco el último año; un 38.4% el último mes y un 32.8% diariamente. Cifras que siguen siendo muy elevadas, teniendo en cuenta el impacto del tabaco sobre la salud.

Por grupos de edad la prevalencia máxima se sitúa en los 35 a 44 años (38.4%) y la mínima entre los de 55 a 64 años (19.4%). La prevalencia de consumo diario es bastante más alta en los hombres (37.0%) que en las mujeres (28.6%). No obstante, las diferencias relativas entre hombres y mujeres son más altas en los grupos de mayor edad. Así en el grupo 55-64 años fuma diariamente un 10.7% de mujeres frente a un 28.7% de hombres), mientras que en el grupo 25-34 años lo hace un 34.2% de mujeres frente a un 40.1% de hombres.

El **consumo medio** de cigarrillos es de 14.5 y la **edad media del primer cigarrillo** es 16.4 años, siendo más temprana en los hombres (15.9 frente a 17.1 años).

Por lo que respecta a las **tendencias temporales**, se observa que hasta 2003 el consumo se había mantenido relativamente estabilizado. Entre ese año y la fecha de la presente encuesta (noviembre 2005-abril 2006) la prevalencia de consumo diario ha descendido en todos los grupos de edad y sexo, pero especialmente en el grupo de 35-64 años (más entre los hombres). Se valoran las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos doce meses, y diario. En este último caso hay dos Comunidades Autónomas con un consumo significativamente inferior a la media nacional, en concreto Canarias y el País Vasco. (Anexo I).

Consumo de bebidas alcohólicas

La experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española (93.7% de la población lo ha tomado “alguna vez”). La mayoría lo consume de forma esporádica o habitual (76.7% “en el último año”; 64.6% “el último mes” y 14.9% “a diario” durante el último mes).

Está más extendido entre los hombres en lo que se refiere al consumo habitual (76% vs. 52.9%) o intenso (22.5% vs. 7%). Las diferencias disminuyen con la edad en lo que respecta al consumo esporádico (la prevalencia de los hombres es solo 1,2 veces más alta que la de las mujeres a los 15-24 años frente a 1,7 veces a los 55-64 años) ; sin embargo sucede lo contrario con el consumo diario (a los 15-24 años la prevalencia de los hombres es 5,4 veces más alta que la de las mujeres frente a 3,3 veces a los 55-64 años).

La **edad media de iniciación** es 16.7 años (hombres, No se disponen de datos pormenorizados sobre el consumo de drogas en las comarcas y áreas de salud. Del análisis de los que se dispone a partir de los aportados por el Plan Nacional sobre las Drogas se observa que no hay gran diferencia con la situación que existe en Mazarrón, por lo que los rasgos más destacables tal y como se expone en el Plan Autonómico son:

- El consumo de alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma.
- El consumo de heroína se ha estabilizado. No obstante continúan y lo harán por tiempo los problemas generados por el abuso de esta sustancia.
- Se observa un importante aumento del consumo de cocaína, speed, anfetaminas y cannabis, especialmente el consumo experimental entre los jóvenes muestra una actitud de tolerancia que contrasta con el cambio de actitud hacia la heroína, que suele ser de rechazo.
- La facilidad de acceso a las drogas sintéticas y cocaína es cada vez más considerable.
- Los abusos simultáneos de distintos tipos de sustancias son frecuentes (15.9 años y mujeres 17.7 años). El consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas es mayor durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo).

Por grupos de bebidas, según la graduación, la cerveza/sidra son las más consumidas *durante el fin de semana* (20,8%), seguida del vino/champán (15,9%) y los combinados/cubatas (10,8%). El consumo de cerveza/sidra es mayor entre los hombres, siendo más frecuente entre 35 a 44 años (24.4%).

Las bebidas más consumidas *en días laborables* son el vino/champán, un 10.4% lo había bebido todos los días laborables, siendo el consumo mucho mayor entre los hombres.

Concentrándose entre la población de mayor edad (el 23.1% del grupo 55-64 años todos los días laborables). La cerveza es la segunda bebida más consumida durante los días laborables, con un 7,7% de la población que había consumido todos los días (12.6% de los hombres y 2.7% de las mujeres).

En cuanto a **intoxicaciones etílicas**, en el último año un 19,7% de 15-64 años se había emborrachado alguna vez. La prevalencia fue mayor entre los hombres (27.2%) que entre las mujeres (12.0%), y entre los jóvenes de 15-34 años (30,9%) que entre los mayores (11,3%).

En cuanto a los **“bebedores de riesgo”**, aquellos que consumen 50 cc de alcohol puro al día o más y las mujeres que consumen 30 cc o más; el 5.5% de los encuestados eran bebedores de riesgo, siendo mayor la prevalencia en los hombres (6.5%) que en las mujeres (4.1%). En cuanto a la edad, la proporción es ligeramente superior en 15-34 años (5.8%) que en 35-64 (5.3%).

Por lo que respecta a **las tendencias temporales**, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual puede considerarse estable, y lo mismo puede decirse de la prevalencia de intoxicaciones etílicas; cuando desagregamos por grupos de edad, se observa un descenso en esta última encuesta respecto a la del 2003 en la prevalencia de borracheras en el grupo de 35-64 años.

En tendencias temporales, el consumo de forma esporádica o habitual permanece estable, lo mismo que las intoxicaciones etílicas. La medida del consumo de

esta sustancia es muy complicada por la gran variedad de tipos de bebida, recipientes, patrones de consumo y situaciones en las que se bebe, lo que dificulta el recuerdo y la integración de la información, y también por la dificultad de establecer una definición claramente comprensible para todos los entrevistados de lo que es consumir bebidas alcohólicas. Esto se refleja a la hora de estudiar las diferencias de prevalencia de consumo entre Comunidades Autónomas que varía dependiendo del indicador que se considere. En concreto, si nos centramos en la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, tienen cifras significativamente superiores a la media nacional las Comunidades de Baleares y Cataluña, y significativamente inferiores las Comunidades de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura y Ceuta y Melilla. En lo que se refiere a la prevalencia de consumo diario, presentan cifras superiores a la media Baleares, Galicia y Murcia, e inferiores Andalucía, Canarias, Madrid, La Rioja y Ceuta y Melilla (Anexo II).

Consumo de tranquilizantes y somníferos

El 3.9% de la población afirma haber *consumido tranquilizantes con o sin receta médica* en los últimos 12 meses y un 2,7% somníferos. Porcentajes que son mayores entre las mujeres (5.2% tranquilizantes y 3,6% somníferos), que entre los hombres (2.6% tranquilizantes y 1,2% somníferos). Es mayor entre los de mayor edad. La **edad de inicio** se sitúa en 32.5 años para tranquilizantes y 35.0 para somníferos.

Por lo que respecta al *consumo sin receta médica*, las prevalencias son más bajas. El 0,9% han consumido tranquilizantes y un 0,8% somníferos. Porcentajes ligerísimamente mayores entre las mujeres. La **edad de inicio** en el consumo se sitúa en 28,6 años para tranquilizantes y 30,5 años para somníferos. No se pueden estimar las tendencias temporales porque en 2005 se cambió el formato de las preguntas sobre estas sustancias.

Consumo de cannabis

El cannabis continúa siendo **la droga ilegal más consumida en España**, un 28.6% afirma haberlo probado alguna vez, un 11.2% lo hizo en el último año, un 8.7% en el último mes y un 2.0% a diario durante este último período. Más extendido entre los hombres (15,7%) que entre las mujeres (6,6%), y entre los jóvenes de 15-34 años. Las diferencias intersexuales son mayores en consumo mensual, sobre todo para el diario (3,2% hombres y 0,8% mujeres). La **edad media de inicio** fue de 18.3 años.

Por lo que respecta a la **evolución del consumo**, se ha estabilizado la experimentación y consumo esporádico, pero sigue aumentando el consumo mensual (7,6% en 2003 y 8,7% en 2005) y el diario (1,5% en 2003 y 2,0% en 2005). La edad media de inicio ha descendido ligeramente, de 18,5 años en 2003 a 18,3 en 2005.

Con respecto a la prevalencia de consumo de cannabis, un análisis conjunto de los indicadores (prevalencia último año, último mes, consumo diario) permite afirmar que hay tres Comunidades Autónomas que tienen una prevalencia de consumo significativamente superior al conjunto nacional, que son Baleares, Cataluña y Navarra.

Un buen número de comunidades tienen una prevalencia de consumo significativamente inferior (depende del indicador que se considere), entre ellas Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Galicia (Anexo III).

Consumo de cocaína

La cocaína en forma de sal (clorhidrato), “*cocaína en polvo*”, es claramente **la segunda droga en España**: el 7.0% de 15-64 años la ha probado alguna vez, el 3.0% durante el último año y 1,6% el último mes.

El consumo en los últimos 12 meses fue más elevado en hombres (4,6% en hombres frente a un 1,3% en mujeres), y en el grupo de 15-34 años (5,2%) que en el de 35-64 (1,3%).

La **edad media de inicio** 20,6 años, siendo prácticamente idéntica en ambos sexos. El consumo de *cocaína base* o “*crack*” está menos extendido: un 0,6% alguna vez en la vida y un 0,1% el último mes. La experimentación está más extendida entre los hombres. Así un 1,1% de los hombres la habían probado frente a un 0,2% de las mujeres. La **edad media** es de 20,8 años.

Las **tendencias temporales de cocaína en polvo** han aumentado en los últimos años. Así la proporción de consumidores en los últimos 12 meses pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3,0% en 2005. En el caso del consumo actual (último mes) las cifras ascienden de un 0,9%, en 1995, a un 1,6% en el 2005. En cuanto a la situación temporal del consumo de crack, mencionar la estabilización mantenida del mismo.

Consumo de éxtasis

Un 4.4% de la población de 15-64 años ha probado el éxtasis alguna vez, un 1,2% el último año y un 0,6% el último mes. Mayor entre los hombres y en 15-34 años. Es una droga de consumo muy esporádico. La **edad media de inicio** fue de 20,1 años. Se produce una estabilización del consumo a partir de 2001.

Consumo de otras drogas psicoactivas

En el caso de heroína, otros opiáceos e inhalables volátiles la prevalencia de experimentadores es menor del 1%. Como en los casos anteriores el consumo está bastante más extendido en hombres que en mujeres y en el grupo de 15-34 años que en el de 35-64 años.

Por lo que respecta a la edad media de inicio en el consumo, hay que señalar que fue muy temprana en el caso de inhalables volátiles (17,8 años), alucinógenos (19,0 años) y anfetaminas (19,2 años).

Puede afirmarse que estaría descendiendo el consumo de heroína y quizá el de alucinógenos cuyas prevalencias de consumo en los últimos 12 meses siguen siendo muy bajas (0,1% para heroína y 0,7% para alucinógenos). El consumo de anfetaminas parece estabilizado (1 %) y lo mismo sucede con inhalables volátiles (0,1%).

Inyección de drogas

Las encuestas no son un método muy adecuado para estimar el fenómeno de la inyección de drogas. La prevalencia de inyección en el último año fue de 0.1%.

Policonsumo de drogas

Las personas que han consumido cannabis en los últimos 12 meses, además de tabaco y bebidas alcohólicas, han consumido en el mismo período cocaína (21,7%), éxtasis (9,1%), anfetaminas (7,8%), o alucinógenos (5,8%).

Las que han consumido cocaína, además de tabaco y bebidas alcohólicas, han consumido igualmente: cannabis (81,6%), éxtasis (27,5%), anfetaminas (29,6%), alucinógenos (20,8%) o tranquilizantes (10,6%). Situación parecida ocurre entre los consumidores de heroína, anfetaminas, y alucinógenos.

Percepción de riesgo ante distintas conductas de uso de drogas

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas se relaciona probablemente con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo menor probabilidad de desarrollarla y viceversa.

De todas las conductas, las consideradas más peligrosas son, el consumo habitual (*semanal o con mayor frecuencia*) de heroína (96,5% consideran que puede producir muchos o bastantes problemas), el de LSD o alucinógenos (95,4%), el de cocaína (96,1%) y el de éxtasis (95,4%). En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana (42,9%), el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente (57,8%), considerando esporádico el *consumo con una frecuencia mensual o menor*, y el consumo esporádico de cannabis (61,4%).

También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis (77,6%) o tranquilizantes/somníferos (76,2%), así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos (86%) o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas (86,2%).

La percepción de riesgo, para todas las conductas, excepto para el consumo habitual de tranquilizantes o somníferos, es más elevado para las mujeres.

El análisis de las tendencias temporales de la percepción del riesgo muestra que:

- Por primera vez, desde el año 1999, se observa una *estabilidad creciente* de la percepción del riesgo para las tres sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país (alcohol, tabaco y cannabis) para todo tipo de consumos y para el consumo esporádico de cocaína (92,3%).
- Por el contrario, ha disminuido 3 puntos la percepción del riesgo ante el uso esporádico de tranquilizantes o somníferos.
- Y la percepción del riesgo ante el resto de las conductas (consumo de heroína, cocaína, éxtasis y alucinógenos) se ha mantenido relativamente estable y a niveles altos.

Disponibilidad de drogas percibida

En general la población española percibe que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. Más del 43% de la población española de 15-64 años considera que es fácil o relativamente fácil conseguir cualquiera de las principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos o cannabis) en un plazo de 24 horas. Aunque las diferencias por droga en la disponibilidad percibida no son grandes, las sustancias con una mayor disponibilidad son el cannabis (55,9% percibe que es fácil o relativamente fácil conseguirlo), y la cocaína (42,8%).

La dificultad percibida para obtener drogas aumenta con la edad de la población, siendo la de mayor edad, la que afirma que tendría más problemas para obtenerlas.

En cuanto a las tendencias temporales, se observa un aumento creciente entre 2001 y 2005 de la disponibilidad percibida de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis), correspondiendo los mayores aumentos a cannabis y cocaína (4 y 3 puntos respecto al año 2003 respectivamente).

Percepción de la importancia del problema de las drogas ilegales

Más de la mitad de la población de 15-64 años (52%) considera que el problema de las drogas ilegales es importante. A la luz de los resultados del resto de preguntas, que también hacen referencia a este concepto, este aumento sugiere una mayor toma de conciencia del problema por parte de la población.

Visibilidad de algunos fenómenos relacionados con el uso problemático y la oferta de drogas

La frecuencia con que la población española de 15-64 años se encuentra situaciones relacionadas con el uso problemático de drogas en el lugar donde vive ha disminuido progresivamente a lo largo del período 1995-2005. Esto ha sucedido con la proporción de encuestados que encuentran frecuente o muy frecuentemente jeringas tiradas en el suelo (que ha pasado de 17,3% en 1995 a 5,7% en 2005) o personas inyectándose drogas (de 10,7% a 4,3%) o personas inhalando drogas en papel de aluminio (de 10,6% a 6,1%) o personas drogadas caídas en el suelo (de 12,3% a 7,4%).

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes que pueden extraerse de EDADES 2005 y del análisis de la serie histórica de encuestas domiciliarias son: *el descenso del consumo de tabaco, la inflexión de la tendencia en la percepción del riesgo ante el consumo de las tres sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país, el mantenimiento de la tendencia creciente del consumo de cocaína y el menor aumento de la disponibilidad percibida de la mayor parte de las drogas ilegales.* Además, se concluye que:

- I. Disponemos de una encuesta de ámbito estatal que nos permite conocer con una precisión significativa las prevalencias de consumo por Comunidades

Autónomas para las tres sustancias psicoactivas más utilizadas en nuestro país: alcohol, tabaco y cannabis.

2. Por primera vez desde 1999, se observa un aumento de la percepción del riesgo para cannabis, alcohol y tabaco en todos los tipos de frecuencia de consumo, lo que avala el acierto de las políticas iniciadas por el Gobierno y por las distintas Administraciones Autonómicas.
3. En la evolución positiva en el consumo de tabaco hay que considerar, entre otras actuaciones, las medidas sanitarias legislativas tomadas recientemente. Es la primera vez que se observa un descenso neto de la prevalencia de fumadores diarios (de 36,7% en 2003 a 32,8 % en 2005-2006). Además este descenso viene acompañado de un aumento de la percepción del riesgo de fumar.
4. El consumo de alcohol parece estabilizado a niveles muy altos. La percepción del riesgo ante el consumo diario y , especialmente el de fin de semana, sigue siendo muy baja para una proporción importante de la población, por lo que hay que intensificar los programas destinados a concienciar a la población de los riesgos asociados al consumo intenso de bebidas alcohólicas y retrasar lo más posible la edad de inicio al consumo.
5. La proporción de personas que experimentan con el cannabis o lo consumen esporádicamente (últimos 12 meses) se ha estabilizado, pero sigue aumentando la proporción de consumidores mensuales o diarios.
6. El aumento progresivo del consumo de cocaína en forma de clorhidrato, vía esnifada, es una realidad que hemos de abordar aglutinando todos los esfuerzos y sinergias nacionales y supranacionales.
7. El consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos parece en la actualidad estabilizado o en descenso. Y el consumo de heroína y la inyección de drogas sigue descendiendo.
8. La disminución de la visibilidad de algunos fenómenos de consumo problemático (ver jeringas abandonadas o personas inyectándose o personas inhalando drogas en papel de aluminio, etc.) pone de manifiesto, de forma indirecta, el descenso de la inyección de drogas y del consumo de heroína.
9. El aumento de la disponibilidad percibida de drogas de comercio ilegal es evidente. También lo es el de la visibilidad de los vendedores que ofrecen droga a la gente que refleja el mismo fenómeno.
10. En la actualidad, se ha conseguido concienciar a nuestra sociedad respecto al problema que las drogas suponen para el conjunto de la misma, gracias, entre otras acciones, al efecto positivo de los mensajes de prevención transmitidos desde las distintas campañas institucionales.

En el proceso de elaboración de este documento se ha publicado **Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007**. Las principales conclusiones de la encuesta se recogen a continuación:

- En general, el consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.
- El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis.
- Los datos del 2006, muestran sin embargo una evolución muy positiva, con un descenso importante del consumo de las drogas más extendidas entre los estudiantes.
- Este descenso ha sido especialmente intenso para tabaco, cannabis y cocaína. En el caso de estas dos últimas se ha quebrado la tendencia creciente de los últimos años.
- En cuanto a las bebidas alcohólicas, ha descendido la proporción de consumidores y la intensidad del consumo con respecto a 2004, aunque las cifras continúan siendo más altas que en 2002.
- En España los psicoestimulantes tipo éxtasis o anfetaminas y los alucinógenos están menos extendidos que la cocaína (la proporción de consumidores anuales no supera en ninguna de las tres drogas citadas en primer lugar el 3%) y ha seguido una tendencia descendente en los últimos años.

Estos datos que deben de ser tomados con cautela no se corresponden con las conclusiones del último informe del Observatorio Europeo. Incluso pueden no reflejar necesariamente la realidad de Mazarrón en el tramo de edad considerado. Nunca debe de olvidarse que “las drogas”, así dicho, en general, son un inmenso negocio que genera enormes beneficios a sus implicados y que emplea millones de personas en todo el mundo. Desde esta perspectiva se entiende que “el negocio” hará todo lo posible para defender sus ingresos y sus empleos. A este respecto es aleccionador lo relatado por el periodista italiano Roberto Severino en su libro “Camorra”, los clanes mafiosos napolitanos que controlan el tráfico de droga hacia Europa y América realizan con toxicómanos de la zona frecuentes ensayos para controlar el carácter de las adulteraciones y cuidar que los “clientes” no mueran. En todo caso estas encuestas tienen un importante papel informativo ya que permiten tener una cierta visión global de la problemática, validando o no las políticas y las acciones desarrolladas.

SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS EN LA UNIÓN EUROPEA.

Aunque definir las políticas en materia de drogas sigue siendo una prerrogativa de cada Estado miembro, existe en la actualidad un firme consenso acerca de las ventajas que puede aportar la colaboración a nivel europeo.

El avance más importante para conformar la colaboración europea y las futuras medidas en materia de drogas es la nueva estrategia sobre drogas de la Unión Europea para el período 2005-2012 y los dos planes de acción que la acompañan, en el primero de los cuales los Estados miembros especifican alrededor de 100 medidas concretas que se aplicarán hasta 2008.

Se proponen medidas para frenar tanto el suministro como la demanda, y se ha aceptado que son necesarias acciones básicas para obtener pruebas de su eficacia, así como una evaluación sistemática de los avances realizados. Aunque existen importantes diferencias entre las políticas de los Estados miembros, casi todas las estrategias de reducción de la demanda contemplan elementos de prevención, tratamiento y reducción de los perjuicios para la salud, aunque la importancia otorgada a cada uno de ellos varía de un Estado miembro a otro. En lo relativo al control de la oferta otro punto en común de muchas políticas nacionales es la modificación legislativa de la distinción entre el delito de posesión para consumo personal y los relacionados con el tráfico y suministro de drogas. Por regla general, se ha pasado a endurecer las sanciones para estos últimos y a dictar menos sentencias privativas de libertad para los primeros. Este cambio de énfasis está en línea con la tendencia que se registra en todo el territorio europeo a aumentar las oportunidades de tratamiento y a dar más importancia a las intervenciones que apartan a las personas afectadas por problemas de drogas del sistema penal para encauzarlas hacia el tratamiento y la rehabilitación.

A este respecto una parte importante del debate se plantea en la cuestión de si es o no necesario que la ley especifique la cantidad de drogas que constituye el límite del consumo personal. No existe consenso a este respecto y los países europeos han adoptado enfoques diferentes, que van desde la adopción de directrices operativas generales hasta la especificación de límites legales.

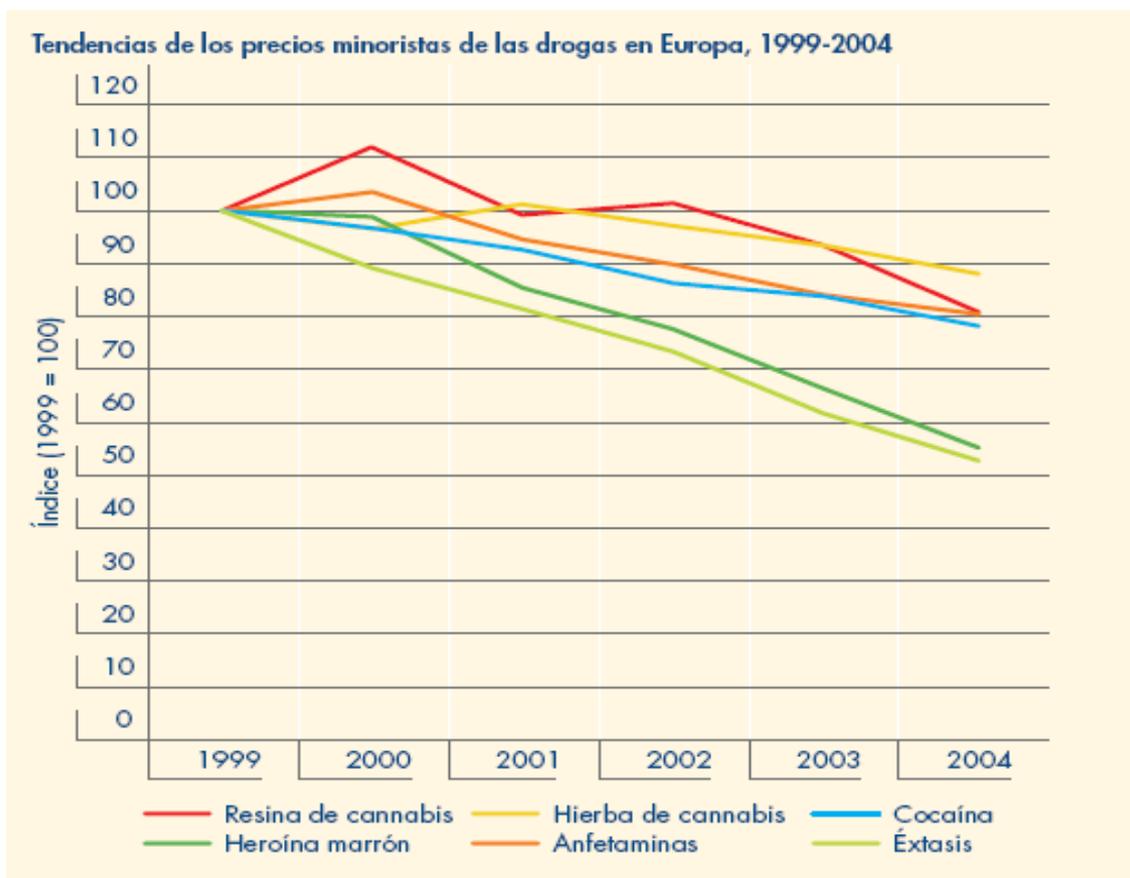
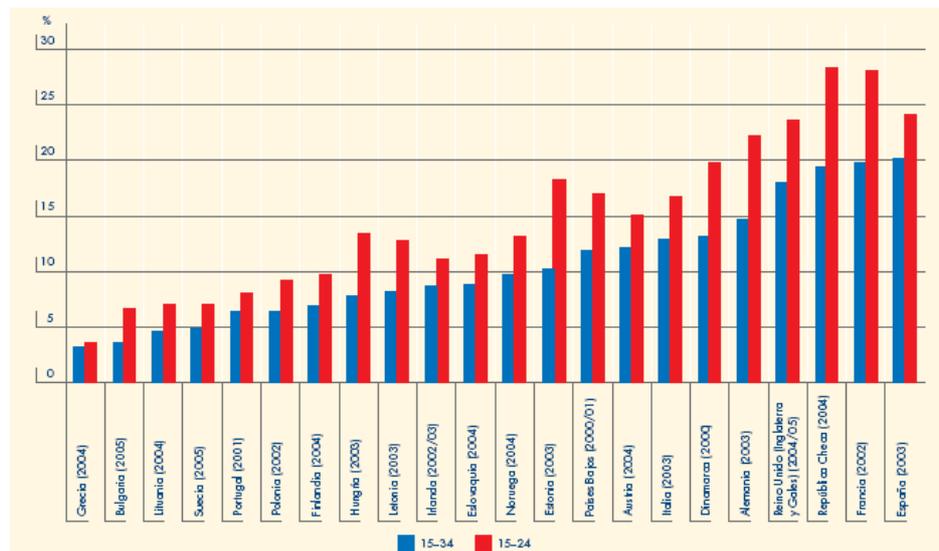


Gráfico 2. Prevalencia del consumo de cannabis entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años y entre 15 y 24 años) durante el último año



N.B.: Los datos proceden de las encuestas nacionales disponibles más recientes en cada país en el momento de la realización del informe. Para más información, véanse los cuadros GPS-8, GPS-11 y GPS-18 del boletín estadístico de 2006.
Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox (2005), extraídos de encuestas de población, informes y artículos científicos.

Gráfico 6. Prevalencia del consumo de cocaína durante el último año entre la población adulta (entre 15 y 64 años) y entre la población adulta joven (entre 15 y 34 años o entre 15 y 24 años, respectivamente)

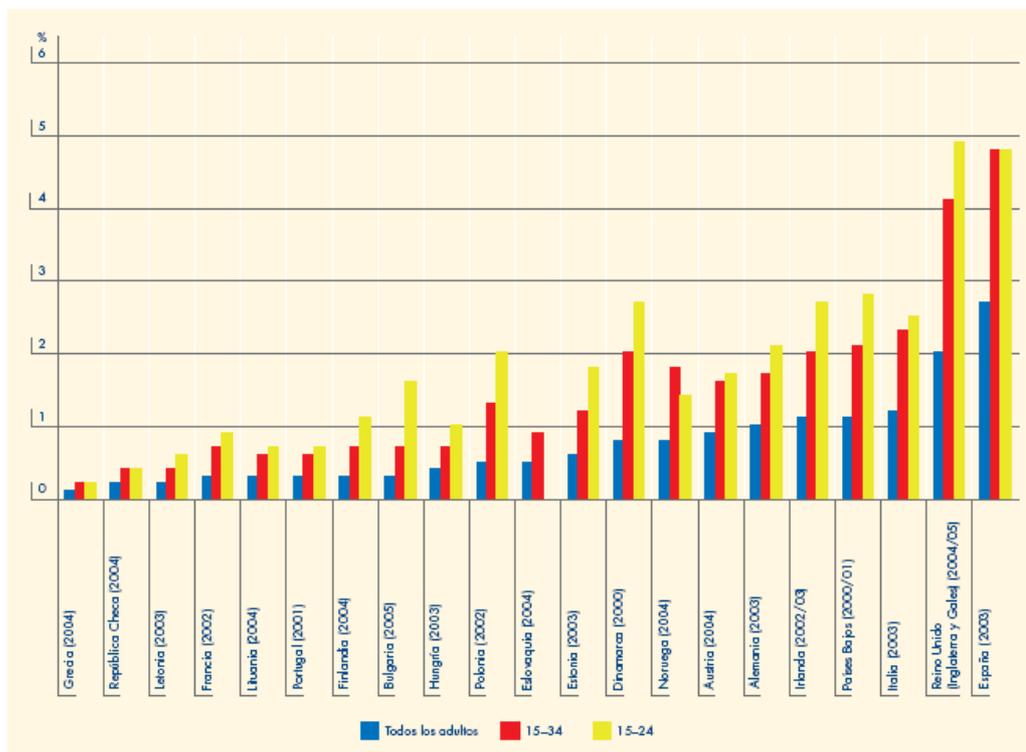
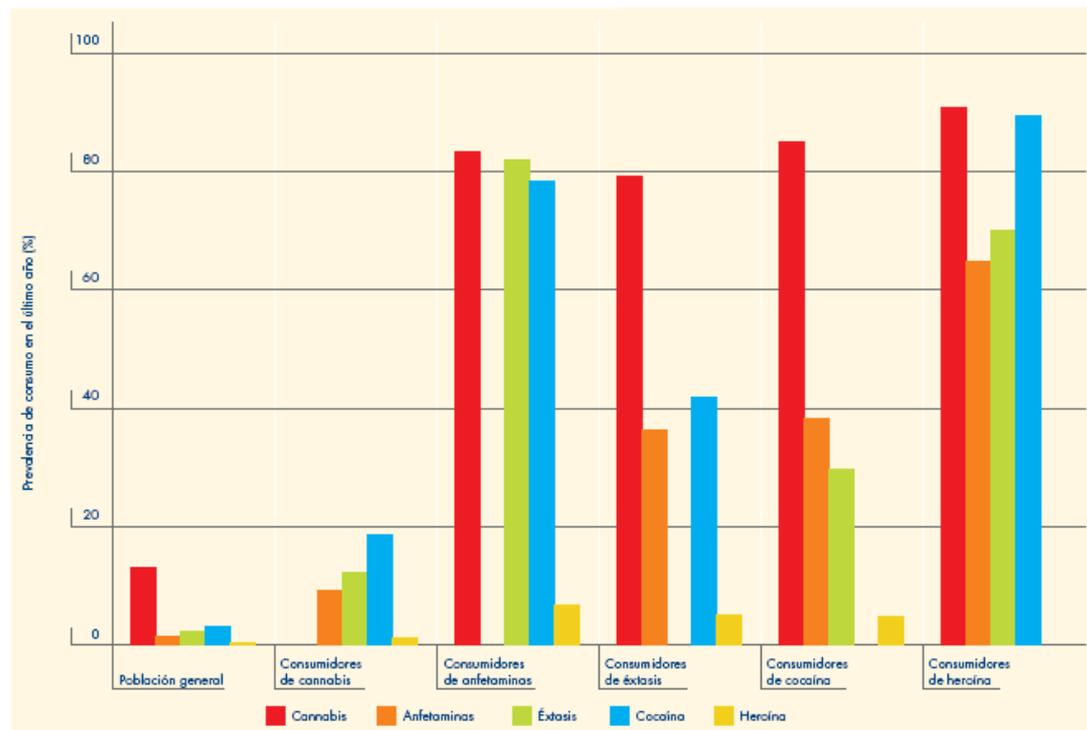


Gráfico 12. Porcentaje de muertes súbitas por consumo de drogas entre menores de 25 años en 2002



Gráfico 15. Consumo de drogas durante el último año desglosado por diferentes grupos de consumidores en la población general de entre 15 y 34 años de edad



N.B.: Datos de España en 1999. Para más información, véase el gráfico GPS-34 en el boletín estadístico 2006.
Fuente: OEDT (2005b).

Planes de acción

En el ámbito de la UE, dos planes de acción crean, directa o indirectamente, el marco de referencia para el desarrollo de la política de la UE en materia de drogas. El plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008 que toma como referencia la evaluación final de la estrategia de la UE en materia de drogas y del plan de acción sobre drogas (2000-2004). El nuevo plan de acción sigue la estructura y los objetivos de la estrategia de la UE en materia de drogas 2005-2012 y recoge alrededor de 100 acciones concretas que la UE y sus Estados miembros han de aplicar hasta finales de 2008.

Además, en junio de 2005 el Consejo aprobó el plan de acción por el que se aplica el programa de La Haya, que establece los objetivos que deben alcanzarse en las áreas de la libertad, la seguridad y la justicia en la Unión Europea a lo largo del período 2005-2010. El plan de acción de la UE 2005-2008 refleja el planteamiento global, equilibrado e interdisciplinario de la UE para hacer frente al problema de la droga, que aborda la cuestión desde todos los ángulos: coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, cooperación internacional, información, investigación y evaluación. La evaluación será incremental, con la revisión del progreso anual se establece la relación entre los resultados del año anterior y el contexto del año precedente. Una vez concluido el plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008, se realizará una evaluación del impacto con vistas a proponer un nuevo plan de acción para el período 2009-2012, el cual tomará la evaluación como punto de partida. Entonces, la Comisión efectuará en 2012 una evaluación final de la estrategia y de los planes de acción.

El consumo de drogas en la UE

Con el objeto de tener una referencia sobre nuestras prevalencias y pautas de consumo se presentan a continuación los datos e informaciones que ofrece el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en su Informe Anual 2006 que está disponible en su página web.

Consumir drogas en Europa es más barato que nunca

Aunque existen muy pocos datos históricos sobre precios en la calle y éstos son difíciles de interpretar, resulta preocupante que esta tendencia reciente coincida con los indicios de que los precios pueden estar bajando a largo plazo. Por ejemplo, la información disponible sobre algunos países de alta prevalencia indica que la cocaína y el éxtasis eran mucho más caros a finales de los años ochenta y principios de los noventa que en la actualidad.

Prevalencia y pautas de consumo de cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia en Europa. Su consumo se vio incrementado en casi todos los países de la UE durante los años noventa, en particular entre los jóvenes y los escolares.

Se estima que alrededor de 65 millones de europeos adultos, lo que equivale aproximadamente al 20 % de las personas con edades comprendidas entre 15 y 64 años, han probado esta sustancia al menos una vez, aunque cabe recordar que, en la mayoría de los casos, no la están consumiendo ya. Las cifras por países presentan grandes variaciones (entre el 2 % y el 31 %) registrándose en Malta, Bulgaria y Rumanía las cifras más bajas, y las más altas en Dinamarca, (31 %), España (29 %), Francia (26 %) y el Reino Unido (30 %)

Sobre el consumo en el último año se estima que alrededor de 22,5 millones de europeos adultos consumieron cannabis durante el último año, lo que equivale a una tasa de prevalencia del 7 %. Por países, fluctúan entre el 1 % y el 11 %, registrándose en Grecia, Malta y Bulgaria las cifras más bajas, y las más altas en España (11,3 %), Francia (9,8 %) y el Reino Unido (9,7 %)..

Se estima que 12 millones de europeos adultos han consumido esta droga en los últimos 30 días, lo que corresponde a alrededor de un 4 % de la población adulta. Las cifras por países oscilan entre el 0,5 % y el 7,5 %, lo que supone una diferencia de 15 veces . Las cifras más bajas corresponden a Lituania, Malta, Suecia y Bulgaria, y las más altas a la República Checa (4,8 %), España (7,6 %) y el Reino Unido (5,6 %) .

El consumo de cannabis tiende a ser ocasional, o a interrumpirse después de un cierto tiempo de haberse iniciado. Por término medio, el 33 % de los europeos que han tenido alguna experiencia con el cannabis afirma haberlo consumido en el último año, mientras que sólo el 16 % lo ha consumido en los últimos 30 días.

El consumo de cannabis, al igual que el de otras drogas ilegales, es notablemente mayor entre hombres que entre mujeres. La diferencia es más acentuada en el caso del consumo en el último año o último mes que en el caso de consumo a lo largo de la vida, pero las diferencias son menores entre jóvenes que entre adultos de más edad (véase la cuestión particular sobre género).

Anfetaminas, éxtasis y otras drogas psicotrópicas

Entre los Estados miembros de la UE, el consumo de anfetaminas y de éxtasis parece ser relativamente alto en sólo unos pocos países, concretamente en la República Checa, Estonia y el Reino Unido.

Las encuestas recientes realizadas entre la población adulta (15-64 años) revelan que la prevalencia del consumo de anfetamina a lo largo de la vida en Europa oscila entre el 0,1 % y el 5,9 %, excepto en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), donde alcanza el 11,2 %. Tomando como base las encuestas de población general, se ha estimado que casi 10 millones de europeos han probado esta sustancia, y más de 2 millones han consumido anfetamina en los últimos 12 meses.

El consumo de éxtasis es un fenómeno que se da predominantemente entre los jóvenes. En el grupo de 15 a 24 años, las tasas de consumo a lo largo de la vida oscilan entre el 0,4 % y el 18,7 %, siendo la República Checa (18,7 %) (116) y el Reino Unido (10,7 %) los países con las cifras más elevadas.

En cuanto a las diferencias entre sexos, los hombres registran mayores tasas de consumo (0,3-23,2 %) que las mujeres (0,4-13,9 %). El consumo en el último año fluctúa entre el 0,3 % y el 12 %, siendo la República Checa (12 %) y Estonia (6,1 %) los países donde se han registrado las cifras más elevadas.

Las tasas de prevalencia suelen ser más altas en áreas urbanas, y en particular entre los asiduos a las discotecas, clubes o eventos de baile

Prevalencia y pautas de consumo de la cocaína

Se calcula que unos 10 millones de europeos, es decir, más de un 3 % del total de la población adulta, han consumido cocaína al menos una vez. Los porcentajes nacionales de personas que admiten haber consumido esta sustancia varían entre un 0,5 % y un 6 %, con Italia (4,6 %), España (5,9 %) y el Reino Unido (6,1 %) a la cabeza de la clasificación. Se estima que unos 3,5 millones de adultos han consumido cocaína durante el último año, es decir, un 1 % del total de la población adulta. Los porcentajes nacionales en la mayoría de países varían entre un 0,3 % y un 1 %, aunque los niveles de prevalencia son superiores en España (2,7 %) y el Reino Unido (2 %). Como sucede con otras drogas ilegales, el consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el consumo a lo largo de la vida alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años, aunque el consumo en los últimos 12 meses es superior entre las personas de 15 a 24 años. La cocaína se consume sobre todo entre los 20 y los 30 años de edad, aunque, comparado con el de cannabis, el consumo es menos habitual entre las personas más jóvenes.

En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es aparentemente ocasional, tiene lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas), donde puede alcanzar unos niveles bastante elevados. Los estudios de investigación realizados con gente joven en locales de música y baile de distintos países arrojan estimaciones en cuanto a prevalencia de consumo de cocaína mucho más elevadas que las obtenidas entre la población general, con una prevalencia de vida entre el 10 % y el 75 %.

PLAN MUNICIPAL DE DROGADICCIÓN. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, PROGRAMAS Y ACTUACIONES

Las características sociales del municipio, al igual que ocurre con el resto de localidades de nuestro entorno marcan una serie de pautas y comportamientos sociales en la vida diaria y en el uso del tiempo libre sobre todo por parte de los jóvenes, como ha quedado reflejado en el análisis de la situación desarrollado con anterioridad. La vinculación de los hábitos de ocio y diversión de una gran parte de los jóvenes basados en el binomio fin de semana y consumo de alcohol y otras sustancias son el marco de referencia de las actuaciones preventivas y de información en las que el Ayuntamiento pretende cargar el peso de su política sobre las adicciones, de acuerdo con sus posibilidades y competencias, en el marco de la coordinación institucional con las administraciones autonómica, estatal y europea.

BASES ESTRATÉGICAS

Los programas y actuaciones de este Plan están orientados a retrasar la edad de contacto, disminuir el consumo experimental, evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas y evitar las adicciones a sustancias legales o ilegales. Nuestro intento va a ser que los ciudadanos y las ciudadanas desarrollen una actitud crítica frente a las drogas y que sean capaces de adoptar decisiones ante las situaciones para que se haga un consumo responsable y minimizar los riesgos asociados a los usos inadecuados de drogas. Sin olvidar las funciones de atención a las personas que ya tienen problemas de adicción, ya sea a sustancias legales, ilegales o ludopatía, para las que el Centro de Atención a Toxicomanías (CAT) seguirá trabajando con el objetivo de la deshabituación, atención del entorno social e inserción social y laboral.

Todo ello en el marco del Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas y la coordinación con instituciones y colaboración con las entidades sociales de la localidad.

De esta manera se pueden describir una serie de objetivos estratégicos que deben marcar el desarrollo de las líneas de actuación y el desarrollo de los programas

- En el marco de la Ley 3/2001 y del Plan Autonómico, la prioridad de las actuaciones del Ayuntamiento deben de ser los programas de prevención para los diferentes ámbitos, realizando las actuaciones de atención en coordinación con el Servicio Murciano de Salud y promoviendo la inserción a través de recursos normalizados.

- Continuar desarrollando e implementando programas de prevención en el ámbito educativo. Estos programas tendrán diversos grados de especificidad en cuanto a su contenido y adaptación a las características evolutivas y sociales de las poblaciones diana a las que se dirigen.

- Incidir especialmente en programas preventivos y de atención dirigidos a las drogas legales, como sustancias de consumo mayoritario y a los estimulantes, como sustancias emergentes por el crecimiento de su consumo.
- Tomar como prioritario el colectivo de los más jóvenes facilitando los medios adecuados de atención y prevención como principal población de riesgo.
- Tener en cuenta en las políticas y programas sobre las adicciones la especificidad de los colectivos diferentes culturalmente.
- Implementar un sistema de información tanto cuantitativo como cualitativo que permita analizar la incidencia de los programas en los comportamientos sociales, de cara a su evaluación para orientar la toma de decisiones.
- Prestar atención a la posible aparición de nuevas adicciones.
- Potenciar la coordinación interinstitucional, de la corporación local con las entidades sociales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Los objetivos de este Plan Municipal se van a abordar con la realización de 38 actuaciones agrupadas en 9 programas, que siguen las directrices marcadas en cada una de las 6 líneas estratégicas

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- 1. Prevención**
- 2. Atención**
- 3. Inserción**
- 4. Formación**
- 5. Investigación y Participación Social**
- 6. Coordinación**

PROGRAMAS

- 1. Prevención en el ámbito educativo**
- 2. Prevención en el ocio y el tiempo libre**
- 3. Prevención en el ámbito comunitario**
- 4. Prevención en la familia**
- 5. Prevención en el ámbito laboral**
- 6. Atención a las personas con adicciones**
- 7. Reincorporación social**
- 8. Formación en drogodependencias y otras adicciones**
- 9. Investigación y Participación Social**
- 10. Coordinación**

ACTUACIONES

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

1. Prevención de las adicciones en educación primaria
2. Prevención de las adicciones en el primer ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria
3. Prevención de las adicciones en el segundo ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria.
4. Prevención de las adicciones en Bachillerato
5. Prevención de las adicciones en enseñanzas no convencionales

PREVENCIÓN EN EL OCIO Y EL TIEMPO LIBRE

6. Actuaciones en Ludotecas .
7. Prevención desde la Educación de Calle
8. Ocio y deporte nocturno para jóvenes
9. Prevención desde los deportes
10. Prevención desde la ocupación de los espacios escolares y deportivos

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

11. Prevención en el ámbito comunitario
12. Reducción de riesgos y daños
13. Actuaciones en medios de comunicación

PREVENCIÓN EN LA FAMILIA

14. Familia y Escuela
15. Actuaciones con familias de personas alcohólicas
16. Taller informativo para padres y madres

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

17. Apoyo a la prevención en el ámbito laboral

ATENCIÓN

18. Deshabitación tabáquica
19. Abordaje integral de la enfermedad alcohólica
20. Atención a personas con ludopatía
21. Actuaciones con consumidores de cocaína
22. Jóvenes policonsumidores
23. Atención a familiares de personas con adicción

REINCORPORACIÓN SOCIAL

24. Actuaciones para la autonomía personal
25. Actuaciones con la comunidad

FORMACIÓN

26. Formación a mediadores del ámbito educativo
27. Formación a mediadores del ámbito comunitario
28. Formación a mediadores del ámbito laboral

29. Formación a mediadores de entidades sociales
30. Implicación de los medios de comunicación
31. Formación continuada de los profesionales

INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

32. Observatorio Municipal de las Adicciones
33. Apoyo a las entidades sociales

COORDINACIÓN

34. Coordinación de los servicios municipales
35. Coordinación institucional

CONSIDERACIONES PREVIAS.

Todas las acciones que se definen en las siguientes páginas perderán en gran parte su eficacia mientras, como se ha dicho en páginas precedentes, **SEA FÁCIL Y BARATO CONSEGUIR DROGAS.**

En opinión del redactor del presente PLAN MUNICIPAL, opinión discutible como todas, es que no se ofrece una imagen inequívoca y clara frente a la problemática de la oferta y consumo de drogas. Ello supone la necesidad de reforzar y explicar ante la comunidad cívica, la existencia de un compromiso ineludible por hacer cumplir la ley en aquellos aspectos en los que se observa una mayor relajación o tolerancia en la exigencia de su cumplimiento.

Entre estas situaciones están:

- Permisividad en la existencia de puntos de ventas de alcohol a menores.
- Permisividad en la celebración de botellones con participación de menores.
- Permisividad en la existencia de puntos conocidos de mercadeo o trapicheo en las cercanías de zonas de ocio e incluso en el interior de determinados locales.

Todas las actuaciones incluidas en el actual programa se encuadran en el marco temporal 2008-2011. Las actuaciones correspondientes al segundo periodo 2012-2015 serán programadas a partir de la revisión del plan actual, una evaluación que debe de incluir una profunda reflexión sobre el estado de la cuestión y la eficacia de las distintas estrategias desarrolladas en la primera parte del plan.

LÍNEA ESTRATÉGICA I

PREVENCIÓN

La principal línea estratégica que el Ayuntamiento de Mazarrón quiere desarrollar en su política sobre adicciones es la prevención, siguiendo la línea marcada por las estrategias española y europea, por la Ley 3/2001 de 4 de abril del Gobierno de Murcia de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias y por el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas.

Una vez enmarcado el papel de referente básico que el Ayuntamiento de Mazarrón debe de jugar en el establecimiento de la política local de prevención se definen los programas de prevención en los siguientes ámbitos:

- a. Educativo
- b. Ocio y tiempo libre
- c. Comunitario
- d. Familiar
- e. Laboral

La prevención como eje prioritario del Plan Municipal

La importancia de la prevención viene marcada por la gran relevancia de las consecuencias de las conductas adictivas, afectando tanto la esfera individual, como la sanitaria y social, pasando por la familiar, de orden público, económica, etc. Ante esta realidad, la prevención se erige como un “un conjunto de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas, a fin de reducirlos a mínimos socialmente aceptables dada la inviabilidad de su eliminación“ (Melero y Ortiz, 1999).

La prevención, enmarcada en la promoción de la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, los grupos y las comunidades, constituye una estrategia orientada a minimizar los riesgos asociados a los usos inadecuados de drogas. Al hablar de prevenir el abuso de drogas, se hace referencia a todas ellas y, de manera particular a aquellas que, por ser más consumidas, generan más problemas en nuestro entorno social: el alcohol y el tabaco.

Dada la complejidad del fenómeno de las adicciones, la prevención, para ser eficaz, debe contemplar los factores asociados a las sustancias (información sobre riesgos, cuestionamiento crítico de su supuesta inevitabilidad en contextos lúdicos, etc.), a la persona (educación para favorecer su desarrollo de forma autónoma) y al contexto social y medioambiental (educación para concienciar a los distintos sectores de la población sobre la importancia de comprometerse con la prevención). Las últimas investigaciones sociales sobre la prevención realizadas en nuestro entorno cultural plantean una disyuntiva entre lo deseable y lo posible, entre plantear como objetivo que las personas no consuman drogas, lo que indudablemente es idealista y utópico, o ponerse como meta un objetivo realista como es el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir.

El análisis de la situación realizado indica que hay un alto consumo experimental y un alto consumo recreativo, especialmente entre los jóvenes. Así pues un objetivo debe de ser el evitar la transición entre estos consumos experimentales a otros más intensos y no ir pasando de unas a otras sustancias. En gran medida la adicción patológica va unida al policonsumo, con graves problemas asociados a su dependencia y con una enorme dificultad para abandonar las drogas de consumo por su gran poder adictivo. En este contexto es especialmente preocupante el consumo de las tres primeras drogas a nivel cuantitativo, alcohol, tabaco y cannabis.

Por ello, el objetivo de los programas preventivos debe de tener en cuenta las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables. En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: la universal, la selectiva y la indicada.

La prevención universal se dirige a todo el grupo de referencia, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos, como la mayoría de los programas preventivos escolares, que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores. La prevención selectiva se dirige a grupos de riesgo, a un subgrupo que tiene un riesgo mayor de ser consumidores. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Modelo teórico general

Establecer un modelo teórico explicativo del fenómeno sobre el que se quiere intervenir resulta prioritario. Si bien en la actualidad conviven varios enfoques a la vez, el modelo general subyacente a los programas preventivos de adicciones se fundamenta en lo que hasta la fecha se conoce acerca de la etiología de las conductas adictivas y que a modo de resumen podrían concretarse en tres ejes básicos:

- Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas de unas personas respecto a otras.
- Se da una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
- Toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

La prevención debe, por tanto, centrarse en poner en marcha acciones para frenar las conductas adictivas así como para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento de tal conducta en variables del individuo, del sistema social, así como en otras conductas relacionadas (baja autoestima, predisposición, conductas delictivas...).

Si bien es cierto que en el campo de la prevención de las adicciones se dispone de un amplio número de teorías, ninguna de ellas resulta dominante. Por ello, generalmente los programas preventivos suelen tomar como referencia diferentes modelos teóricos.

Objetivos de la línea de actuación

- Reducir el interés social y la demanda de drogas, desarrollando las competencias y capacidades personales.
- Educar para la salud, potenciando hábitos saludables frente a actitudes favorecedoras del consumo de drogas y otras conductas adictivas.
- Intervenir sobre las condiciones socioculturales que inciden en las conductas adictivas.
- Fomentar la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.
- Educar en el consumo responsable.
- Informar a la población sobre las sustancias y conductas capaces de generar dependencia.

Principios de la línea de actuación

- La prevención se debe entender como una actividad continuada en el tiempo por una doble razón:
 - o Por entender que los problemas relacionados con el consumo de drogas no tienen un carácter pasajero sino que por el contrario van a persistir durante largo tiempo y por otra,
 - o Por el hecho de que la investigación ha puesto de manifiesto que la eficacia de los programas preventivos es mucho mayor si responden a un desarrollo planificado y programado, cuyas directrices vengán delimitadas por los objetivos globales planteados.
- Los programas de prevención deben incluir todas las formas de consumo de drogas, tanto las legales (alcohol, tabaco y fármacos), como las ilegales.
- Debe estar incluida en una política global. Si partimos de que el consumo de drogas es un fenómeno multicausal, cualquier intervención preventiva debe contemplar la integración y coordinación de las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades. Para ello debe establecerse un marco competencial y de responsabilidad sobre los programas de prevención, en el que se articule la participación de las Administraciones y de la iniciativa social.
- Debe potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo. Existe un cierto consenso acerca de que la meta de cualquier acción preventiva va a consistir en el reforzamiento de aquellos factores de protección que impidan un uso inadecuado de las drogas y como complemento serán necesarias aquellas medidas capaces de generar alternativas al consumo de drogas.
- Debe tener en cuenta programas multicomponentes. Los programas deben incluir estrategias en habilidades para resistir la presión hacia el consumo, incrementando la competencia social (autoeficacia, asertividad, toma de decisiones, control emocional, autoimagen y autosuperación, entrenamiento en habilidades sociales, actividades de ocio,...).
- El contenido de los programas debe adaptarse a las características, necesidades y edad de los destinatarios y destinatarias, apropiados a su período de desarrollo y ser sensibles a nivel de las diferencias culturales.

- Deben de priorizarse la utilización de programas basados en la evidencia científica y que consecuentemente hayan demostrado su eficacia y/o eficiencia.
- Debe contemplar la evaluación de sus actuaciones como modo de determinar la efectividad de los programas en los participantes y comprobar así el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

El entorno más importante de prevención universal es la escuela y en este sentido se observa un notable incremento de la importancia que se otorgan en los países de nuestro entorno a las estrategias nacionales de prevención en las escuelas y a la aplicación estructurada de este enfoque.

Esto queda reflejado en la ampliación de las políticas escolares sobre drogas y en el desarrollo de programas modulares específicos de prevención frente a las drogas para las escuelas, así como una mejor formación del profesorado.

La mayoría de estados miembros han aplicado programas de desarrollo de capacidades sociales y personales en las escuelas como enfoque preventivo. Los temas tratados en estos programas escolares incluyen tomar decisiones, hacer frente a situaciones, marcarse objetivos, así como la reafirmación personal, la comunicación y la afectividad. Esta técnica que deriva de teorías de aprendizaje social, es una metodología importante en la mayoría de Estados miembros.

Por contra, se va reconociendo el limitado valor de la información en la prevención del consumo de drogas. Los enfoques basados únicamente en la educación sanitaria también son limitados para influir en los procesos cognitivos y a menudo carecen de componentes concretos de formación en materia de comportamiento e interacción social. Existe un amplio consenso sobre la idea de que los factores sociales (el vecindario, los grupos de amigos y las normas) y personales (el temperamento y las capacidades académicas y emocionales) influyen más a la hora de adoptar hábitos saludables o de consumo de drogas que el mero conocimiento. El elemento cognitivo más importante sobre el que puede actuar la prevención es la percepción errónea de que el consumo de drogas es normal y socialmente aceptable entre los jóvenes.

La escuela se convierte por su estructura y características en la institución idónea para adquirir valores, destrezas, habilidades y conocimientos que configuren estilos de vida saludables que les hagan más autónomos y resistentes a la presión al consumo de drogas y otras conductas de riesgo para su salud. En esta tarea debe implicarse a toda la comunidad escolar, alumnado, profesores y padres.

Varias son las razones que justifican la labor preventiva que se realiza desde la escuela:

- Por ser uno de los principales agentes de socialización.
- Porque actúa en una de las fases del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar el alumnado está sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos.
- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el periodo más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es el espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.

- Porque los profesores son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

En la escuela se priorizan los programas de prevención universal, garantizando un acceso continuo y a largo plazo de grandes poblaciones de jóvenes. Así mismo, se deberá intervenir de manera específica con el alumnado de las enseñanzas no convencionales (Garantía Social, UIEE, Aula Taller,...)

En este ámbito el Ayuntamiento de Mazarrón tiene una dilatada experiencia y realiza desde hace ya varios años diversos programas de colaboración con los centros escolares como SURESTE, y otras acciones desarrolladas por la Universidad Popular.

OBJETIVOS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

En relación al centro docente:

- Estimular y favorecer la inclusión de la prevención de adicciones en el proyecto de centro.

En relación al equipo docente:

- Formar al equipo docente en materia de prevención de las adicciones, proporcionándoles las estrategias metodológicas adecuadas.

- Facilitar apoyo y seguimiento en la aplicación de los programas.

- Dar respuesta a las nuevas necesidades y realidades detectadas en la aplicación de los programas.

En relación a los alumnos y alumnas:

- Desarrollar hábitos y actitudes saludables como medio de prevenir el consumo de drogas legales e ilegales.

- Contribuir a evitar o retrasar el primer contacto con las drogas legales y evitar el de las ilegales.

- Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas y otras conductas adictivas.

- Potenciar, en caso de consumo incipiente, la asunción de la propia responsabilidad del alumno o alumna respecto al consumo moderado, por oposición a una conducta de abuso de drogas.

- Desarrollar estrategias de prevención universal, selectiva o indicada en función de las características de la población a la que se dirige la actuación preventiva.

- Facilitar los recursos y medios necesarios a aquellos alumnos o alumnas que demanden orientación y asesoramiento por una problemática incipiente o instaurada de adicción.

I.- PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EDUCACIÓN PRIMARIA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los aspectos cognitivos del desarrollo del niño entre los seis y doce años de edad invitan a trabajar cuidadosamente los factores de protección característicos de este periodo de desarrollo. La coexistencia de todo tipo de comportamientos prosociales y de riesgo hace necesario que el niño disponga cuanto antes de una estructura operativa conformada de valores, actitudes y hábitos que le permitan discriminar acciones prosociales de otras inadecuadas o de riesgo.

OBJETIVOS

- Promover estilos de vida saludables y autónomos.
- Mejorar la información de los escolares sobre los riesgos asociados al alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.
- Favorecer las competencias para actuar asertivamente.
- Favorecer la maduración psicoafectiva.

POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas de 3º a 6º de educación primaria.

METODOLOGÍA

La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsará el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto con los centros que imparten primaria.
- Formación en el centro a los profesores.
- Integración en el Plan de Acción tutorial.
- Planificación de la aplicación del programa.
- Realización del programa en el aula por parte del equipo docente.
- Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.

Para el desarrollo de estos programas es conveniente la firma de un convenio de colaboración con el CEP de Lorca para que la formación del profesorado sea reconocido a efectos profesionales, lo que garantizaría una mayor participación del profesorado. Las sesiones de trabajo se desarrollarían en las horas de exclusiva para garantizar la asistencia de los profesores participantes. Cada curso tendría una duración estimada de 10 horas distribuidas en cinco sesiones.

MATERIALES

Los materiales serán desarrollados por el equipo educativo del programa, sobre aquellos realizados en otros ámbitos y que hayan demostrado su eficacia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES

C.E.I.P.	2008	2009	2010	2011
C.P. La Aceña	Presentación del PLAN PREVENCIÓN ESCOLAR y firma del convenio con el CEP		ACTUACIÓN	Revisión del PLAN DE PREVENCIÓN ESCOLAR
C.P. Ginés García		ACTUACIÓN		
C.P. Fco Caparrós		ACTUACIÓN		
C.P. La Cañadica			ACTUACIÓN	
C.P. N° 6			ACTUACIÓN	
C.P. Manuela Romero			ACTUACIÓN	
C.P. Bahía		ACTUACIÓN		
C.P. San Antonio			ACTUACIÓN	
C.C. Siglo XXI		ACTUACIÓN		
PRESUPUESTO	2.000.-	4.000.-	5.000.-	2.000.-

2.- PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL PRIMER CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Entre los 12-14 años, periodo que coincide evolutivamente hablando con la preadolescencia y la adolescencia, se producen importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. La necesidad de asentar la propia identidad ante la rapidez de los cambios físicos y psicológicos, la búsqueda de autonomía e independencia frente al mundo adulto así como la influencia de los modelos sociales, pueden incidir en el inicio del consumo de drogas.

Si a las características propias de la adolescencia añadimos el hecho constatado de que los primeros contactos con las drogas se producen precisamente entonces, la ESO constituye un momento idóneo para abordar el tema de las adicciones desde el aula.

OBJETIVOS

- Desarrollar hábitos y actitudes saludables
- Evitar o retrasar su primer contacto con las drogas legales
- Enseñar a tomar decisiones razonadas

POBLACIÓN DIANA

Escolares de primer ciclo de educación secundaria.

METODOLOGÍA

La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsará el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto a principio de curso con los centros.
- Formación del profesorado que lo va a llevar a cabo.
- Planificación de la aplicación del programa.
- Realización del programa en el aula por parte del equipo docente.
- Integración del programa en el Plan de Acción Tutorial.
- Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.

Para el desarrollo de estos programas es conveniente la firma de un convenio de colaboración con el CEP de Lorca para que la formación del profesorado sea reconocido a efectos profesionales, lo que garantizaría una mayor participación del profesorado. Las sesiones de trabajo se desarrollarían en las horas de exclusiva para garantizar la asistencia de los profesores participantes. Cada curso tendría una duración estimada de 10 horas distribuidas en cinco sesiones.

MATERIALES

Los materiales serán desarrollados por el equipo educativo del programa, sobre aquellos realizados en otros ámbitos y que hayan demostrado su eficacia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación 1º	Actuación 2º	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO	2.000.-	4.000.-	4.000.-	2.000.-

3.- PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL SEGUNDO CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los hábitos nocivos para la salud se adquieren ya en la infancia, y concretamente la edad crítica para el inicio del consumo de drogas se sitúa entre los 12 y los 16 años. Esto quiere decir que, más allá de las posibles influencias de la moda o de determinados intereses políticos, la educación sobre drogas (como un aspecto particular de la educación sanitaria) es algo cada vez más necesario en la escuela.

En este contexto, el profesorado necesita medios didácticos y auxiliares para enfrentar estas nuevas exigencias. Los programas que se ofrezcan deben intentar cubrir esta necesidad ofreciendo al profesor una forma de abordar la educación sobre drogas con una metodología sencilla y de eficacia contrastada.

OBJETIVOS

- Aprender a tomar decisiones sobre el uso de drogas en conexión con el resto de problemáticas del adolescente.
- Evitar o retrasar el uso de drogas legales y evitar el de las ilegales.
- Concienciar de la presión de grupo y fomentar la toma de decisiones responsables.
- Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas.

POBLACIÓN DIANA

Escolares de segundo ciclo de la Educación Secundaria.

METODOLOGÍA

La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsará el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto a principio de curso con los centros
- Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo
- Planificación de la aplicación del programa.
- Realización del programa en el aula por parte del equipo docente.
- Integración del programa en el Plan de Acción tutorial.
- Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.

Para el desarrollo de estos programas es conveniente la firma de un convenio de colaboración con el CEP de Lorca para que la formación del profesorado sea reconocido a efectos profesionales, lo que garantizaría una mayor participación del profesorado. Las sesiones de trabajo se desarrollarían en las horas de exclusiva para garantizar la asistencia de los profesores participantes. Cada curso tendría una duración estimada de 10 horas distribuidas en cinco sesiones.

MATERIALES

Los materiales serán desarrollados por el equipo educativo del programa, sobre aquellos realizados en otros ámbitos y que hayan demostrado su eficacia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación 3º	Actuación 4º	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO		4.000.-	4.000.-	

4.- PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN BACHILLERATO Y MODULOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL.

BASES DE LA ACTUACIÓN

Las actuaciones preventivas deben adaptarse a la edad evolutiva de sus destinatarios. Consecuentemente, las intervenciones en esta etapa educativa no obligatoria deberán hacer especial énfasis en la modificación de la percepción que suelen tener sobre el consumo de drogas.

Y en mejorar las habilidades que les permitan afrontar de forma positiva situaciones personales de riesgo.

Por otra parte, deben proporcionarse mensajes que incorporen la reducción de daños para el consumo de una o varias drogas y cómo afrontar situaciones de emergencia o peligro, en el caso de consumo.

OBJETIVOS

- Reducción de la prevalencia del consumo de drogas entre los jóvenes.
- Desarrollar hábitos y actitudes saludables.
- Proporcionarles información, formación y orientación que les permita adoptar decisiones responsables.
- Aumentar la percepción de riesgo asociado al consumo de distintas drogas

POBLACIÓN DIANA

Escolares de Bachillerato

METODOLOGÍA

La actividad será dirigida por el profesor o profesora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsara el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto a principio de curso con los centros.
- Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo.
- Planificación de la aplicación del programa.
- Realización del programa en el aula por parte del equipo docente.
- Integración del programa en el Plan de Acción tutorial.
- Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.

Para el desarrollo de estos programas es conveniente la firma de un convenio de colaboración con el CEP de Lorca para que la formación del profesorado sea reconocido a efectos profesionales, lo que garantizaría una mayor participación del profesorado. Las sesiones de trabajo se desarrollarían en las horas de exclusiva para garantizar la asistencia de los profesores participantes. Cada curso tendría una duración estimada de 10 horas distribuidas en cinco sesiones.

MATERIALES

Los materiales serán desarrollados por el equipo educativo del programa, sobre aquellos realizados en otros ámbitos y que hayan demostrado su eficacia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación	Actuación (Refuerzo)	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO	1.000.-	2.000.-	2.000.-	1.000.-

5.- PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN ENSEÑANZAS NO CONVENCIONALES

BASES DE LA ACTUACIÓN

Una realidad especial la conforman aquellos alumnos que a los 14 años han acumulado un retraso escolar de difícil atención dentro del aula ordinaria y su dificultad de adaptación escolar. El abandono prematuro del sistema educativo puede tener como consecuencia conductas conflictivas. Los módulos de Garantía Social, UIEE, Aula Taller orientan sus intereses formativos hacia aspectos prácticos y profesionales. Estas situaciones pueden convertirse, en estos alumnos, en factores especiales de riesgo en relación al consumo de drogas.

OBJETIVOS

- Evitar o retrasar el uso de drogas legales y evitar el de las ilegales.
- Desarrollar conocimientos saludables y actitudes críticas ante las drogas.
- Concienciar de la presión de grupo y fomentar la toma de decisiones responsables.

POBLACIÓN DIANA

Alumnas y alumnos de la Unidades de Intervención Educativa Específica (PROGRAMA INSERCIÓN PROFESIONAL), Garantía Social y Aula Taller (14-17 años).

METODOLOGÍA

La actividad será dirigida por el educador o educadora habitual, con la siguiente metodología:

- Discusión en clase.
- Representación de escenas.
- Trabajos de investigación.
- Debe llevarlo a cabo un sólo profesor por grupo.
- Es conveniente que se encargue el profesor que habitualmente utilice técnicas activas en clase.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsara el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto a principio de curso con los centros.
- Formación de los profesores que lo van a llevar a cabo.
- Planificación de la aplicación del programa.
- Realización del programa en el aula por parte del profesor.
- Integración del programa en el Plan de Acción tutorial.
- Apoyo material y técnico a lo largo de la aplicación.

Para el desarrollo de estos programas es conveniente la firma de un convenio de colaboración con el CEP de Lorca para que la formación del profesorado sea reconocido a efectos profesionales, lo que garantizaría una mayor participación del profesorado. Las sesiones de trabajo se desarrollarían en las horas de exclusiva para garantizar la asistencia de los profesores participantes. Cada curso tendría una duración estimada de 10 horas distribuidas en cinco sesiones.

MATERIALES

Los materiales serán desarrollados por el equipo educativo del programa, sobre aquellos realizados en otros ámbitos y que hayan demostrado su eficacia.

CALENDARIO DE ACTUACIONES

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación	Actuación (Refuerzo)	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO		2.000.-	2.000.-	

COMENTARIOS.

La oferta educativa incluida en este apartado se restringe en el Municipio de Mazarrón a LOS PROGRAMAS DE INSERCIÓN PROFESIONAL, de funcionamiento deficiente en cuanto a la formación e incorporación profesional de los alumnos/as participantes. No obstante parece que dicho sistema va a sufrir modificaciones próximamente.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL OCIO Y EL TIEMPO LIBRE

La asociación entre consumo de drogas y diversión ha ido calando en amplios sectores juveniles, de tal manera que el uso de sustancias psicoactivas (sobre todo el alcohol), ha acabado por convertirse en un referente obligado de la cultura juvenil, en un componente esencial de su ocio. Las drogas, junto con la fiesta, la música, el baile, “la marcha” son elementos relevantes de la cultura juvenil.

Gran parte del uso de drogas entre los adolescentes y jóvenes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrado en sus actividades de fin de semana y en un contexto de ruptura con la dinámica cotidiana, liberación y descontrol. Pero de la misma manera que el ocio se ha convertido en el momento preferente en el cual los jóvenes consumen drogas, también puede convertirse en un escenario ideal en el cual se pueden poner en marcha estrategias de prevención de tales comportamientos. Consecuentemente, el tiempo de ocio puede ser un momento privilegiado en el que los jóvenes y adolescentes fortalezcan determinados factores de protección y adquieran hábitos de vida saludables, alternativos al uso de sustancias.

OBJETIVOS DE PREVENCIÓN DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

- Incorporar la educación para la salud en las actividades de ocio y tiempo libre.
- Promover y difundir alternativas atractivas de ocio, cultura y tiempo libre, promocionando hábitos de vida saludables como factores de protección frente a los patrones de consumo de drogas.
- Facilitar información acerca de los riesgos asociados al consumo de sustancias adictivas ya sean legales o ilegales.
- La formación como agentes preventivos de conductas adictivas a aquellos mediadores sociales cuya labor educativa se desarrolla en espacios de ocio.
- Implicar a los propios adolescentes y jóvenes en tareas preventivas en el espacio del ocio y tiempo libre.

6.- ACTUACIONES EN LUDOTECAS.

BASES DE LA ACTUACIÓN

Las actuaciones municipales dirigidas a la infancia, desde los Servicios Sociales, tienen como finalidad favorecer un desarrollo adecuado de la infancia y adolescencia, atendiendo especialmente a los procesos de socialización.

Por ello, las ludotecas, a donde acuden los niños de 3 a 6 años, y los centros de tiempo libre, para los de 6 a 14 años, son un recurso que debe de ser aprovechado además de su objetivo principal para inculcar valores, actitudes y hábitos saludables, incluyendo la prevención como tema transversal de las actividades habituales.

OBJETIVOS

- Proporcionar y generar alternativas para la ocupación del tiempo libre de la infancia y adolescencia, con objeto de favorecer su desarrollo personal y social y de prevenir situaciones de marginación infantil.
- Favorecer el uso creativo y positivo del tiempo libre.
- Dar apoyo en el proceso de socialización del niño/a mediante determinados aprendizajes sociales relacionados con las actitudes y los comportamientos, todo ello en un contexto lúdico y festivo.
- Detectar y atender problemáticas individuales o de grupo de la población infantil y adolescente.

POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas de 3 a 14 años.

METODOLOGÍA

Los profesionales de las ludotecas y centros de tiempo libre incluirán en la programación actividades que fomenten hábitos y valores con una pedagogía basada en el desarrollo personal y social del niño/a y del adolescente.

El estilo de animación será democrático y cooperativo, definido por el hecho de educar y aprender juntos, fomentar la capacidad reflexiva y de responsabilidad personal, la empatía e interés por el otro, y el fomento de la participación activa del otro como actor y protagonista de su propio desarrollo en un grupo marco

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL impulsaran el desarrollo del programa en los centros con las siguientes acciones:

- Contacto con los centros
- Formación de los profesionales
- Planificación de la aplicación del programa
- Apoyo material y técnico

MATERIALES

NOTA.- Existe en el municipio un grave problema de OFERTA EDUCATIVA en lo relativo al OCIO Y AL TIEMPO LIBRE. Recientemente se ha puesto en marcha por parte de la Concejalía de Servicios Sociales el conocido como ESPACIO EDUCATIVO TALLÍN en el que podrían desarrollarse las actividades programadas.

7.- PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN DE CALLE

BASES DE LA ACTUACIÓN

Es un modelo de intervención socio-educativa que se desarrolla fundamentalmente en la calle por ser un ámbito esencial de socialización al que no suelen llegar las instituciones.

La Educación de Calle se dirige, preferentemente, a niños y adolescentes que están en situación de riesgo social por la causa que sea: pertenencia a un grupo marginado, malos tratos, conductas antisociales, absentismo escolar, etc.

Por lo tanto es un grupo de alto riesgo que debe de ser objeto de un programa especial de prevención en drogodependencias y adicciones.

OBJETIVOS

- Limitar los factores socio-culturales que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo en menores y adolescentes de riesgo
- Detectar menores en fases tempranas de adicción

POBLACIÓN DIANA

El programa se dirige a la población infantil y adolescente, que de manera general tendrá las siguientes características:

- Entre los 6 y 16 años.
- Que tienen la calle como medio referencial.
- Inadaptación de tipo familiar, escolar o social.
- En contacto con colectivos de adultos que los pongan en situación de riesgo.

METODOLOGÍA

La Educación de Calle no se caracteriza por una definición de actividades tipo, sino que surgen del conocimiento del medio en el que se trabaja y de las iniciativas recogidas en el grupo concreto con el que se está interviniendo.

- Intervención con la infancia con el objeto de mejorar o implementar, si es preciso, las estrategias de adaptación social que el niño va construyendo en esta etapa. Esta intervención respetará su cultura de origen, facilitando a su vez la integración en la comunidad.
- Intervención con aquellos agentes de la comunidad que cumplen, o debieran cumplir, las funciones que dicha comunidad tiene para la infancia con el objeto de procurar las mejores condiciones posibles para su adecuado desarrollo.

El equipo de profesionales del PLAN MUNICIPAL formarán a los educadores de calle y les prestarán apoyo técnico personalizado.

MATERIALES

NOTA.- No existe en el municipio PROGRAMA DE EDUCADORES DE CALLE.

8.- ACTUACIONES EN LAS CASAS DE JUVENTUD

BASES DE LA ACTUACIÓN

Son punto de encuentro entre jóvenes y organizan actividades para la ocupación del tiempo libre a la vez que promueven la formación, información, comunicación y producción cultural de los jóvenes, así como el asociacionismo. Así pues, son un recurso imprescindible a la hora de desarrollar programas de prevención y alternativas de ocio.

OBJETIVOS

- Ofrecer alternativas de ocio a la población joven y un lugar de encuentro y socialización distinto a los bares.

POBLACIÓN DIANA

Jóvenes entre 12 y 30 años.

METODOLOGÍA

Cada Casa de Juventud elabora una programación anual de actividades con las sugerencias, propuestas y participación de los jóvenes y del barrio. Se llevan a cabo a través de cursos y talleres que acaban en exhibición, presentación o exposición del trabajo desarrollado a lo largo del curso. Los campos que abarcan son muy variados, fotografía, teatro, danzas, música, radio, imagen, deporte, cómic, elaboración de revista, pintura e ilustración. Especial interés tienen las actividades que se desarrollan en el verano.

NOTA.- No existen en el municipio CASAS DE JUVENTUD o equipamientos similares.

9.- OCIO Y DEPORTE NOCTURNO PARA JÓVENES

BASES DE LA ACTUACIÓN

El ocio constituye actualmente uno de los aspectos más significativos de la vida de los y las jóvenes. Ocio y riesgo son dos términos que aparecen, en la actualidad, claramente relacionados y que afectan a los jóvenes de nuestra ciudad. Riesgos no solamente asociados al consumo de drogas legales o ilegales sino también a la asociación que se produce entre ocio y consumo.

Las actuaciones propuestas deben apostar por el desarrollo saludable del ocio de los jóvenes de la ciudad de Mazarrón, tratando de generarles inquietudes culturales, poniendo en marcha espacios alternativos de ocio y actividades innovadoras, con el fin de llegar a todos los jóvenes de la ciudad con una programación alternativa, que ofrezca múltiples posibilidades de disfrutar los fines de semana de una forma diferente.

OBJETIVOS

- Promover alternativas plurales y saludables de ocupación del ocio y tiempo libre.
- Dar soporte a la iniciativa social y juvenil desarrollando fórmulas de colaboración con diversas entidades.
- Disminuir la demanda y el uso indebido de drogas legales e ilegales durante los momentos y situaciones de mayor consumo, fomentando estilos de vida saludables y pautas responsables de consumo.
- Ofertar a los jóvenes y adolescentes de la ciudad de Mazarrón una alternativa de tiempo libre durante las noches de los fines de semana y del período vacacional, promoviendo la utilización de las infraestructuras y los recursos comunitarios.

POBLACIÓN DIANA

Adolescentes y jóvenes entre 14 y 29 años

METODOLOGÍA

Activa-participativa, dando el protagonismo a la participación social, fundamentalmente a los jóvenes.

NOTA.- No existe en el municipio PROGRAMA DE OCIO Y DEPORTE NOCTURNO PARA JÓVENES.

10.- PREVENCIÓN DESDE LOS DEPORTES

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los valores de la constancia, el esfuerzo y la recompensa diferida que se adquieren con la práctica habitual del deporte, además de la socialización son una buena base para desarrollar hábitos de vida saludables.

Por lo tanto el desarrollo continuado de actividades deportivas es un factor de prevención esencial frente a las adicciones.

OBJETIVOS

- Promover un aumento significativo de la práctica de deporte federado.
- Favorecer la incorporación de estrategias preventivas y de educación para la salud en las actividades de deporte.
- Lograr que la práctica del deporte se un espacio de aprendizaje de competencias y recursos que permita a adolescentes y jóvenes gestionar sus riesgos.

POBLACIÓN DIANA

Niños y niñas de 6 a 16 años.

METODOLOGÍA

A través del trabajo conjunto del p, los servicios de Deportes y Juventud municipales y de todas las federaciones deportivas aragonesas.

- Promoción del deporte a través de una campaña escolar en la que las distintas federaciones tendrán la posibilidad de darse a conocer y motivar la práctica de sus deportes.
- Los niños tendrían subvencionado el primer año como federados.
- Los monitores-entrenadores que enseñen o entrenen a los niños recibirían un curso sobre factores de prevención de las dependencias.

	2008	2009	2010	2011
Curso de Formación a Monitores-Entrenadores	Presentación PLAN DE DEPORTES	ACTUACIÓN	REVISIÓN	Evaluación del PLAN DE DEPORTES
Financiación Cuota Federación				
PRESUPUESTO	2.000.-	4.000.-	5.000.-	2.000.-

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

La prevención comunitaria implica tener en cuenta los contextos microsociales (familia, grupo de amigos, barrio,...) tanto en el origen como en la evolución del fenómeno. De ello se deriva la necesidad de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que conforman la comunidad, siendo ésta última la que debe implicarse en la búsqueda de soluciones.

Precisamente, el paradigma comunitario representa una estrategia que busca comprometer a los colectivos que dan cuerpo a la comunidad, desde los responsables políticos con capacidad para priorizar la prevención, respaldarla financieramente y favorecer procesos de diálogo y coordinación, hasta los profesionales de la prevención e intervención social, como dinamizadores de los procesos de desarrollo comunitario y aval de las actuaciones a impulsar, sin olvidar a la propia sociedad civil, agente de la intervención, desde el análisis de la realidad hasta la gestión y evaluación de los programas.

La prevención del uso indebido de drogas así como de otras conductas adictivas, requiere la adopción de diferentes medidas, de variedad de estrategias que el modelo comunitario permite conjugar teniendo en cuenta el carácter multifactorial del propio fenómeno.

Algunos de los principios inspiradores de la intervención en materia de conductas adictivas, desde una perspectiva comunitaria son:

- los problemas derivados de las conductas adictivas son un problema de todos, por esa razón todos y cada uno de los miembros de la comunidad, desde su responsabilidad social, profesional o familiar, pueden y deben involucrarse en la búsqueda y aplicación de soluciones.
- Sin desatender las responsabilidades de la asistencia y la reinserción, se apuesta de forma decidida por la prevención desde un enfoque psicosocial.
- Para operativizar los dos principios anteriores, se apuesta por el “territorio municipal” como el ámbito privilegiado de intervención y protagonista de primer orden, en tanto en cuanto es la Administración más cercana al ciudadano y mejor conocedora de sus condiciones de vida.

OBJETIVOS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO.

- Elaborar el marco teórico y principios metodológicos que sirvan de referencia en la elaboración de propuestas preventivas comunitarias que se den en el municipio.
- Facilitar a los profesionales y a la población general aquella información adecuada que facilite la comprensión del fenómeno de las adicciones y las labores de prevención.
- Sensibilizar a la comunidad en torno al hecho de que la prevención de adicciones atañe a todos los ciudadanos.
- Coordinar las actuaciones entre los diversos ámbitos y recursos que configuran la comunidad

12.- PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

BASES DE LA ACTUACIÓN

La implicación de la comunidad en la prevención requiere el desarrollo de estrategias encaminada a lograr un compromiso de los actores sociales puesto que de esta marea se llega a completar otras actuaciones preventivas y de atención con el desarrollo de actividades en contextos microsociales (familia, grupo de amigos, barrio,...), claves tanto en el origen como en la evolución del fenómeno.

Por tanto, este programa tendrá su ámbito natural en el barrio, espacio de referencia y de pertenencia para las entidades y las personas.

OBJETIVOS

- Convertir al medio más cercano a las personas en factor de prevención de conductas de riesgo a través de la colaboración en el desarrollo de programas propios.
- Promover estilos de vida que hagan a los individuos y grupos que conforman la comunidad menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con sustancias y/o conductas capaces de generar dependencia.

POBLACIÓN DIANA

- La población los barrios de la ciudad, fundamentalmente la población joven susceptible de actuaciones preventivas
- Los mediadores sociales del barrio

METODOLOGÍA

- Establecer relaciones de colaboración con los agentes sociales de un territorio
- Conocer la realidad social del barrio donde se pretenda desarrolla el programa
- Desarrollar actuaciones adaptadas a la realidad social de cada territorio
- Establecer compromiso conjunto de los representantes políticos, asociaciones promotoras, técnicos y mediadores sociales del barrio.
- Llevar a cabo un análisis de la realidad que permita conocer la problemática derivada del consumo de drogas, de las adicciones comportamentales, así como los recursos de los que dispone el barrio.
- Elaboración, ejecución y evaluación de aquellos programas que permitan la consecución de los objetivos planteados.
- Implicación tanto en la planificación como en la realización de los programas de mediadores sociales.

13.- REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

BASES DE LA ACTUACIÓN

La perspectiva de reducción de riesgos y daños en drogodependencias nace de una necesidad de reflexión en torno al fenómeno del consumo de sustancias, sus significados, sus consecuencias y los efectos que la respuesta sociosanitaria tradicional había producido. Frente al modelo “libre de drogas” ampliamente cuestionado, que establecía que el usuario debía compartir como objetivo final los objetivos y exigencias de los profesionales ligados a la abstinencia, aparece una forma de actuar basada en la atención a los problemas derivados del consumo de drogas, abandonando las valoraciones morales asociadas al mismo. Ello plantea la necesidad de entender otras cuestiones, como el hecho de que la aparición de nuevas sustancias y formas de consumo requieren otras modalidades de atención, que las adicciones afectan a las personas de distinta manera y que a su vez los consumidores presentan diversas demandas en diversos momentos.

Las actuaciones se orientan a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas. Se fundamentan en un abordaje pragmático que lleva a incorporar principios de actuación tales como potenciar la accesibilidad al recurso, reducir la problemática para terceros (como en el caso de los accidentes de tráfico, menores, ...), mejorar las condiciones de salud, sociales, etc.

OBJETIVOS

- Poner a disposición de toda la población, medios para prevenir riesgos sanitarios y sociales asociados a determinados consumos o conductas adictivas.
- Garantizar a las personas con problemas de adicción que lo demanden, un tratamiento de reducción de riesgos y daños que haga posible disfrutar de una vida personal, familiar, laboral y social lo más positiva posible, en el marco de sus propias aspiraciones y necesidades.

POBLACIÓN DIANA

Jóvenes y adultos con problemas de adicción, que no pretenden abandonar el consumo.

METODOLOGÍA

El Plan Municipal promoverá en coordinación con el resto de Administraciones Públicas programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol y otras drogas, haciendo especial mención a los accidentes de tráfico, la violencia y la intoxicación.

Desde los programas de prevención realizados bajo esta perspectiva y utilizando una metodología activa-participativa se ofrece información sobre los riesgos que conlleva el uso de drogas, sugerencias necesarias para detectar y evitar efectos adversos cuando se consumen o se conocen personas que lo hacen, y dónde dirigirse, si se precisa, para una atención personalizada. Las estrategias de reducción de riesgos dan la posibilidad de proveer a los consumidores de información útil y tendente a facilitar que éstos puedan mantener formas de uso no problemático, tengan la oportunidad de realizar elecciones más valoradas en términos de ventajas e inconvenientes del consumo.

14.- ACTUACIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN

El objetivo de las actuaciones preventivas a través de los medios de comunicación es involucrarlos en la prevención, proporcionando mensajes claros, objetivos, fiables y que consigan crear en su audiencia unas opiniones preventivas adecuadas. Por otra parte, se debe insistir en corregir aquellas falsas creencias, mitos o falacias sobre las drogas en general, sobre quienes las consumen y/o trafican con ellas.

Las campañas y la celebración de días mundiales tiene un impacto social de concienciación y permiten a los medios de comunicación promover cambios de vida saludables informando y sensibilizar a la población destinataria respecto a una problemática asociada a las conductas adictivas.

OBJETIVOS

- Promover estilos de vida que hagan a los individuos y grupos que conforman la comunidad menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con sustancias y/o conductas capaces de generar dependencia.
- Sensibilizar a la comunidad en torno al hecho de que la prevención de adicciones atañe a todos los ciudadanos y ciudadanas.

POBLACIÓN DIANA

Habitualmente son acciones dirigidas a toda la población. En alguna ocasión las campañas tienen como objetivo un grupo de población más restringidos: jóvenes, familias.

METODOLOGÍA

- Generar datos, informaciones y noticias que sirvan a los medios de comunicación como enlace para hablar de las adicciones.

- **Medios de comunicación:** La intervención a través de dichos medios puede hacerse a lo largo del año o bien aprovechando aquellos períodos asociados con determinadas actividades (principios de curso académico, periodos vacacionales, festividades, acontecimientos especiales...).

- **Celebración de los “Días Mundiales” y otros**

La organización de actos en torno a los llamados días mundiales dedicados en todo el mundo a una causa determinada, como el día mundial sin tabaco. Se pretende complementar la labor que realizan otros organismos públicos o privados, los medios de comunicación, etc. con actuaciones específicas relacionadas con el motivo de la celebración.

- **Campañas de sensibilización**

Se incluye en este apartado aquellas campañas que se dirigen de forma específica a un colectivo y que tienen una duración delimitada. Elaboración de materiales específicos a la vez que se lleva a cabo una intensa labor a través de los medios de comunicación.

	2008	2009	2010	2011
Campañas	Elaboración del PLAN DE COMUNICACIÓN	ACTUACIÓN	REVISIÓN	Evaluación del PLAN DE COMUNICACIÓN
Celebración “Días Mundiales”				
Campañas Sensibilización				
PRESUPUESTO	1.000.-	5.000.-	5.000.-	1.000.-

COMENTARIOS.

1º.- Campañas.- Bajo este apartado se incluyen actuaciones concretas relacionadas con la previsión de consumo de drogas por las peculiaridades de las circunstancias como es el caso de LA ROMERÍA DE BOLNUEVO, FIESTAS LOCALES (MAZARRÓN y PUERTO), FIESTAS DE NAVIDAD.

2º.- En cuanto a CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN, se realizarán los FINES DE SEMANA y especialmente durante EL VERANO.

PREVENCIÓN EN LA FAMILIA

La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Es el grupo primario con el que se convive y a partir del cual crecemos y maduramos.

Está plenamente demostrada la relevancia que tiene la familia en la prevención de las adicciones. La adquisición de hábitos de salud, el desarrollo de estilos de vida saludables, los modelos educativos adecuados y la transmisión de valores, son factores de protección que pueden y deben ser desarrollados desde su seno.

Las actuaciones preventivas llevadas a cabo desde este ámbito deben tratar de fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementando el sentido de competencia de los padres, madres y/o tutores y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

Dado que la prevención es una tarea compartida entre la familia y la escuela, resulta incuestionable la necesidad de coordinación en las actuaciones entre ambas instituciones, reforzando así mutuamente los mensajes transmitidos. Sin embargo, las intervenciones preventivas deben adaptarse a sus propias características y necesidades. Una intervención especial es la que se dirige a aquellas familias problemáticas donde los padres o los hijos presentan alguna conducta adictiva o se da un riesgo elevado de presentarla. Facilitar el acceso de los mismos a dichos programas o combinarlos con otras actuaciones puede facilitar la búsqueda de soluciones reales y efectivas.

OBJETIVOS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

- Dotar a los tutores de aquellas herramientas que les permiten llevar a cabo su labor educativa, así como aquellas otras más específicas que favorecen la prevención de conductas adictivas en el seno de la familia.
- Implicarlos en la labor de prevención que se lleva a cabo desde el centro educativo.
- Proporcionar las estrategias que les permitan la detección temprana de cualquier problemática relacionada con alguna conducta adictiva.
- Llevar a cabo actuaciones preventivas universales, indicadas o selectivas en función de las necesidades detectadas en los destinatarios.

15.- FAMILIA Y ESCUELA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Siendo conscientes de la importante labor preventiva que desde la familia puede hacerse es necesario hacer extensivo el trabajo preventivo que se realiza en el medio educativo a los padres y madres adaptando los contenidos y metodología de trabajo a sus necesidades específicas. Se pretende facilitar pautas y estrategias básicas que ayuden a los padres a entender conceptos relacionados con las drogas, comportamientos de los hijos en edad adolescente, peculiaridades de las relaciones entre padres e hijos. Estas pautas intentan, además de aclarar dudas, poder servir de referencia para posibles mejoras en las relaciones entre adultos y adolescentes en el ámbito familiar.

OBJETIVOS

- Conseguir que los padres y madres dispongan de información para desarrollar sus tareas educativas y preventivas
- Implicarlos en los programas preventivos del centro educativo
- Dotarles de la capacidad necesaria para la detección temprana de problemas relacionados

POBLACIÓN DIANA

Padres y madres de los centros educativos del Municipio de Mazarrón

METODOLOGÍA

- Elaborar un material informativo con un contenido sencillo y claro relacionado con pautas de actuación familiar en relación a la prevención de las drogodependencias.
- Distribución a través de los centros.
- Sesiones informativas dirigidas a padres y madres.
- Grupos de profundización sobre prevención de drogodependencias en la adolescencia dirigidos a padres y madres.

PROGRAMACIÓN

C.E.I.P.	2008	2009	2010	2011
C.P. La Aceña	Presentación del PLAN FAMILIA Y ESCUELA		ACTUACIÓN	Revisión del PLAN FAMILIA Y ESCUELA
C.P. Ginés García		ACTUACIÓN		
C.P. Fco Caparrós		ACTUACIÓN		
C.P. La Cañadica			ACTUACIÓN	
C.P. Nº 6			ACTUACIÓN	
C.P. Manuela Romero			ACTUACIÓN	
C.P. Bahía		ACTUACIÓN		
C.P. San Antonio			ACTUACIÓN	
C.C. Siglo XXI		ACTUACIÓN		
PRESUPUESTO		2.000.-	2.000.-	

16.- ACTUACIONES CON FAMILIAS DE PERSONAS ALCOHÓLICAS

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los hijos de alcohólicos se consideran un grupo de alto riesgo, debido a la interacción compleja entre factores de vulnerabilidad individual y de factores de ambiente sociocultural. Este sería un argumento a favor de la intervención preventiva para los hijos afectados por un problema de alcohol en su familia. Otro aspecto a tener en cuenta, es que la intervención selectiva dirigida a este sector de la población, está relacionada con efectos positivos sobre el desarrollo psicológicos de los hijos y permite a la vez mejorar la dinámica familiar en general. Además una intervención efectiva puede reducir el riesgo en hijos de alcohólicos que presentan más probabilidades de desarrollar problemas, y evitar posibles efectos contraproducentes, relacionados con el etiquetaje, la desresponsabilización y el autocumplimiento de la profecía.

La detección precoz de los factores personales y medioambientales que pueden predisponer al consumo abusivo de alcohol en los descendientes de alcohólicos, trabajando con el progenitor no afectado por la dependencia al alcohol, como agente de prevención.

OBJETIVOS

- La disminución del riesgo de alcoholismo en el entorno próximo de personas alcohólicas.
- Disminuir sentimientos de culpa respecto a la enfermedad alcohólica y aceptarla.
- Evitar actitudes codependientes del progenitor no afectado por los problemas de alcohol.
- Apoyar la reorganización familiar.
- Dotar de habilidades de afrontamiento y solución de problemas hacia los hijos.
- Retrasar y/o evitar el inicio en el consumo y posterior abuso, de alcohol y otras drogas en los hijos.

POBLACIÓN DIANA

Parejas de personas alcohólicas en las que exista una mínima visión de que el alcohol distorsiona la vida familiar, que tengan hijos con una edad entre los 6 y 12 años.

METODOLOGÍA

A partir de la detección de casos por parte de los Servicios del Plan o Centros de Salud, los profesionales adscritos prestarán atención psicológica en coordinación con los profesionales de estos centros.

- Grupal, para trabajar aspectos como la autoestima, la afectividad, habilidades de comunicación, creencias y actitudes acerca del alcohol, habilidades de afrontamiento y solución de problemas con los hijos, mediante un abordaje multidisciplinar.
- Individual, si se detectan necesidades específicas en la familia del alcohólico.

PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

El mundo laboral no es ajeno al fenómeno de las adicciones y consecuentemente no debe serlo la búsqueda de soluciones para su contención. Y es que son ciudadanos quienes lo conforman, en su papel de empresarios, gerentes, mandos intermedios o trabajadores.

El abordaje de las adicciones en este ámbito va a requerir el establecimiento de condiciones de trabajo más saludables, además de la potenciación de acciones preventivas y mecanismos que permitan una intervención temprana en los problemas que afectan a la salud de los trabajadores.

Si bien es cierto que existen una serie de factores de riesgo específicos que afectan a los trabajadores en relación con las conductas adictivas y que van a requerir la adopción de medidas concretas, puede resultar simplista explicar el problema en base a las características del puesto de trabajo sin tener en cuenta la influencia que otros ámbitos (familiar, amigos, medios de comunicación ...) ejercen. Por todo ello, es imprescindible que el impulso de los programas de prevención de adicciones en las empresas se complemente con actuaciones en otros ámbitos.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL.

- Informar y sensibilizar acerca de las consecuencias que tiene el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, en la salud y accidentabilidad laboral.
- Implementar programas de prevención en coordinación con los servicios de prevención de riesgos laborales, promoviendo la participación de los propios trabajadores.
- Orientar y facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas de adicción.

NOTA.- El desarrollo de este apartado se contempla inicialmente para la fase 2012-2015.

18.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL ÁMBITO LABORAL

BASES DE LA ACTUACIÓN

Las adicciones, ya sean a sustancias legales o ilegales tienen repercusión sobre el entorno laboral bien a través la existencia de un entorno saludable y del número de bajas asociadas a patologías relacionadas con su consumo.

La reciente legislación restrictiva sobre el consumo de tabaco en los centros de trabajo, unida a anteriores legislaciones que prohíben la venta de alcohol y tabaco en centros de trabajo pretende tener repercusiones no solo entre los propios consumidores sino también entre sus compañeros de trabajo

OBJETIVOS

Sensibilizar a trabajadores, empresarios, directivos y ejecutivos de empresas e instituciones públicas y privadas, a los responsables de las políticas de recursos humanos y a dirigentes gremiales y sindicales respecto a la conveniencia de implementación de programas preventivos en los lugares de trabajo

POBLACIÓN DIANA

Trabajadores municipales y trabajadores de otras empresas que soliciten apoyo y colaboración.

METODOLOGÍA

El programa es de aplicación en el ámbito laboral. Consta de varias fases: sensibilización de los trabajadores de los peligros del consumo de tabaco y alcohol, facilitar el abandono del tabaquismo.

- El equipo de profesionales del PLAN promoverán entre los servicios de prevención de riesgos laborales la realización de programas de deshabituación tabáquica.
- Facilitar el tratamiento de los interesados.
- A petición de los servicios de prevención de riesgos laborales asesoramiento para la realización de campañas de prevención en los centros de trabajo.

ATENCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Objetivos de la línea estratégica

- Atender a las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas consideradas legales, tabaco y alcohol y fenómenos emergentes como el policonsumo y el uso de estimulantes.
- Reducir los daños personales, sociales, familiares, ocasionados por la adicción a las personas que están en tratamiento.
- Atender a adicciones como el juego patológico y otras adicciones no vinculadas al consumo de drogas.
- Realizar la coordinación con la red primaria y especializada del sistema público de salud.
- Concienciar a los usuarios de tratamientos de adicciones sobre su responsabilidad en los mismos.
- Lograr la abstinencia a las drogas que ocasionan la demanda de tratamiento.
- Reducir o eliminar el consumo de otras drogas distintas a las que ocasionan la demanda de tratamiento.

Principios de la línea estratégica

- Resultar accesible a la población del municipio.
- Proporcionar atención a cualquier problemática relacionada con las adicciones.
- Profesionalización de la atención.
- Globalidad en la intervención.
- Individualidad en el tratamiento, flexibilidad.
- Priorizar el tratamiento a poblaciones de especial riesgo: adolescentes, embarazadas, patología dual, etc.
- Desarrollar especialmente los programas de drogas legales.
- Encuadrar los distintos programas de tratamiento de las adicciones en un marco biopsicosocial enmarcado en una metodología y una actuación científica.
- Cambio en la percepción de la drogodependencia y del drogodependiente facilitando que se contemple como un problema de salud en toda la acepción del término, evitando así estigmatizaciones y normalizando los programas diseñados para cada tipología de consumo.

NOTA.- El desarrollo de las actividades incluidas en la sección ATENCIÓN se contempla inicialmente para la fase 2012-2015.

19.- DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

BASES DE LA ACTUACIÓN

La prevalencia del consumo de tabaco en la sociedad española es de aproximadamente un 32% en los mayores de 16 años, y siendo el tabaquismo la primera causa evitable de muerte en nuestra sociedad, tanto la OMS como los especialistas médicos a nivel mundial instan a combatir esta adicción. El tabaquismo se combate desde la prevención incidiendo en la población adolescente y juvenil, y especialmente desde la deshabituación en la población fumadora. La reciente ley que regula la venta, publicidad y el consumo de tabaco ha cambiado la percepción social del tabaco e influido en que la demanda de tratamiento para dejar de fumar esté en aumento.

OBJETIVOS

- Lograr la abstinencia, consumo 0 al terminar el programa
- Adquirir habilidades de afrontamiento ante situaciones críticas que puedan originar recaída.
- Aprender tanto el proceso de recaída como la manera efectiva de evitarla y/o reducirla en el futuro.

POBLACIÓN DIANA

Acceso libre y gratuito para toda la ciudadanía.

METODOLOGÍA

- Se realizará un programa específico para los trabajadores del Ayuntamiento de Mazarrón.
- Se colaborará en la realización de programas dirigidos a colectivos de trabajadores de la Administración Pública o empresas y asociaciones con carácter social.
- Abordaje individual y grupal.

20.- ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA

BASES DE LA ACTUACIÓN

La enfermedad alcohólica es una patología sistémica multiórganica y con repercusiones en el entorno familiar, laboral, social etc., del paciente. Es por tanto, una enfermedad que requiere la intervención de un equipo multidisciplinar que intente mejorar y reestructurar las principales áreas afectadas en el transcurso del largo proceso de enfermar. Para la consecución de estos objetivos se requiere no solamente de la intervención simultánea de varios profesionales de diversas disciplinas, sino que el trabajo este coordinado y se efectúe en equipo.

OBJETIVOS

- Fomentar el desarrollo personal , familiar y social del enfermo alcohólico.
- Conseguir la abstinencia completa de alcohol en el caso del enfermo alcohol dependiente.
- Concienciar al enfermo y su familia de la problemática que presenta y cómo abordarla
- Detener la problemática biopsicosocial
- Desarrollar conductas alternativas al consumo de etanol
- Control de ingesta y reducción de daños en aquellos casos que la abstinencia total no sea posible.

POBLACIÓN DIANA

Personas que presentan problemas relacionas con el consumo de alcohol.

METODOLOGÍA

El programa se realizará por profesionales del PLAN y las dos primeras fases de desintoxicación y tratamiento requieren de un tratamiento individualizado y otra de intervención en grupo.

- El principio que rige el tratamiento es el de facilitar que el enfermo alcohólico consiga normalizar su vida sin alcohol, entendiendo esto de una manera integral y favoreciendo sus capacidades para lograrlo, es por ello que la abstinencia completa del alcohol se trabaja como objetivo en todos los casos de adicción establecida y mantenida.
- El programa individualizado está basado en el modelo biopsicosocial y consta de varias fases: desintoxicación, estabilización y mantenimiento.
- Tratamiento individualizado y terapia grupal con la familia por espacio de 2 años.

21.- ATENCIÓN A PERSONAS CON LUDOPATÍA

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los estudios de prevalencia de jugadores problemáticos y patológicos se sitúan como media en el 1,8% de la población, lo que hace pensar en casi 700 personas en Mazarrón con algún problema importante en relación con el juego. Superado ya el estadio en el que el ludópata no era considerado como un enfermo y llegado el momento en el que prima la visión de que es un enfermo tanto por la sociedad como el afectado, la adicción al juego se atiende con el mismo interés que otras adicciones.

OBJETIVOS

- Abandonar definitivamente la conducta de juego patológico.
- Aprender a manejar los trastornos y problemas psicológicos asociados al problema.
- Reestructurar el funcionamiento familiar.
- Aprender técnicas de comunicación, de resolución de problemas y de autocontrol.
- Prevenir las recaídas.

POBLACIÓN DIANA

Personas con problemas relacionados con el juego.

METODOLOGÍA

El programa que aborda el Juego Patológico, se fundamenta teóricamente en bases similares a las descritas para intervenir en adicciones a sustancias, pero tiene algunas peculiaridades. Tiene una primera fase de tratamiento individualizado y otra de intervención en grupo. El inicio del tratamiento busca la abstinencia del juego proponiendo, y adaptando a cada caso, las medidas necesarias para conseguirlo. Puesto que hablamos de un trastorno en el control de los impulsos, es necesario un control externo y cobra especial relevancia la figura del “coterapeuta”, persona cercana a quien tiene el problema con el juego que controla y supervisa la puesta en marcha de estas medidas para evitar la conducta de juego. Paralelamente se trabaja por la promoción de comportamientos alternativos a la conducta de juego, e incompatibles con ésta, para consolidar la abstinencia. Tras este primer contacto y abordaje individual se promueve la intervención grupal en grupos reducidos y con la dirección de un psicólogo, buscando las claves que permitan explicar las causas de estos comportamientos y el aprendizaje de las habilidades necesarias para la prevención de recaídas.

22.- PROGRAMA DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA

BASES DE LA ACTUACIÓN

El uso y abuso de cocaína, frecuentemente asociado al de alcohol, es uno de los motivos de demanda de tratamiento que van aumentando progresivamente. El consumo de cocaína se concentra entre los adultos jóvenes. Así, el consumo a lo largo de la vida alcanza los niveles más elevados entre los adultos de 15 a 34 años.

En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es aparentemente ocasional, tiene lugar principalmente los fines de semana y en entornos recreativos (bares y discotecas), donde puede alcanzar unos niveles bastante elevados. A pesar de las graves consecuencias física y psíquicas, como la adicción a la cocaína no produce un cuadro de abstinencia grave en el orden físico, sino que la dependencia es más relevante en el psíquico.

OBJETIVOS

- Disminuir o eliminar el consumo de cocaína.
- Conocer los efectos físicos y psíquicos que afectan a la persona.
- Detectar y tratar lo trastornos mentales asociados.
- Desarrollar técnicas de autocontrol.
- Enseñar técnicas de prevención de recaídas y habilidades sociales.

POBLACIÓN DIANA

Población con problemas derivados del consumo de cocaína.

METODOLOGÍA

El programa se realiza por los profesionales del Plan y tiene una primera fase de tratamiento individualizado y otra de intervención en grupo.

- Basada en el modelo biopsicosocial se desarrollaran actuaciones de carácter individual y actividades de trabajo en grupo resulta adecuado trabajar aspectos de orden psicológico y en muchas ocasiones en un contexto grupal.
- Atención especializada a población juvenil.

23.- JÓVENES POLICONSUMIDORES

BASES DE LA ACTUACIÓN

En la actualidad los patrones habituales de consumo se centran en los fines de semana principalmente y consumiendo simultáneamente varias sustancias, aunque sea una la droga principal. Estos policonsumos se realizan frecuentemente con el sumatorio agravante del alcohol.

Este fenómeno ocurre con el cannabis y en menor medida con las anfetaminas y drogas de síntesis, cabe resaltar sin embargo el descenso de otras sustancias como la heroína.

OBJETIVOS

- Eliminar el consumo y favorecer alternativas de ocio y formación.
- Educar e informar sobre los efectos físicos, psicológicos y sociales a corto, medio y largo plazo.
- Conocer modelos de habilidades sociales, creencias y soluciones.
- Desarrollar técnicas de autocontrol y confianza.
- Prevención de recaídas.

POBLACIÓN DIANA

Jóvenes policonsumidores con abuso o de adicción a cualquier sustancia.

METODOLOGÍA

Basada en el modelo biopsicosocial, la intervención en grupo formará parte del menú de opciones en un programa multicomponente de tratamiento de la adicción a las diferentes sustancias. Estos programas terapéuticos se desarrollan atendiendo tanto a las características propias de la sustancia que se considera droga principal de abuso como de las personas que las consumen. Por estas razones nos encontraremos con programas más centrados en consumidores de cocaína, estimulantes y otras sustancias, así como básicamente por el perfil de los usuarios: jóvenes, policonsumidores, etc.

24.- ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ADICCIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN

Frente a un problema de consumo abusivo de drogas es importante actuar de forma integral en los aspectos que tienen que ver con la vida personal, familiar y social del individuo. Para conseguir esta intervención global, la participación de la familia en el tratamiento es importante.

Los estudios en tratamiento de drogodependientes demuestran que cuando la familia participa en dicho tratamiento se dan mejores resultados en la evolución de éstos.

Es imprescindible para asegurar el éxito del tratamiento que los padres y madres se corresponsabilicen en el proceso terapéutico de su hijo o hija y participen activamente.

OBJETIVOS

- Posibilitar un cambio de actitudes de los padres y las madres ante las drogas, que permitan la modificación de ciertas conductas familiares.
- Facilitar y promover el establecimiento de la comunicación mediante técnicas que posibiliten un diálogo más abierto y flexible entre padres e hijos, mejoren la convivencia con los hijos y se restablezcan así hábitos perdidos.
- Alcanzar un cierto alivio de los sentimientos de dolor, aislamiento y confusión ante el problema del hijo dentro del grupo familiar - Aportar mayor y más eficaz información a los padres y madres sobre las drogas y sus efectos.

POBLACIÓN DIANA

Familiares de personas usuarias de los programas de atención a las adicciones.

METODOLOGÍA

El programa se realiza por los profesionales del Plan mediante el trabajo en grupo. Basada en el modelo biopsicosocial y apoyada en la asistencia a grupos de autoayuda dirigidos por profesionales se pretende que la familia este mejor informada, con asesoramiento y recursos a la hora de participar en el proceso de recuperación de sus familiares.

La terapia grupal permite la identificación mutua, el papel de los modelos, la confrontación, el apoyo social, el establecer normas y límite, el aprendizaje didáctico y vivencial y la adquisición de habilidades de solución de problemas. Colaboración con entidades sociales programan grupos de autoayuda.

INSERCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

La reinserción es el objetivo de todo proceso asistencial. Bien es verdad que todavía no existe, hoy por hoy, un consenso en cuanto al “modelo” de asistencia, parece más probable que varios modelos asistenciales deban coexistir para responder a la variada tipología del toxicómano. En cualquier caso, es evidente que todo modelo eficaz ha de coordinar concretamente con el trabajo de atención, adaptando a cada caso los recursos comunitarios disponibles, dentro de una perspectiva integrada. Al igual que la prevención, la reinserción social debe proporcionarse fundamentalmente a través de redes inespecíficas. No debe pensarse en cómo diseñar redes de inserción social de ex – toxicómanos, sino en cómo incorporar la atención al toxicómano en las redes normales de atención social.

Los objetivos operativos de la reinserción social podrían definirse como la potenciación social de los recursos personales debidamente restaurados, para garantizar la reinserción efectiva del toxicómano. El abordaje integral de la atención a las personas que sufren adicciones requiere tener en cuenta factores sociales tales como la formación, el empleo, las relaciones sociales y otras que deben ser un contenido más en el proceso de intervención para lograr el objetivo final consistente en la consecución de la autonomía personal plena.

En este sentido, la inserción social es un contenido de trabajo propio del Plan Municipal en colaboración con el Centro Municipal de Formación y Empleo, aunque deba ser procurada en coordinación con otros recursos y programas existentes en la comunidad, siguiendo el principio de normalización, entre los que cabe citar: los Servicios Sociales , Centros ocupacionales, Centros educativos, Recursos de entidades sociales y asociativas, Centros de dinamización e inserción social, etc.

Cuando se habla de inserción o incorporación social en el ámbito de las drogodependencias, nos estamos refiriendo al conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos, en el sentido de favorecer las condiciones óptimas que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal.

Se entiende la inserción como un proceso que articula dos líneas de actuación fundamentales: por una parte, la preparación del drogodependiente para su incorporación social; por otra, la actuación sobre la propia sociedad, de modo que favorezca estos procesos de entrada o vuelta a la comunidad. De este modo el proceso de inserción social deberá facilitar en las personas que han tenido un consumo abusivo de drogas aquellos aprendizajes que contribuyan al desarrollo de determinados repertorios personales dirigidos a superar las carencias que emergen en su ámbito familiar, social, educativo, laboral, etc.; pero también proporcionarles los apoyos necesarios dentro de su comunidad de referencia para que puedan ir fijando su trayectoria personal.

Objetivos

- Los programas de inserción social deben tener como objetivo principal potenciar la utilización normalizada de las redes generales de inserción impulsando la colaboración del

movimiento asociativo y de la propia comunidad. Por ello, dichos programas se han de situar preferentemente en el ámbito de la actuación comunitaria.

- Impulsar medidas que faciliten el acceso a la formación e inserción laboral del drogodependiente en proceso de inserción.
- Trabajar de forma coordinada con el sistema público de Servicios Sociales y con las entidades que trabajan en el área de inclusión de las personas en situación de riesgo social.
- Trabajar en Red con los distintos servicios de salud, educación y acción social para elaborar itinerarios individualizados de inserción de las personas con problemas de adicciones.
- Desarrollar medidas dirigidas a la superación de actitudes discriminatorias y excluyentes, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a esta realidad.
- Estimular la participación de organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales y movimientos asociativos, en el diseño y desarrollo de acciones de carácter rehabilitador y de inserción social.
- Promover actuaciones informativas y de sensibilización hacia la comunidad sobre el tratamiento y la inserción social en el ámbito de las drogodependencias.

Principios

La puesta en marcha de programas de inserción social de drogodependientes requerirá la consideración de unos criterios básicos que permitan establecer actuaciones de carácter homogéneo e integrado.

- La inserción es un proceso que se inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones asistenciales y rehabilitadoras.
- Las actuaciones para la inserción de drogodependientes deben tratar de utilizar recursos y redes generales, que favorezcan la normalización y eviten la segregación.
- La inserción es un proceso individualizado en el que se deben fijar estrategias diferentes para cada sujeto y objetivos intermedios.
- La inserción exige una intervención sobre el medio social del que forman parte los drogodependientes, acción que irá dirigida a conseguir la participación de la comunidad en este tipo de programas.
- Las actuaciones para la inserción deben concretarse, operativizarse, por lo cual deben definirse unas áreas básicas de actuación y unos objetivos en cada una de ellas.

NOTA.- El desarrollo de las actividades incluidas en esta sección se contempla para la fase 2012-2015.

24.- REINCORPORACIÓN SOCIAL DE EXADICTOS

BASES DE LA ACTUACIÓN

Cuando se habla de inserción o incorporación social en el ámbito de las drogodependencias, nos estamos refiriendo al conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos, en el sentido de favorecer las condiciones óptimas que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal.

OBJETIVOS

- Facilitar la adquisición de conocimientos y formación prelaboral a los participantes de los programas.
- Proporcionar el asesoramiento y la orientación necesarias para acceder al mercado laboral.
- Informar sobre los distintos recursos y alternativas posibles de inserción laboral.
- Facilitar el conocimiento para la utilización de los recursos encaminados al adecuado uso de los períodos de ocio.
- Procurar la accesibilidad a las actividades orientadas a la participación de organizaciones de carácter social.

POBLACIÓN DIANA

Usuarios de los diferentes programas del Plan en proceso de reincorporación social

METODOLOGÍA

Para lograr la integración en el tejido social, debe abordarse una estrategia integral, trabajando en diferentes áreas:

- Área relacional, teniendo como objetivo general que el drogodependiente aprenda a relacionarse sin mediación de la droga y sea capaz de establecer relaciones basadas en la comunicación.
- Área laboral, con el objetivo de preparar al drogodependiente para la vida laboral tanto en sus actitudes como en cuanto a la adquisición de hábitos y conocimientos.
- Área formativa, interesar al drogodependiente por la realidad cultural y la participación en ella.
- Área de salud, que el drogodependiente comprenda la importancia de la salud y aprenda a cuidarla y a disfrutar de ella.
- Área lúdico - recreativa, el objetivo principal en esta Área será favorecer un concepto alternativo de esparcimiento y ocupación del tiempo de ocio, no asociado al consumo de drogas o a contextos vinculados con dicha práctica.

Se realizarán los siguientes programas específicos de incorporación social:

- o Comunidades Terapéuticas: en las que se tiende a compaginar los procesos de rehabilitación de actividades formativas y ocupacionales.
- o Programas de centros de Día para la incorporación social.
- o Programas de formación e inserción socio laboral.
- o Programas especiales de empleo autoempleo, contratos subvencionados, talleres artesanos, etc).

25.- ACTUACIONES CON LA COMUNIDAD

BASES DE LA ACTUACIÓN

La necesidad de que los usuarios de los programas de inserción puedan realizarlos en los servicios y recursos normalizados, implica la intervención con y desde la propia comunidad, en las áreas que inciden directamente sobre los contextos de relación más inmediatos a fin de convertirlos en escenarios facilitadores de la inserción.

OBJETIVOS

- Establecer cauces de coordinación entre los diversos recursos participantes para el diseño de itinerarios personalizados de inserción laboral.
- Coordinar el seguimiento de los usuarios a través de las actividades que desarrollan en los diferentes recursos de socialización, ocio y tiempo libre.

POBLACIÓN DIANA

Entidades que directa o indirectamente tengan relación con las personas en proceso de reincorporación social.

METODOLOGÍA

La intervención a este nivel abarcará tres áreas básicas de actuación:

- Las instituciones, es imprescindible incidir sobre la necesidad de mejorar la calidad de la intervención de los servicios institucionales implicados directa o indirectamente en la rehabilitación e inserción social del drogodependiente.
- Asociaciones y ONG, dentro de esta área es de destacar el papel del movimiento asociativo las ONG a la hora de establecer cauces de colaboración y coordinación permitan hacer efectivas las actuaciones de carácter rehabilitador y de inserción social con la población afectada.
- Población general, se deberán de favorecer las siguientes actuaciones:
 - o Desarrollo de actividades de concienciación y sensibilización dirigidas a la población, con objeto de incidir en la modificación de actitudes y comportamientos que dan origen a la exclusión y marginación social de esta población.
 - o Actuaciones de carácter formativo e informativo sobre los distintos recursos que la institución municipal, las diferentes ONG y movimientos asociativos desarrollan en el abordaje de las drogodependencias.

FORMACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

La Formación como herramienta de comunicación y cambio es un derecho y una obligación en todas las áreas de intervención. La formación se valora como fórmula adecuada para cumplir una de las Líneas Prioritarias de Actuación del Plan Autonómico donde se insta a "Reforzar la capacitación de los profesionales para atender adecuadamente las demandas asistenciales diferenciadas, como: mayor problemática en salud mental (patología Dual), usuarios muy jóvenes, o necesidad de intervenciones tempranas para evitar la cronicidad."

Así pues, se observa que la forma de llevar a cabo las líneas prioritarias de actuación autonómica, es la formación, puesto que realza la posibilidad de poder integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades, optimizando además los recursos, tanto de centros específicos como de profesionales, que tenemos en el ámbito local. También la formación puede cumplir el objetivo indirecto de otra línea prioritaria de actuación que es integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia de la salud.

La formación sobre conductas adictivas puede realizarse interviniendo desde planes de estudio, con un programa formal de prevención o atención, con un contenido detallado y un calendario de sesiones, o de forma menos concreta pero igual de sistemática ofrecida a población especialista en adicciones o de otros sectores de población como mediadores socioculturales o dispensadores de bebidas alcohólicas. Por esto se plantean dos grandes espacios formativos en función del perfil laboral de los profesionales; la mejora de la cualificación técnica de los profesionales municipales responsables de cada área de intervención y la formación y asesoría a mediadores.

Objetivos de la línea estratégica

- El Plan Municipal promoverá una adecuada formación de los profesionales y población general interesada.
- Difundir la información sobre la materia de adicciones así como fomentar la investigación conjunta con otras instituciones, si es posible.
- Conseguir una formación continuada multidisciplinar de los profesionales que trabajan en el área de adicciones.
- Fomentar programas formativos especializados en la atención y/o prevención de las adicciones para profesionales de los distintos Servicios del Ayuntamiento de Mazarrón. (Servicios Sociales, Educativos, Policía Local y todos cuantos servicios pudieran demandar formación específica)
- Impulsar formación en adicciones en distintos colectivos: Padres, mediadores sociales, profesionales de los medios de comunicación, mediadores sociales, miembros de asociaciones de autoayuda, organizaciones sindicales, asociaciones de vecinos, profesionales de la hostelería, etc.
- Promover la realización de investigaciones dirigidas a mejorar tanto la planificación como la evaluación del Plan Municipal.
- Facilitar recursos formativos adaptados al ejercicio de las funciones específicas de los distintos profesionales.

27.- FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO EDUCATIVO

BASES DE LA ACTUACIÓN

El contacto diario con jóvenes hace a los profesionales de la educación un elemento de primer orden en las tareas de prevención. Así mismo, es notoria la necesidad expresada de formación en lo referido a las drogodependencias en su trabajo habitual.

OBJETIVOS

- El garantizar la formación del personal de los centros educativos en materia de Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

POBLACIÓN DIANA

Profesionales de la educación de centros públicos y privados.

METODOLOGÍA

- Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean.
- Los profesionales del PLAN impartirán cursos sobre prevención a los profesores que participen en los programas del ámbito educativo
- Coordinar las actividades de prevención e el ámbito educativo de todas las instituciones y entidades que intervienen he dicho escenario.
- Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

COMENTARIO.-

El presupuesto correspondiente a esta actividad se encuentra incluido en el apartado de prevención.

28.- FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO COMUNITARIO

BASES DE LA ACTUACIÓN

La implicación de las entidades ciudadanas y de los agentes sociales que trabajan en el medio más próximo se ha convertido en una prioridad en la tarea de prevención por la cercanía y la influencia sobre grupos primarios fundamentales en el inicio de hábitos relacionados con las drogas.

Así, la capacitación de los mediadores de ese ámbito aparece como un contenido de alta rentabilidad social.

OBJETIVOS

- Garantizar la formación interdisciplinar en prevención de los profesionales y agentes sociales que trabajan en prevención de drogodependencias y otras adicciones en el ámbito comunitario.

POBLACIÓN DIANA

Personas vinculadas a la comunidad que cumplen el papel de mediadores sociales en ese ámbito.

METODOLOGÍA

Los profesionales del PLAN impartirán cursos sobre prevención a los técnicos que participen en los programas del ámbito comunitario.

- Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean.
- Tras las sesiones de formación y posterior aplicación práctica con seguimiento y evaluación.

COMENTARIO.-

Su desarrollo se prevé para la segunda fase de desarrollo del plan.

29.- FORMACIÓN A MEDIADORES DEL ÁMBITO LABORAL

BASES DE LA ACTUACIÓN

Cada vez está más extendida la necesidad de la prevención en el mundo laboral, sobre todo con la progresiva implantación de medidas relativas a la prevención de riesgos laborales. La drogodependencia es un factor de riesgo importante, por lo que la formación de sus mediadores debe ser un contenido más de este plan municipal.

OBJETIVOS

- Formar a los profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales en materia de prevención de drogodependencias.

POBLACIÓN DIANA

Profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales.

METODOLOGÍA

Los profesionales del PLAN impartirán cursos sobre prevención a los participantes en los programas del ámbito laboral.

- Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean.
- Tras la sesiones de formación y posterior aplicación practica con seguimiento y evaluación.

COMENTARIO.-

Su desarrollo se prevé para la segunda fase de desarrollo del plan

30.- FORMACIÓN A MEDIADORES DE ENTIDADES SOCIALES

BASES DE LA ACTUACIÓN

Aparte de los mediadores contemplados en su propio ámbito, es preciso tener en cuenta a toda una serie de técnicos y de otras personas que mantienen contacto directo en su quehacer diario con el fenómeno de la drogodependencia en otros ámbitos.

OBJETIVOS

- Responder a las necesidades y demandas de mediadores sociales en materia de formación de prevención de drogas.
- Facilitar información, formación, recursos y herramientas para la prevención de las adicciones.

POBLACIÓN DIANA

- Mediadores y agentes sociales que por su labor están vinculados o relacionados con la población diana de los programas de prevención de las adicciones y no se encuadran en los sistemas de protección social que tienen sus propios programas.
- Personas vinculadas a iniciativas ciudadanas, al tiempo libre o a actividades culturales son ejemplos de población destinataria del programa.

METODOLOGÍA

- Los profesionales del PLAN impartirán cursos sobre prevención a los mediadores sociales.
- Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean.
 - Tras las sesiones de formación y posterior aplicación práctica con seguimiento y evaluación.

COMENTARIO.-

Su desarrollo se prevé para la segunda fase de desarrollo del plan

31.- IMPLICACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

BASES DE LA ACTUACIÓN

Los medios de comunicación social forman un espacio con gran capacidad para la creación de representaciones sociales además de poseer un enorme poder de influencia en la población. Además hay que tener en cuenta que según la última encuesta en población escolar los medios son la primera fuente de información de los jóvenes. Para profundizar en la imagen y el tratamiento que desde los medios hacen sobre el fenómeno de las drogodependencias y adicciones, y conscientes del impacto que tiene la información que transmiten, en la percepción social de los diferentes aspectos relacionados con la realidad de las drogas, se pueden desarrollar diferentes actuaciones.

OBJETIVOS

Que los profesionales de los medios de comunicación tengan información real y precisa sobre la realidad de los consumidores y consumos, especial referencia en los estereotipos existentes en el ámbito juvenil.

POBLACIÓN DIANA

Profesionales de los medios de comunicación.

METODOLOGÍA

El PLAN organizará jornadas con los periodistas para que tengan información real y fuera de estereotipos.

- Metodología participativa y dinámica implicando a los mediadores en la formación analizando las necesidades que plantean.
- Tras las sesiones de formación y posterior aplicación práctica con seguimiento y evaluación.

INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

La información es crucial a la hora de poder formular y diseñar intervenciones dirigidas a los problemas derivados del uso y abuso de drogas.

Con el fin de recoger y transmitir información que ayude a mejorar las actuaciones desarrolladas en el municipio se constituirá el Observatorio Municipal de las Adicciones con el fin de recopilar la información de la situación social y de los programas municipales y de otros que funcionen en el ámbito municipal y procesarla y elaborarla para aportarla con valor añadido a los técnicos y recursos municipales de forma que permitan una adaptación de los diferentes programas a la evolución del fenómeno, a las entidades sociales involucradas y a la Comunidad Autónoma.

En la medida en que el observatorio sea capaz de integrar de modo coherente toda la información disponible sobre las drogas y de generar nuevos instrumentos de investigación y análisis del fenómeno, estaremos en condiciones de anticiparnos de forma más eficaz a los nuevos patrones de consumo de drogas y de articular mecanismos que permitan una intervención temprana frente a las consecuencias y problemas que se deriven de los mismos.

El Observatorio, es por lo tanto, un instrumento permanente de recogida de información de diferentes fuentes. Su función básica será la evaluación de la situación de las drogas en el municipio de Mazarrón, basándose en la recogida, análisis y difusión de la información.

Objetivos de la línea estratégica

- Facilitar una visión global, fiable y actualizada de la información referente a las adicciones en Mazarrón.
- Crear un cauce de participación estable con las entidades sociales e instituciones, dentro de un proceso de evaluación, planificación y ajuste de los programas.
- Realizar o promover las investigaciones sociales sobre las adicciones.
- Crear una red de información cualitativa para conocer la situación de las adicciones en Mazarrón.
- Identificar tendencias de los consumos, cambios que se dan, nuevas pautas, para proyectar en el futuro posibles estrategias.
- Adoptar una metodología homogénea y fiable para recoger la información, así el tratamiento de la información será consistente para los organismos que colaboren en él.

32.- OBSERVATORIO MUNICIPAL DE LAS ADICCIONES

BASES DE LA ACTUACIÓN

La evolución de las drogodependencias a lo largo de los últimos años ha desembocado en cambios sustanciales en diferentes aspectos: las sustancias consumidas, las edades de los consumidores, etc... El conocimiento de la evolución de un fenómeno es clave para la adaptación de la atención a realizar.

OBJETIVOS

- Mejorar el conocimiento de la realidad de las drogodependencias en Mazarrón.
- Posibilitar una adaptación eficaz a las tendencias observadas en los consumos.

POBLACIÓN DIANA

El comportamiento de la sociedad mazarronera en relación con el fenómeno de las adicciones en todos sus ámbitos y variables.

METODOLOGÍA

Recopilación de información relativa al fenómeno de las drogodependencias, análisis, evaluación y difusión de resultados.

- Creación del Observatorio Municipal de las Adicciones, con la participación de entidades públicas y sociales de Mazarrón.
- Elaborar la información recibida, a través de la realización y publicación de informes periódicos sobre los temas que conciernen al observatorio.
- Difundir los informes periódicos entre profesionales, instituciones, asociaciones y organizaciones que trabajan en el campo de las adicciones.
- Asesorar a responsables políticos, institucionales y sociales de las prioridades que existen en adicciones en un momento determinado.
- Colaborar con otros observatorios o centros receptores de información y poder disponer de un espacio de intercambio y comunicación científica y técnica entre los profesionales que trabajan en adicciones.

COMENTARIO.-

Su implantación se considera imprescindible y prioritaria para el desarrollo y ejecución del plan. Sin información los planes acaban navegando entre los estereotipos y la publicidad institucional.

	2008	2009	2010	2011
ACTUACIONES	Presentación OBSERVATORIO	PROGRAMA DE INVESTIAGACIÓN SOCIAL	PROGRAMA DE INVESTIAGACIÓN SOCIAL	PRIMER INFORME
PRESUPUESTO	2.000.-	3.000.-	3.000.-	2.000.-

COORDINACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

En el ámbito de la coordinación, este Plan no puede perder de vista las actuaciones desarrolladas por otros todos los servicios municipales y el tejido de entidades sociales que están implicados directa o indirectamente, para impulsar la concreción de espacios de acuerdo y coordinación en la consecución de los objetivos asumidos.

Para ello pretende liderar las actuaciones municipales en esta materia en un doble sentido; por una parte estableciendo cauces de colaboración con las entidades sociales del ámbito siguiendo las directrices establecidas en el plan y por otra parte coordinando los diferentes programas dentro del término municipal y dentro del ámbito competencial municipal.

El desarrollo de un plan de estas características requiere tener en cuenta la participación y coordinación entre diversas entidades, tanto del ámbito local como del autonómico y nacional.

Objetivos de la línea estratégica

- Coordinar las diferentes Áreas y Servicios del Ayuntamiento que tengan alguna relación con la prevención y atención de las adicciones, así como con el control de la oferta de drogas.
- Coordinar las entidades locales de carácter social que están implicadas en este campo de actuación.
- Coordinar las actuaciones del Plan Municipal con las de las instituciones del ámbito autonómico y nacional.

33.- COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS MUNICIPALES

BASES DE LA ACTUACIÓN

La normalización como criterio de intervención y la especialización funcional, dan como resultado la necesaria colaboración entre las diferentes áreas de trabajo municipal.

Sobre todo en los servicios de actuación directa con el ciudadano: Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, Servicio de juventud, Servicio de Deportes, Policía local, Salud, ...

OBJETIVOS

- Desarrollar estrategias de eficacia y eficiencia en el uso de los recursos municipales.
- Profundizar en la puesta en práctica del principio de normalización.

POBLACIÓN DIANA

Los servicios y los organismos municipales que desarrollan actividades que tienen relación directa o indirecta con la prevención, la atención o la inserción de personas que sufren adicciones.

METODOLOGÍA

- Establecimiento de protocolos técnicos de coordinación y colaboración en la atención.
- Establecimiento de cauces de colaboración en tareas de prevención
- Acuerdo y formalización de criterios de derivación y de seguimiento en las actividades de inserción.
- Establecer cauces de información a través de los cuales se evite la duplicidad entre las acciones planteadas desde ambas áreas.
- Desarrollar colaboraciones en las que, persiguiendo objetivos similares, se consiga aprovechar todas las aportaciones.

COMENTARIO.-

En este momento no existe una aceptable coordinación entre los diferentes servicios municipales implicados en la problemática de la drogadicción. Sin coordinación se perderá mucha eficacia en el desarrollo del plan y se derrochará recurso que son escasos , pero muy necesarios.

	2008	2009	2010	2011
ACTUACIONES	I JORNADA COORDINAC IÓN	II JORNADA COORDINACIÓN	III JORNADA COORDINACIÓN	REVISIÓN PROGRA MA
PRESUPUESTO	2.000.-	2.000.-	2.000.-	2.000.-

34.- APOYO A LAS ENTIDADES SOCIALES

BASES DE LA ACTUACIÓN

Este plan municipal tiene como criterio el reconocimiento del papel desarrollado en la ciudad por la iniciativa social en este sector de intervención.

Por ello es necesario mantener un adecuado nivel de colaboración con las entidades sociales que prestan sus servicios en el municipio que favorezca y estimule el tejido social de Mazarrón.

OBJETIVOS

- Apoyar la participación activa de las entidades sociales y de tejido asociativo en la prevención y atención a las adicciones.
- Establecer cauces de coordinación técnica para mejorar la atención a los usuarios.

POBLACIÓN DIANA

Entidades sociales que realizan programas en los diferentes ámbitos de intervención.

METODOLOGÍA

- Desarrollar actividades de contacto y relación orientadas a disponer de todas las opiniones y posibilitar la integración y coordinación necesaria para optimizar el uso de los recursos y evitar disfunciones en la cobertura en el término municipal.
- Convocatoria de subvenciones en materia de Acción Social que incluye a las entidades que desarrollan su actividad en este ámbito.
- Convenios de colaboración existentes y extender esta fórmula a los contenidos que se estimen oportunos dentro de las competencias municipales en la materia.

35.- COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

BASES DE LA ACTUACIÓN

.

OBJETIVOS

Lograr la adecuada eficiencia en la cooperación, entendida como reparto de funciones en los ámbitos de la prevención, la atención y la inserción.

POBLACIÓN

DIANA

Los ámbitos de la administración competentes en la materia, fundamentalmente el Ayuntamiento de Mazarrón y el Gobierno de la CARM.

METODOLOGÍA

Establecimiento de los canales de coordinación oportunos, incluyendo los instrumentos tales como los convenios de colaboración entre los ámbitos correspondientes.

- Establecer metodologías y protocolos de colaboración interinstitucional
- Mantener un adecuado nivel de colaboración y coordinación de las actuaciones realizadas por cada uno de los ámbitos

EVALUACIÓN

La evaluación constituye un elemento imprescindible en la planificación y el establecimiento de sistemas de evaluación de forma sistemática permite mejorar la efectividad y la eficacia de las actuaciones.

Los sistemas de evaluación responden a dos premisas fundamentales: por un lado, son estrategias necesarias para tomar decisiones en cuanto a los diferentes elementos que en la planificación intervienen (programas, objetivos, metodología, materiales, recursos, actividades...) y, por otro, ofrecen una visión objetiva y crítica que permite valorar la necesidad de la continuidad y/o la posibilidad de cambio dentro de dicha planificación.

Podríamos definir la evaluación como la recogida, análisis e interpretación de forma sistemática de la información relativa al funcionamiento y a los posibles efectos de las diversas actuaciones dentro del Plan (tanto a nivel general, como a nivel específico).

Según lo establecido en el Plan, las tres claves que han de guiar el proceso de planificación se concretan en un ciclo continuo que, por medio de la recogida sistemática de información, se retroalimenta, y propicia la adaptabilidad a la realidad de las acciones o dispositivos que se ponen en valor para dar las respuestas demandadas.

1. Sistema de recogida de información

Es la clave instrumental que permite que los procesos de gestión y planificación, incluida la reflexión que debe acompañarles, sean operativos y se puedan realizar de forma normalizada.

2. Adaptabilidad

El modo de hacer debe ser adaptable en todo momento a los cambios de tendencias que puedan acaecer en la realidad y en la propia estructura del sistema de servicios sociales.

3. Retroalimentación

La adaptación a la realidad y el diagnóstico que hemos de disponer en cada momento, lleva a este ciclo – proceso a retornar al punto de referencia más inmediato y así generar un proceso activo y envolvente de producción y gestión de las políticas sociales públicas.

Como ya se ha avanzado, el objetivo último de la evaluación es el de conocer la efectividad y la eficacia de los diferentes programas y elevar el nivel de calidad de los mismos. Para llegar a ellas se plantea una intervención que incluye tres fases:

Evaluación de la Planificación:

Se planifica, diseña y proyecta la intervención. En ella se definen los objetivos, la metodología, el grupo, la causa o necesidad de intervenir y se hace una estimación de los recursos disponibles. Los aspectos, a nivel general, que se deben tener en cuenta en esta fase son los siguientes:

- El fenómeno
- El modelo teórico de referencia.
- La necesidad de intervención
- El grupo objetivo.
- Los objetivos.

- Las metodologías
- Los recursos
- La planificación de las fases de la evaluación.

Evaluación del proceso

Se evalúa el funcionamiento y las condiciones de aplicación, la ejecución y el cumplimiento de la previsión del diseño y la planificación inicial. Esta evaluación permitirá variar, modificar, corregir o mantener las condiciones iniciales. Esta evaluación incluirá los siguientes apartados:

- Evaluación de la cobertura: nivel de participación, características y difusión.
- Evaluación de las actividades: definición, métodos, registro y recogida de datos.
- Evaluación de la temporalización: diferencia entre la planificación prevista y la real.
- Evaluación de los recursos humanos: responsables y coordinaciones.
- Evaluación de los recursos materiales: comparación de recursos y presupuestos.

Evaluación de los resultados

Esta evaluación tiene como finalidad comparar los resultados obtenidos con los propuestos en la planificación, tanto en el Plan en su conjunto, como en cada uno de sus programas y actuaciones. Es decir, evidenciar si los objetivos propuestos inicialmente se han cumplido. Para ello, se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- Indicadores a tener en cuenta para conocer los resultados.
- Método utilizado (cuantitativo o cualitativo) de valoración de los resultados.
- Instrumentos de medida utilizados.
- Definición de la recogida de la información.
- Método de análisis de la información recogida.

La evaluación es un proceso dinámico que parte de cada uno de los proyectos, programas y actuaciones concretas que se realizan y que dan paso a la evaluación general del Plan. Por lo tanto, cada proyecto, programa o actuación, según sus objetivos y metodología, tiene su propio modelo de evaluación y sus instrumentos específicos. Las diferentes evaluaciones requieren del trabajo de los propios técnicos, así como de la coordinación y/o supervisión de técnicos externos especializados en la evaluación de programas.

En última instancia, los resultados de la evaluación de los diferentes programas y actuaciones del Plan, servirán para la confección de la memoria anual, que será el canal difusor de estos resultados. De la misma forma, durante el último semestre de vigencia del Plan, se realizará la revisión del mismo, evaluando la consecución de los objetivos previstos. Esta revisión permitirá trazar las directrices a seguir en la puesta en marcha del siguiente Plan.

NOTA.- Este documento ha utilizado numerosas fuentes de información, pero en su estructura es deudor del PLAN MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA.

RESUMEN PRESUPUESTOS.-

LÍNEA ESTRATÉGICA I PREVENCIÓN

1°.- EDUCACIÓN PRIMARIA

C.E.I.P.	2008	2009	2010	2011
C.P. La Aceña	Presentación del PLAN PREVENCIÓN ESCOLAR y firma del convenio con el CEP		ACTUACIÓN	Revisión del PLAN DE PREVENCIÓN ESCOLAR
C.P. Ginés García		ACTUACIÓN		
C.P. Fco Caparrós		ACTUACIÓN		
C.P. La Cañadica			ACTUACIÓN	
C.P. N° 6			ACTUACIÓN	
C.P. Manuela Romero			ACTUACIÓN	
C.P. Bahía		ACTUACIÓN		
C.P. San Antonio			ACTUACIÓN	
C.C. Siglo XXI		ACTUACIÓN		
PRESUPUESTO		2.000.-	4.000.-	

2°.- EDUCACIÓN SECUNDARIA. PRIMER CICLO.

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación 1°	Actuación 2°	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO	2.000.-	4.000.-	4.000.-	2.000.-

3°.- EDUCACIÓN SECUNDARIA. SEGUNDO CICLO

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación 3°	Actuación 4°	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO		4.000.-	4.000.-	

4°.- BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS.

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación	Actuación (Refuerzo)	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO	1.000.-	2.000.-	2.000.-	1.000.-

5°.- PROGRAMAS DE INSERCIÓN PROFESIONAL.

I.E.S.	2008	2009	2010	2011
IES Domingo Valdivieso	Presentación del PLAN DE PREVENCIÓN	Actuación	Actuación (Refuerzo)	Evaluación del PLAN DE PREVENCIÓN
IES Felipe II				
IES Antonio Hellín				
C.C. Siglo XXI				
PRESUPUESTO	1.000.-	2.000.-	2.000.-	1.000.-

6°.- ÁREA DE OCIO Y DEPORTES.

	2008	2009	2010	2011
Curso de Formación a Monitores-Entrenadores	Presentación PLAN DE DEPORTES	ACTUACIÓN	REVISIÓN	Evaluación del PLAN DE DEPORTES
Financiación Cuota Federación				
PRESUPUESTO	2.000.-	4.000.-	5.000.-	2.000.-

7°.- COMUNICACIÓN Y CAMPAÑAS.

	2008	2009	2010	2011
Campañas	Elaboración del PLAN DE COMUNICACIÓN	ACTUACIÓN	REVISIÓN	Evaluación del PLAN DE COMUNICACIÓN
Celebración “Días Mundiales”				
Campañas Sensibilización				
PRESUPUESTO	1.000.-	5.000.-	5.000.-	1.000.-

8°.- FAMILIA Y ESCUELA.

C.E.I.P.	2008	2009	2010	2011
C.P. La Aceña	Presentación del PLAN FAMILIA Y ESCUELA		ACTUACIÓN	Revisión del PLAN FAMILIA Y ESCUELA
C.P. Ginés García		ACTUACIÓN		
C.P. Fco Caparrós		ACTUACIÓN		
C.P. La Cañadica			ACTUACIÓN	
C.P. N° 6			ACTUACIÓN	
C.P. Manuela Romero			ACTUACIÓN	
C.P. Bahía		ACTUACION		
C.P. San Antonio			ACTUACIÓN	
C.C. Siglo XXI		ACTUACIÓN		
PRESUPUESTO		2.000.-	2.000.-	

ATENCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

No se contemplan actuaciones en la primera fase de aplicación del plan (2008-2011)

INSERCIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

No se contemplan actuaciones en la primera fase de aplicación del plan (2008-2011)

FORMACIÓN

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

No se contemplan actuaciones específicas en la primera fase de aplicación del plan (2008-2011). No obstante se incluyen en el apartado de prevención actuaciones formativas dirigidas a personal docente, monitores deportivos, etc.

INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

	2008	2009	2010	2011
ACTUACIONES	Presentación OBSERVATORIO	PROGRAMA DE INVESTIAGACIÓN SOCIAL	PROGRAMA DE INVESTIAGACIÓN SOCIAL	PRIMER INFORME
PRESUPUESTO	2.000.-	3.000.-	3.000.-	2.000.-

PRESUPUESTO GENERAL

	2008	2009	2010	2011
LINEA 1. PREVENCIÓN				
Primaria	2.000.-	4.000.-	5.000.-	2.000.-
Secundaria (1-C)	2.000.-	4.000.-	4.000.-	2.000.-
Secundaria (2-C)		4.000.-	4.000.-	
Bachillerato- Ciclos	1.000.-	2.000.-	2.000.-	1.000.-
Inserción profesional	1.000.-	2.000.-	2.000.-	1.000.-
Deportes	2.000.-	4.000.-	5.000.-	2.000.-
Comunicación	1.000.-	5.000.-	5.000.-	1.000.-
Familia y escuela	2.000.-	2.000.-	2.000.-	2.000.-
LINEA 2 ATENCIÓN				
LINEA 3. INSERCIÓN				
LINEA 4. FORMACIÓN				
LINEA 5. INVESTIGACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	2.000.-	3.000.-	3.000.-	2.000.-
PRESUPUESTO	13.000.-	30.000.-	32.000.-	13.000.-