

PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

INTRODUCCIÓN

Una de las principales dificultades que actualmente afectan a un gran porcentaje de la población, sobre todo a los adolescentes, son las drogodependencias. Según datos del Estudio de 2016, sobre estudiantes de entre los 14 y 18 años de edad, el 75,6% consume alcohol, el 34,7% tabaco y el 26,3% derivados del cannabis.

Mediante este plan se pretende concienciar a todos los/las ciudadanos/as de la problemática existente, y para ello, es necesario el esfuerzo de los diversos sectores del municipio.

Para afrontar el problema de las adicciones será necesario la “corresponsabilidad” entre las instituciones, asociaciones y ciudadanía que están implicadas en el problema. Es relevante universalizar las responsabilidades en el abordaje del fenómeno si se desea ser eficaz y eficiente en las políticas sobre drogas y otras adicciones y más concretamente en prevención.

Con dichas actuaciones se pretende modificar conductas de uso problemático y de abuso de drogas, así como reforzar comportamientos que favorezcan hábitos de la vida saludable; favorecer la intervención integral en el ámbito de las drogodependencias mediante la coordinación entre distintas entidades públicas y privadas y reducir la accesibilidad de las drogas en el municipio.

A lo largo del tiempo, el proyecto inicial ha ido modificándose en un progresivo esfuerzo de adaptación a las necesidades cambiantes de un fenómeno en una continua evolución como es el de las adicciones. Por ello, desde el Ayuntamiento de La Orotava, se intenta reducir en la medida de lo posible esta problemática. Además de introducir nuevos programas, estrategias y ámbitos de actuación acordes con el fenómeno de las drogodependencias.

Una de las principales señas de identidad del Plan de Adicciones del 2020-2024 es lograr un alto grado de participación, una participación que consideramos absolutamente necesaria si queremos ser capaces de dar respuestas a las necesidades que se plantean en un entorno a las adicciones y las diferentes facetas que repercuten en la vida de las personas, de sus familias y de toda la sociedad.

JUSTIFICACIÓN

La prevención constituye un eje prioritario de las estrategias nacionales e internacionales para la actuación sobre las adicciones, en respuesta a la preocupación de la ciudadanía ante las mismas. Su finalidad última es la de contribuir a promover una sociedad más saludable.

Según los últimos datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) publicada en mayo de 2017, el consumo de drogas en general se ha estabilizado o disminuido en los últimos dos años en la población española entre 15 y 64 años. Esta tendencia impulsa la continuidad en el esfuerzo que se viene realizando en prevención de adicciones.

Para la elaboración de este Plan Municipal es importante centrarse sobre las tres líneas básicas de actuación de la ley 9/1998 del 22 de julio de Prevención, Asistencia y Reinserción social en materia de Drogodependencias, teniendo en cuenta la Estrategia Nacional sobre drogas que se fundamenta principalmente en la prevención.

En primer lugar, la prevención está relacionada con el ámbito escolar, familiar, comunitario y de ocio y tiempo libre, dejando el ámbito laboral para el apartado de inserción y reinserción socio-laboral.

Por otro lado, la asistencia está conectada con la intervención que se lleva a cabo desde esta oficina. Concretamente, con personas con problemas de drogodependencias, no sólo a nivel personal sino también a nivel familiar o de su entorno, que exponen su problemática. Desde la concejalía, se trata de ayudar a solventar el problema orientado y derivando a las entidades que correspondan.

Así mismo, se asume como punto de partida las conductas de riesgo, que generan adicciones y dependen de las personas, tanto en su relación con sus contextos de vida, como en sus relaciones sociales. Las drogas se “usan” y tienen impacto sobre la salud de las personas. Los conceptos de abuso, dependencia, adicción, uso inadecuado, uso habitual, uso esporádico, uso experimental o uso aislado no determinan la problemática biopsicosocial individual, ya que ésta depende de múltiples y variadas circunstancias dependiendo de cada persona. Iguales procesos se dan con el resto de conductas que generan dependencia.

Y, en tercer lugar, desde el ámbito de la integración social y laboral se trata de insertar a personas con problemas de drogodependencias en estas áreas, puesto que muchas presentan problemas de integración debido a su adicción.

Este Plan asume como marco normativo una serie de niveles legislativos que comienzan en la Constitución Española, tiene su continuación en la ley 14/86 General de Sanidad, la Ley reguladora de Bases de Régimen Local, del 2 de abril de 1985 y se concreta en la ley 9/1998, del 22 de julio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias de Canarias.

MARCO TEÓRICO

Las adicciones son un fenómeno social complejo, debido a la interacción de elementos que convergen en sus causas y en su proceso de desarrollo, y debido a la variedad de ámbitos y áreas que pueden verse afectados. Las adicciones son además cambiantes y adquieren vertientes diferentes en el tiempo, en función de la sensibilidad social, de la aparición de nuevas sustancias y conductas, de nuevos patrones y nuevos contextos de consumo, de la población afectada y de sus consecuencias sociales.

A continuación, señalamos los modelos teóricos que más comparten el hecho de contribuir a explicar las adicciones y que han mostrado un buen desarrollo empírico en el diseño de programas preventivos.

El modelo ecológico recoge la importancia de orientar la intervención preventiva hacia la interacción de la persona y su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles que rodean a los individuos, en donde el más cercano sería el de los espacios primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y el más lejano sería el de las condiciones macro-sociales, políticas y económicas.

Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de la persona de forma más o menos directa, interrelacionándose entre sí y, por lo tanto, todos tienen que ser considerados para entender un fenómeno social como el de las adicciones. Sustancia, sujeto y medio son los tres elementos que se interrelacionan.

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

Por otro lado, **el modelo biopsicosocial** destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social. Una de las principales aportaciones de este modelo biopsicosocial, en el ámbito preventivo, es el concepto de "factor de riesgo". El factor de riesgo ha sido una de las definiciones más reveladoras en el campo de la prevención, no sólo por lo que significa, sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con la adicción. Desde este enfoque se entiende como factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales o sociales que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en una adicción. Son condiciones de posibilidad que pueden confluir en un momento determinado y aumentar la vulnerabilidad de una persona respecto a una adicción.

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

de los factores de riesgo y protección en el campo de las adicciones, ya que el buen conocimiento de los factores es esencial para desarrollar e implantar un adecuado programa preventivo.

Por último, desde el **modelo comunitario** se propone asumir el influjo de los contextos microsociales (la familia, el grupo de amigos, el barrio, etc.) en el origen y/o evolución del fenómeno y aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, debido a la importancia de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad. Se interviene a partir del compromiso conjunto de los y las responsables políticos (que han de decidir dar prioridad a la prevención, respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y coordinación), las y los profesionales (dinamizadores de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

Considerando lo común a todos los modelos, ha de entenderse el consumo de drogas como el resultado de la interacción de múltiples factores. Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Sin embargo, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas. Atendiendo a la consideración de las intervenciones preventivas dirigidas a la reducción del consumo o de la demanda y en función de los colectivos a los que se dirige dicha intervención, seguimos la ESTRUCTURACIÓN basada en el planteamiento de distintos NIVELES DE PREVENCIÓN, conforme a las necesidades que cada nivel plantea:

Prevención universal: aglutina los programas destinados a la población general, sin considerar las situaciones de riesgo individuales. Se diseñan para impedir y retrasar el uso y abuso de drogas.

Prevención selectiva: dirigidas a colectivos específicos que presentan un especial riesgo de consumo y abuso de drogas en base a cualquiera de las variables biológicas, psicológicas, sociales o ambientales consideradas como factores de riesgo.

Prevención indicada: destinada a un subgrupo concreto de la población, la de alto riesgo, que presenta problemas asociados a los consumos. Las intervenciones se han de dirigir no solo al abordaje de los usos de tóxicos, sino también a la reducción de los problemas añadidos.

Prevención determinada: orientada al colectivo drogodependiente con la finalidad de prevenir los riesgos sociales y sanitarios inherentes al uso continuado de sustancias.

Además de estas estrategias dirigidas a la prevención de la demanda, la prevención local debe ocuparse del **apoyo** para la mejora de las intervenciones de la **iniciativa social**, profesionales y voluntariado mediante la formación y coordinación de actuaciones.

Tipos de prevención.

Existen varias clasificaciones de la prevención de las drogodependencias. Por un lado, nos encontramos con la perspectiva de la Psicología de la Salud, donde Santacreu, Márquez y Rubio (1997) distinguen entre cuatro tipos de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Por otro lado, Gordon (citado en Becoña, 1999) diferencia tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada.

Clasificación de los tipos de prevención

Autor/es	Tipos de Prevención	definición
Santacreu, Márquez y Rubio (clásica)	Primaria	Informa del estado de la situación lo antes posible para que se puedan llevar a cabo actuaciones para reducir el daño.
	Secundaria	Remedia lo antes posible la amenaza o daño que puede llegar a ocurrir, partiendo de una información previa.
	Terciaria	Prevención que se hace cuando la enfermedad ya ha iniciado y aparecen los primeros síntomas previniendo de este modo que se agrave la enfermedad.
	Cuaternaria	Intervención que se realiza cuando ya se tiene la enfermedad o cuando se ha tenido y ha sido tratada y curada. Se actúa para paliar efectos más perjudiciales y para prevenir recaídas.
Gordon (actual)	Universal	Se dirige a todos los adolescentes por igual. Trabaja desde perspectivas más amplias y menos intensas y costosas.
	Selectiva	Se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen mayor riesgo de ser consumidores que el promedio de ellos.

Gordon (actual)	Indicada	Es más intensiva y costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de población general que consume o tiene problemas de comportamiento
------------------------	-----------------	--

¿Qué es una droga?

Toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede producir modificaciones en la percepción, emociones, el juicio o el comportamiento y es susceptible de generar en la persona que la consume una necesidad de seguir consumiéndola.

Además de los parámetros científicos que definen las drogas, los efectos, las consecuencias y las funciones están condicionadas, sobre todo, por las definiciones sociales y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan (Romaní, 1999). En ese sentido, las drogas son sólo aquellas que culturalmente se clasifican como tales (Comas, 1990), y unas gozan de la aceptación general de la sociedad, mientras que otras son objeto de rechazo y/o estigmatización.

Las drogas siempre han tenido presencia social y cultural con patrones diferenciados en las distintas épocas y lugares, es decir, los grupos sociales se han relacionado con las sustancias de forma diferente según la época, y así la consideración de una sustancia como droga y su aceptación o rechazo social también ha ido variando, hasta el punto de que se puede afirmar que está en constante cambio.

Los problemas generados por el abuso en el consumo de drogas son muy variados y su origen no se sitúa en un factor causal único. Son el resultado de un proceso en el que se entrelazan y se condicionan las características de la persona, la droga que se consume y el contexto social en el que se consume.

Uso y abuso

Ambos conceptos son muy generales y resultan difíciles de precisar; lo que en determinados contextos es uso y está plenamente integrado, en otras sociedades se convierte en una auténtica amenaza para la población. El consumo o uso de drogas no tiene porqué ser un problema. Hay que distinguir entre uso y abuso.

El uso de drogas es aquella forma de consumo que no provoca consecuencias negativas para la persona que consume. Es posible consumir drogas sin que la persona se convierta necesariamente en dependiente de las mismas o sin que se den problemas inmediatos.

El abuso se caracteriza por que el uso de una droga trae consecuencias negativas a la persona que consume y a su entorno (familia, amistades, etc.) afectando a su funcionamiento normal.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de uso o de abuso.

Dependencia

Se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, consecuencia de la exposición reiterada a la droga, haciéndose necesario su uso para evitar los efectos negativos que se producen o para experimentar un estado afectivo positivo. Situación en la que una persona prioriza el consumo de drogas frente a otras actividades. Las drogas se convierten en el centro de su vida. Ésta dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en las drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

La dependencia psicológica se produce cuando aparece un deseo imperioso de utilizar repetidamente la sustancia. El sujeto tiene el convencimiento de que necesita la droga, exista o no dependencia física, y se ve impulsado a su administración.

La dependencia física hace referencia al estado de adaptación del organismo, caracterizado por la necesidad de lograr determinados niveles de la sustancia con el fin de poder mantener la normalidad. Si no se produce esa administración de la droga sobreviene el llamado Síndrome de Abstinencia.

Tolerancia

La tolerancia hace referencia a la necesidad de incrementar la dosis consumida para alcanzar los efectos que anteriormente se conseguía con dosis menores.

Intoxicación

Hace referencia a los cambios fisiológicos, psicológicos o comportamentales provocados por el consumo de una sustancia.

Abstinencia

Conjunto de reacciones físicas o corporales que ocurren cuando una persona dependiente de una sustancia deja de consumirla o reduce su consumo.

La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.

Se da una importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia.

Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de sus potenciales riesgos.

Drogo dependencia

Es aquella alteración del comportamiento de un individuo caracterizada por el uso continuado de drogas a pesar de las consecuencias negativas en el plano físico, psicológico, familiar, social o laboral que genera tal acción.

Adicción

“Estado mental y físico patológico en que uno necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar”.

Es cuando se pierde el control en el uso de una sustancia o actividad. Las personas que sufren de este padecimiento les es imposible controlar su problema de conducta, aun cuando le hace daño a su salud, le destruye las relaciones de familia y amigos, les consume sus ahorros y puede ser la causa de la pérdida de su trabajo.

Hay diferentes tipos de adicciones más comunes. Algunas personas son adictas al alcohol, sustancias controladas como la cocaína o la heroína, o drogas que son recetadas tales como el Valium o pastillas para dormir, la nicotina en los cigarrillos o productos derivados del tabaco, o la cafeína en el café, té, y bebidas gaseosas. También se puede tener una adicción a comer, o al juego, sexo, trabajo, hacer ejercicio, comprar y gastar, etc.

Cualquier persona puede ser adicta. En este caso, la conducta de un individuo no está asociada con el ambiente de la familia, su genética, personalidad, ...

Formas de consumo

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el conocimiento del fenómeno de las drogas es el de las formas de consumo formas de consumo formas de consumo **formas de consumo:**

Consumo experimental

Contacto inicial con una o varias sustancias, de éste puede pasarse a un abandono de las mismas o a la continuidad en los consumos. La adolescencia es la etapa en la que con mayor frecuencia surgen este tipo de consumos, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo.

Las motivaciones para este consumo se resumen en curiosidad, presión de grupo de iguales, atracción de lo prohibido y del riesgo y búsqueda del placer y de lo desconocido.

Características de este consumo: la persona que consume desconoce los efectos de la droga y normalmente su consumo se produce en grupo.

Consumo ocasional

Uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.

Motivaciones principales: facilitar la comunicación, búsqueda de placer, relajación, transgredir normas etc.

Características: quién consume ya conoce los efectos de la droga y por eso las consume, sigue haciéndolo en grupo, y desarrolla su actividad normal sin necesidad de consumir drogas.

Consumos habituales

Uso frecuente de las drogas, este tipo de consumo puede implicar riesgos, dependiendo de la sustancia que se trate, la asiduidad con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc., y puede ser el paso previo a caer en una relación de dependencia con la droga.

Motivaciones principales: intensificar sensaciones de placer, vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste, mitigar la soledad, aburrimiento, ansiedad, reafirmar su independencia o su aversión hacia la sociedad, reducir hambre, frío, debilidad o cansancio...

Características: cada vez se consume más cantidad, de forma más frecuente y en más ocasiones, y pasa a consumirse también en solitario.

Consumo compulsivo o excesivo

La persona que consume necesita la sustancia, depende total y absolutamente de la droga, que le impide llevar una vida normal. Toda su vida gira en torno a las drogas a pesar de las complicaciones que éstas le puedan causar.

Prevención de las drogodependencias.

Entendemos por prevención de las drogodependencias a “toda intervención realizada antes de que aparezca un consumo problemático de drogas, con la finalidad de intentar cambiar los factores de riesgo tanto individuales como sociales o ambientales que pudieran determinar dicho consumo, favoreciendo el desarrollo de los factores de protección”. (Plan Nacional sobre Drogas, 2009a, p. 12)

MARCO CONCEPTUAL

PRINCIPIOS RECTORES

Entre los principios orientadores del actual Plan de Adicciones está el de “Adaptabilidad e innovación”, en virtud del cual mantenemos el compromiso de prever y anticiparnos a los cambios sociales en general y, de forma concreta, a los que continuamente se producen en el ámbito de las Adicciones, monitorizando su evolución a fin de conocer las necesidades emergentes y poder articular una respuesta flexible y adaptada a las mismas.

En esta actualización del Plan de Adicciones para el periodo 2018– 2023 se ha tenido en cuenta también este aspecto crucial que supone la necesaria participación de las instituciones y de la sociedad, dando continuidad a una línea que sigue siendo una de sus principales señas de identidad.

Por ello, con objeto de promover la máxima colaboración de la sociedad en este proceso de revisión y actualización, se han realizado una serie de acciones con carácter previo a la nueva redacción del Plan, que garantizan tanto la participación interna (de trabajadores/as de la propia Institución) como la participación externa (de las instituciones, organizaciones sociales y personas de especial relevancia o expertas en el tema de las adicciones), así como la de usuarios de los servicios. El objetivo de todo este proceso participativo ha sido valorar la situación actual de las adicciones y los posibles cambios a futuro, detectar los aspectos estratégicos clave sobre adicciones que sirvan como marco de referencia para el diseño del nuevo Plan y describir a nivel general los elementos a mantener, potenciar o modificar.

Los principios o criterios orientadores que se recogen a continuación pretenden aunar experiencia e innovación como guías fundamentales para el proceso de adaptación a una realidad que evoluciona de forma continua.

1. Compromiso ético. Defender que todas las actuaciones desarrolladas en el marco del presente Plan de Adicciones tengan en cuenta los principios éticos de humanidad, autonomía, justicia e inocuidad, así como el respeto a los derechos humanos.

2. Enfoque Integral. Entender las adicciones como un fenómeno complejo, multicausal y multifactorial, propiciando respuestas que tengan en cuenta los diversos factores intervinientes, desde la aplicación de un modelo bio-psicosocial, tanto para la prevención como para la asistencia y reinserción de las adicciones y sus consecuencias en las diversas facetas de la vida de las personas y de su entorno.

3. Universalidad y Equidad. Facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

4. Intersectorialidad. Promover la coordinación y cooperación entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, como estrategia para articular respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.

5. Integración y Normalización. Orientar todos los procesos de intervención que se realicen, ya sean de carácter preventivo o se refieran al continuo “asistencia-reinserción”, hacia el objetivo último de conseguir el mayor grado posible de integración social, seleccionando siempre que sea posible, la utilización de los recursos normalizados existentes y potenciando el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares y sociales.

6. Adaptabilidad e Innovación. Prever y anticiparse a los cambios sociales en general y, de forma concreta, a los que continuamente se producen en el ámbito de las adicciones, monitorizando su evolución a fin de conocer las necesidades emergentes y poder articular una respuesta flexible y adaptada a las mismas.

7. Calidad y evidencia científica: Orientar las acciones hacia la mejora continua, la búsqueda de la satisfacción de usuarios/as, la eficiencia y la efectividad del sistema, a través de procesos de formación, investigación y evaluación continua. En este sentido, el presente Plan aboga por el avance en la implementación de programas, en los que la fundamentación teórica, la validación empírica de las intervenciones y la evaluación sean elementos nucleares de una forma de actuar basada en la evidencia científica.

8. Perspectiva de género: Realizar una revisión y actualización continua de las intervenciones en todos los ámbitos desde esta perspectiva, de forma que se garantice la adecuación de los programas, servicios y acciones a las características y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres.

9. Perspectiva de diversidad, de modo que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso y la atención a las personas con identidades diversas (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, idioma, etc.), de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a sus necesidades, promoviendo paralelamente su integración social.

10. Perspectiva comunitaria, promoviendo la participación y el trabajo en red y contribuyendo al fortalecimiento de la sociedad civil, a la responsabilidad social, la autonomía organizativa de la ciudadanía, y la solidaridad y apoyo mutuo.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Sabemos que las drogas son sustancias poderosas que pueden tener consecuencias dañinas. Son muchas las personas que han probado una droga ilegal o legal, como el tabaco y el alcohol. Esto puede resultar muy duro para cualquier padre o madre. Pero debemos ser conscientes de lo que realmente nos están diciendo. Estos datos nos están informando de las personas que usan drogas, no de los jóvenes que abusan de ellas. Los adolescentes usan drogas como parte de su conducta exploratoria. Solo un pequeño número, las utilizan para manejar problemas que no pueden abordar. La cuestión más importante es por qué algunos pasan de usar drogas, a abusar ellas. La respuesta no recae solo en la sustancia. Los problemas surgen cuando alguien no está integrado en actividades que expresan valores positivos y le hacen feliz, además de no contar con una familia y un entorno social que le apoye. Estos factores, entre otros, propician una baja auto-estima y un deseo de escapar de sentimientos, tales como: la inseguridad en sí mismo, la frustración o la desesperanza. Las drogas ofrecen un escape, aunque sus consecuencias, a largo plazo, puedan ser perjudiciales.

Un joven con factores de riesgo no está destinado a ser un abusado de drogas; simplemente está en mayor riesgo. Estos pueden potenciar sus fortalezas para prevenir que los factores negativos dominen sus vidas. La mayoría de los jóvenes que usan drogas no se convierten en abusadores de drogas. Esto no significa que los/as padres y madres no deban discutir acerca de los peligros del uso de drogas con nuestros hijos, ayudándoles a desarrollar habilidades de autoconfianza y toma de decisiones. Al contrario, es necesario que lo hagamos, aunque a veces nos cueste o no sepamos cómo enfocarlo. Como también lo es que sean conscientes de la realidad en todas sus vertientes, sólo así podremos ayudar a nuestros/as jóvenes a elegir un camino saludable, que les conduzca a una vida plena y feliz.

Los factores de protección son las condiciones personales, ambientales o sociales que en su conjunto y en un determinado momento, pueden reducir la probabilidad del consumo y abuso de drogas. Los padres y madres deben favorecer la aparición y el desarrollo de los factores de protección. Algunos de estos factores de protección son:

- Relación positiva en la familia basada en la comunicación.
- Familias fortalecedoras que favorecen la adaptación y la incorporación de sus hijos e hijas
- La difusión de información veraz.
- La transmisión de valores y actitudes en la familia y en la escuela.
- Las políticas de drogas.
- Las estrategias preventivas.

Por otro lado, encontramos los factores de riesgo, que son las condiciones personales, ambientales sociales que en su conjunto y en un momento determinado pueden aumentar la vulnerabilidad o la probabilidad del uso y abuso de drogas. En este caso el papel de la familia debe ser evitar o reducir el grado de influencia de los factores de riesgo. Los principales factores de riesgos son:

- Existencia y presencia de las drogas en la sociedad, en el entorno.
- La actitud de la sociedad hacia las drogas.

Estos factores de riesgo y protección lo podemos ver en cada una de las siguientes facetas que rodea el mundo de las personas que tiene problemas con las drogas:

FACTORES FAMILIARES

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja supervisión familiar. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Historia familiar de conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para los niños o para el éxito. • Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Altas expectativas parentales. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positiva.

FACTORES COMUNITARIOS E IGUALES

En el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del adolescente, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y/o protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Depravación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la Comunidad favorable, al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. • Actitudes favorables de los 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes.

compañeros hacia el consumo de drogas. <ul style="list-style-type: none"> • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
--	--

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS ADICCIONES

El que las personas sean autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, o bien activos, sociables y creativos, o también rebeldes y agresivos. Los hijos de padres o madres con un estilo democrático tienden a tener confianza en sí mismos, un mayor control personal y son más competentes socialmente.

La existencia de padres o madres indiferentes será el predictor de peor pronóstico para los hijos. Por tanto, el predominio de un estilo parental u otro, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso, abuso y dependencia de sustancias en la juventud, así como su mantenimiento posterior.

El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. Sabemos, por ejemplo, que las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos.

FACTORES INDIVIDUALES

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los psicológicos y conductuales y los rasgos de personalidad.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos. • Psicológicos y conductuales. • Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad • Creencia en el orden social. • Desarrollo de las habilidades sociales. • Creencia en la propia autoeficacia. • Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. • Orientación social positiva. • Poseer aspiraciones de futuro. • Buen rendimiento académico e inteligencia. • Resiliencia.

MARCO LEGISLATIVO

El marco normativo para la intervención municipal en drogodependencias viene delimitado por diferentes niveles jerárquicos de legislación.

Ámbito Internacional

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** en 1948 proclama en su artículo 25.1 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a toda su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Por otro lado, **La Carta Social Europea**, aprobada por el Consejo de Europa en 1961 y ratificada por España en 1980, dice en su artículo 11 que para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contrastantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: eliminar en lo posible, las causas de una salud deficiente; Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma, y prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

Merecen especial mención la **Estrategia Europea en Materia de Drogas 2005 – 2012** que fue aprobada en diciembre de 2004, al igual que el **Plan de Acción de la Unión Europea en Materia de Drogas 2008 – 2012**.

Puede decirse que son numerosas las normas internacionales que forman parte del derecho positivo sobre drogas vigente en nuestro país y que adquieren gran importancia, al igual que otros documentos que, aunque no tienen valor normativo, poseen influencia en la política legislativa sobre la materia.

Ámbito Nacional

En el artículo **43 de la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978** “se reconoce el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Se encomienda a los poderes públicos la responsabilidad de desarrollar una intervención social orientada a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos”.

Sin perjuicio de las competencias que le corresponden en exclusividad, la Administración General del Estado, en el ámbito de la Estrategia Nacional sobre drogas (2009 – 2016), detecta, entre otras, las funciones siguientes:

- En relación con la reducción de la demanda, a través de sus órganos ejecutivos, dirige sus actuaciones en torno a la prevención especialmente en los campos de la investigación, coordinación de la formación y de las evaluaciones.
- Con relación a la reducción de la oferta, desarrolla las actuaciones dirigidas a la represión del tráfico ilícito de drogas y sus vinculaciones con el bloqueo de capitales y crimen organizado, así con la regulación de la normativa y control de precursores.

- En función de la Administración Central en el marco de la Estrategia Nacional Sobre Drogas, la Cooperación Internacional, manteniendo la necesaria coordinación con las estructuras administrativas en materia de cooperación para el desarrollo de Canarias.

Por su parte, **la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 2 de abril de 1985** define en su artículo 2 las competencias de los municipios en la promoción de la salud y el apoyo social.

Además, merecen una mención especial **la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986** como respuesta normativa al mandato constitucional sobre protección de la salud y **la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana**.

No obstante, una recopilación de la legislación estatal sobre drogas se ofrece en la página web del Plan Nacional sobre Drogas. A este respecto, el marco de referencia es la Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (B.O.E. 38, de 13.02.2009)

Ámbito Autonómico

Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Canarias (B.O.J.C. nº17, de 28/09/1982), modificada por la Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre (B.O.C. nº6, de 13/01/1997). Según dispone el artículo 5.1. Los ciudadanos de Canarias son titulares de los derechos y deberes fundamentales establecidos en la Constitución. 2. Los poderes públicos canarios, en el marco de sus competencias, asumen como principios rectores de su política: a) La promoción de las condiciones necesarias para el libre ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos y la igualdad de los individuos y los grupos en que se integran. La Comunidad Autónoma de Canarias, de acuerdo con las normas del presente Estatuto, tiene competencias exclusivas en las siguientes materias (artículo 30): 13. Asistencia social y servicios sociales. 14. Instituciones públicas de protección y tutela de menores de conformidad con la legislación civil, penal y penitenciaria del Estado. 20. Deporte, ocio y esparcimiento. Espectáculos. 23. Estadística de interés de la Comunidad Autónoma. 25. Publicidad, sin perjuicio de las normas dictadas por el Estado para sectores y medios específicos. 31. Ordenación de establecimientos farmacéuticos. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Canarias el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias (artículo 32): 1. Enseñanza, en toda la extensión, niveles, grados, modalidades y especialidades... 2. Prensa, radio, televisión y otros medios de comunicación social, ... 10. Sanidad e higiene. Coordinación hospitalaria en general. 18. Seguridad Social, excepto su régimen económico. A la Comunidad Autónoma le corresponde la competencia de ejecución en las siguientes materias (artículo 33): 3. Gestión de las prestaciones sanitarias y sociales del sistema de la Seguridad Social y de los servicios del Instituto Nacional de la Salud, Instituto Nacional de Servicios Sociales e Instituto Social de la Marina.

Ley orgánica 11/1982, de 10 de agosto, de transferencias complementarias a Canarias (B.O.C.J. nº17, de 28/09/1982).

Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (B.O.C. nº96, de 05/08/1994). Entre otros esta Ley tiene por objeto el establecimiento y la ordenación del Sistema Canario de la Salud, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la

prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud (artículo 1.a).

Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales (B.O.C. nº56, de 04/05/1987). Para el logro de objetivo de esta Ley definido en su artículo 1, se crea un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública que tendrá, entre otras, las siguientes líneas de actuación: a) Promover y potenciar todas aquellas actividades, servicios y recursos que permitan una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, en condiciones de igualdad, así como el incremento y mantenimiento del bienestar social. b) Prevenir y eliminar las causas que conducen a la marginación. c) Atención y apoyo a las personas y grupos sociales, especialmente en casos de carencia y dependencia.

Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores (B.O.C nº23, de 17/02/97). El artículo 18. 1 de esta Ley, al regular las obligaciones de los centros y servicios sanitarios en relación con la detección de situaciones de riesgo y desamparo de los menores, menciona específicamente la posible existencia de drogodependencias.

Ley 1/1998, de 8 de enero, de Régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas (B.O.C. de 14/01/1998). Establece normas y tipifica infracciones en relación con el acceso a los locales, venta, suministro o dispensación, de forma gratuita o no, a los menores de bebidas alcohólicas o tabaco, así como el desarrollo, permisión o tolerancia de espectáculos cuando se facilite o consienta el consumo de drogas tóxicas o estupefacientes, sin perjuicio de las responsabilidades penales que de ello pudieran derivarse.

Ley 4/1998, de 15 de mayo, de Voluntariado de Canarias (B.O.C. nº63, de 25/05/1998). Entre las áreas de interés social que su artículo 6 relaciona, están las siguientes: b) Servicios sociales y sanitario. d) Inserción socio laboral de colectivos en situación de desventaja social.

Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. nº94, de 28/07/1998). Es la norma de referencia en la materia en el ámbito de la Comunidad Autónoma y cuyo objetivo es la ordenación de todas las actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e integración social de las personas drogodependientes; la regulación de las competencias y funciones en esta materia de las Administraciones Públicas de Canarias, entidades privadas e instituciones; la configuración del Plan Canario sobre Drogas y la protección a terceras personas de los perjuicios que puedan ocasionarles el consumo de drogas.

Ley 7/2007, de 13 de abril, Canaria de Juventud (B.O.C. nº78, de 19/04/2007). El Gobierno de Canarias promoverá entre los jóvenes hábitos de vida saludable y la prevención de los riesgos a los que están expuestos, a través de programas, proyectos o campañas. 2. Se atenderá, mediante un Programa de Salud Juvenil, las principales demandas, necesidades y problemáticas de los jóvenes en materia de salud pública. 5. Se promoverán campañas de sensibilización y programas orientados a la educación afectivo sexual y de prevención y atención psicosocial ante problemas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, el consumo de drogas y los trastornos alimenticios (artículo 28).

Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre mujeres y hombres (B.O.C nº 45, de 5/03/2010). En su capítulo IV, dedicado a las Políticas de promoción y protección de la salud y de bienestar social, dispone que: 1) El sistema sanitario público de Canarias impulsará,

en los ámbitos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las medidas necesarias para atender a las diferentes necesidades de hombres y mujeres, adaptando las actividades a las características de cada sexo. 4) Asimismo, se establecerán medidas que garanticen la accesibilidad a los servicios sanitarios y prestaciones complementarias en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, y de forma compatible con la conciliación de la vida familiar y laboral. 8) La Administración sanitaria incorporará en los planes y programas de formación especializada y continua de su personal una preparación específica en materia de perspectiva de género y la incidencia de los condicionantes de género sobre la salud de mujeres y hombres, con especial atención al desarrollo de las capacidades para detectar y atender situaciones de violencia de género.

Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios Socio sanitarios de atención a drogodependientes (B.O.C. nº112, de 12/08/1992). Tipifica los centros y/o servicios en cinco categorías, regula los procedimientos para el otorgamiento de las autorizaciones previas y definitivas, así como la caducidad y revocación de las autorizaciones y el Registro de los Centros y Servicios Socio sanitarios de Atención a Drogodependientes.

Decreto 81/1998, de 28 de mayo, por el que se crea y regula la Comisión Asesora sobre tabaquismo en Canarias (B.O.C. nº74, de 17/06/1998). La Dirección General de Atención a las Drogodependencias forma parte de esta Comisión.

Decreto 128/1998, de 6 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de las escuelas de educación infantil y de los colegios de educación primaria (B.O.C. nº106, de 21/08/1998). Establece que teniendo en cuenta los recursos y características propias de cada centro, el reglamento de régimen interior y normas de convivencia deberá concretar, entre otros, los siguientes aspectos: La prohibición expresa de la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco en el centro y la determinación de las zonas de fumadores. También recoge que los proyectos curriculares de etapa concretarán y completarán, en su caso, el currículo oficial de la Comunidad Autónoma de Canarias e incluirán las directrices generales y las decisiones siguientes: m) Orientación para incorporar, a través de la distintas áreas, la educación moral y cívica, la educación para la paz, la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, sexual, para la salud, la educación del consumidor y la vial, así como las enseñanzas de organización político institucional de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Decreto 129/1998, de 6 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los Institutos de Educación Secundaria (B.O.C. nº107, de 24/08/1998). Dispone que teniendo en cuenta los recursos y características propias de cada centro, el reglamento de régimen interior deberá concretar, entre otros, los siguientes aspectos: 1) La prohibición expresa de la expedición de bebidas alcohólicas y tabaco en el centro y la determinación de las zonas de fumadores. Así como que los proyectos curriculares de etapa incluirán: 4. Orientaciones para incorporar, a través de las distintas áreas de la educación secundaria obligatoria, la educación moral y cívica, la educación para la paz, la educación para la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación para la salud, la educación del consumidor y la educación vial.

Decreto 193/1998, de 22 de octubre, por el que se aprueban los horarios de apertura y cierre de determinadas actividades y espectáculos públicos sometidos a la Ley 1/1998, de 8 de

enero, de régimen Jurídico de los Espectáculos Públicos y Actividades Clasificadas (B.O.C. nº141, de 9/11/1998). Contempla los horarios del grupo de locales destinados sólo a menores o habilitados especialmente para ello, así como todos aquellos en los que está prohibida la expedición o venta de bebidas alcohólicas

Decreto 93/1999, de 25 de mayo, por el que se regula la creación de los centros de educación obligatoria de la Comunidad Autónoma de Canarias y se aprueba su Reglamento orgánico (B.O.C nº78, de 16/06/1999).

Decreto 40/2000, de 15 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los centros de atención a menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias (B.O.C nº44, de 10/04/2000). Los distintos tipos de centros regulados en el presente Reglamento (artículo 49), excepción hecha de los centros de día, proporcionarán, con carácter general, a los menores acogidos los servicios siguientes: - Atención psicológica, social, educativa y sanitaria. - Protección de la salud.

Decreto 32/2003, de 10 de marzo, por el que se regula la inserción socio laboral en empresas de inserción (B.O.C. nº57, de 24/03/2003). Su artículo 11, al referirse a las personas en riesgo de exclusión social, contempla el supuesto de desempleo de larga duración que concorra con la circunstancia de haber superado, a juicio del equipo terapéutico correspondiente, las fases de desintoxicación y deshabitación de toxicomanías (b).

Decreto 5/2005, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de la Consejería de Sanidad (B.O.C. nº24, de 04/02/2005). Regula la estructura orgánica de la Consejería y las funciones en materia de atención a las drogodependencias de sus órganos superiores, además de órganos colegiados como la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias o la Comisión de acreditación, evaluación y control de centros o servicios sanitarios en los que se realicen tratamientos con opiáceos.

Orden de 13 de agosto de 1992, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se desarrolla el Decreto 118/1992, de 9 de julio, sobre autorizaciones para la creación, construcción, modificación, adaptación, traslado, supresión o cierre de Centros y Servicios Socio sanitarios de Atención a Drogodependientes (B.O.C. nº114, de 14/08/1992). Fija los requisitos y la documentación exigible para el otorgamiento de las referidas autorizaciones.

Resolución de 21 de diciembre de 2001, del Director General del Ente Público Radio Televisión Canaria, por la que se hace público el acuerdo del Consejo de Administración que aprueba las normas reguladoras de la emisión de publicidad por la Televisión Canaria (B.O.C. nº7, de 16/01/2002). En el artículo 6, relativo a la Publicidad y televenta que incurran en alguno de los siguientes supuestos: a) la tipificada como publicidad prohibida en la legislación vigente en cada momento; b) cualquier forma directa o indirecta, de publicidad y de televenta de cigarrillos y demás productos del tabaco; c) cualquier forma directa o indirecta de publicidad de medicamentos y de tratamientos médicos que sólo puedan obtenerse por prescripción facultativa en el territorio del Estado español; d) la televenta de medicamentos, tratamientos médicos y productos sanitarios... El artículo 7 regula la Publicidad y televenta de bebidas alcohólicas: 1. Queda prohibida cualquier forma directa o indirecta de publicidad y de televenta de bebidas con graduación alcohólica superior a veinte grados centesimales. 2. La publicidad y la televenta de las restantes bebidas alcohólicas deberá respetar los siguientes principios: a) No estará dirigida específicamente a los menores ni, en particular, presentar a menores como

protagonistas o consumiendo dichas bebidas. b) No asociará su consumo a una mejora del rendimiento físico o a la conducción de vehículos, ni incluirá argumentos o ambientaciones que se refieran a los deportes o a los deportistas. c) No producirá la impresión de que el consumo del alcohol contribuye al éxito social o sexual. d) No sugerirá que las bebidas alcohólicas tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante o que constituyen un medio para resolver conflictos. e) No estimulará el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas ni ofrecerá una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad. f) No subrayará como cualidad positiva de las bebidas, aun dentro de la graduación autorizada, su mayor contenido alcohólico. g) Sólo podrá emitirse en la franja horaria comprendida entre las 21,00 y las 6,00 horas. En todo caso, los anuncios deberán reflejar en grados centesimales la graduación alcohólica de las bebidas anunciadas

Marco competencial

Las competencias establecidas para cada una de las administraciones y para las organizaciones privadas han sido desarrolladas en la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. nº94, de 28/07/1998).

Básicamente se ha seguido La Ley Territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias.

A continuación, se detalla las funciones de cada administración, así como de las Organizaciones No Gubernamentales, las entidades privadas y el voluntariado social.

Competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias

Competencias del Gobierno de Canarias.	Aprobación del Plan Canario sobre Drogas.
	Establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma
	Aprobación de la estructura de la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, así como el establecimiento de otros órganos de coordinación.
	Aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención de drogodependientes.
Atribuciones del consejero competente en materia de drogodependencias	El control y, en su caso, la autorización o acreditación de los centros y servicios socio-sanitarios de atención a drogodependientes, así como de los establecimientos estrictamente sanitarios, relacionados con la prevención, asistencia e inserción social de personas drogodependientes.

	Elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Canarias del Plan Canario sobre Drogas.
	El otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades privadas e instituciones en el campo de las drogodependencias.
	Coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.

Competencias de la Administración Local: Cabildos	
	Aprobación de Planes Insulares sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas.
	Asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los municipios de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio insular de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en las competencias específicas señaladas en el artículo 34 apartado 2* de la Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias en Canarias.
	Apoyo técnico y económico en materia de drogodependencias a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión.

Competencias de la administración Local: Municipios

Municipios de Canarias	El establecimiento de los criterios que regulan la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas
	Otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.
	Velar, en el marco de sus competencias, por el cumplimiento de las diferentes medidas de control que se establecen en el Título III de esta ley.
	La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.
Competencias y responsabilidades mínimas para los municipios de más de 20.000	La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Canario sobre Drogas

	Coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
	El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Canario sobre Drogas.
	Formación en materia de drogas del personal propio.
	Promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial

Competencias de las ONGs
Constituirse en elemento de cooperación con la Administración Pública en los diferentes ámbitos de la intervención: preventivo, asistencial y de incorporación, evitando en todo caso constituirse en sustitutos de aquella ni propiciar el mantenimiento artificial de redes o sistemas paralelos.
Las ONGs implicadas en el ámbito de las drogodependencias habrán de lograr previamente la necesaria autorización o acreditación de la Administración.
Las ONGs formarán parte de los órganos de participación ciudadana en la Estrategia Nacional sobre Drogas, especialmente en su desarrollo y evaluación. Asimismo, tendrán una presencia en los órganos consultivos de la Administración en el ámbito de las drogodependencias.
Las ONGs podrán tomar la iniciativa de proponer, promover y desarrollar actuaciones específicas cercanas a la comunidad.

Competencias de las asociaciones e entidades privadas
Sensibilización social y la información.
Prevención de las drogodependencias.
Asistencia y reinserción social de drogodependientes.
Formación.
Investigación y evaluación.

Competencias del voluntariado que colabore con las Administraciones Públicas o las entidades privadas
Concienciación social en torno a la problemática de las drogodependencias.
Difusión de criterios.
Apoyo a la inserción social
Prevención en el ámbito comunitario

ESTUDIO SOCIO DEMOGRÁFICO

A través del diagnóstico intentamos acercarnos más a la realidad, analizando todos los factores relacionados con las drogodependencias en el municipio.

El municipio de La Orotava tiene una extensión de 207.31 kilómetros cuadrados, lo que supone un 10.19% de superficie de la isla de Tenerife. La población de La Orotava según su padrón municipal a fecha de 14 de enero de 2015 es de 42929 habitantes.

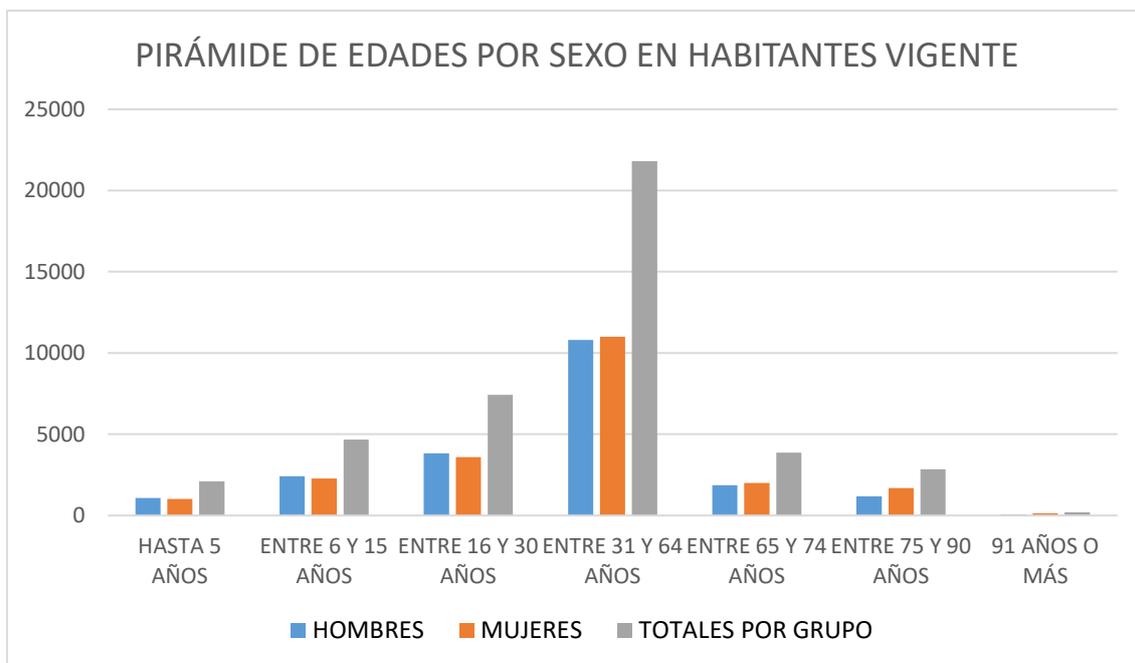
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
De 0 A 5 AÑOS	1088	1012	2100
De 6 A 10 AÑOS	1180	1108	2288
De 11 A 15 AÑOS	1229	1161	2390
De 16 A 18 AÑOS	725	667	1392
De 19 A 25 AÑOS	1815	1616	3431
De 26 A 30 AÑOS	1299	1305	2604
De 31 A 40 AÑOS	3403	3432	6835
De 41 A 50 AÑOS	3889	3878	7767
De 51 A 64 AÑOS	3505	3701	7206
Mayores de 65 AÑOS	3104	3805	6909
TOTALES	21237	21685	42922

Si se comparan estos datos con los primeros habitantes del municipio en el año 1800 se puede comprobar que se ha multiplicado dicha cantidad casi unas 14 veces, ya que en aquel momento sólo habitaban en La Orotava 3000 personas.

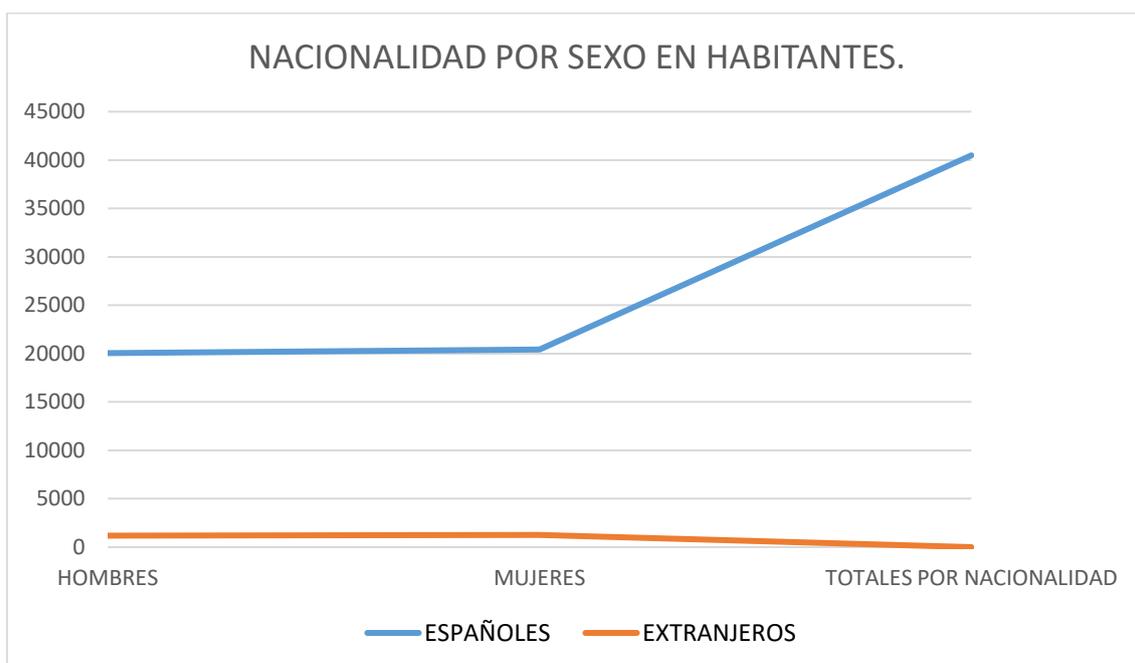
Fue a partir del siglo XX cuando se produjo un aumento de la población claramente destacable. Concretamente de 1960 a 1980 en el que se pasa de 22371 habitantes a 31520, lo que supone un aumento de casi 10000 habitantes en tan sólo veinte años.



	NO SABE LEER NI ESCRIBIR	MENOR DE 16 AÑOS	SIN ESTUDIOS	ESO EGB BACHIL.I	ESO EGB BACHIL.	FPI, GRADO MEDIO,O	FPII, GRADO SUPERIOR	BUP COU BTO	DIPLOMADOS	AARQUITECTO,ING.TEC	LIC,ARQUIT,ING.	TIT. SUP. NO UNIVERS.
HOMBRES	296	3883	4564	1878	4931	562	550	3250	270	144	731	10
MUJERES	601	3654	4755	1217	4773	524	618	3529	722	71	1049	4
TOTAL DE HABITANTES	897	7537	9319	3095	9704	1086	1168	6779	992	215	1780	14



	HOMBRES	MUJERES	TOTALES GRUPO
HASTA 5 AÑOS	1088	1012	2100
ENTRE 6 Y 15 AÑOS	2409	2269	4678
ENTRE 16 Y 30 AÑOS	3839	3588	7427
ENTRE 31 Y 64 AÑOS	10797	11011	21808
ENTRE 65 Y 74 AÑOS	1870	1997	3867
ENTRE 75 Y 90 AÑOS	1173	1679	2852
91 AÑOS O MÁS	62	137	199



	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS
HOMBRES	20051	1187
MUJERES	20431	1262
TOTALES POR NACIONALIDAD	40482	2449

Para la realización del análisis de la situación se ha optado por el método de encuesta, abordándose el consumo de tabaco, alcohol y de las diferentes sustancias ilegales.

De dicha encuesta se extrae que el 64,1% de los vecinos del municipio han consumido tabaco al menos una vez en su vida, porcentaje que está ligeramente por encima del 62% que ha probado el tabaco alguna vez en su vida en la Comunidad Canaria según el estudio "Incidencia del Consumo en la Comunidad Autónoma de Canarias 2007-2008". Del 64,1% de la población que ha fumado alguna vez en su vida obtenemos que el 33,4% no ha dejado de fumar por lo que son fumadores habituales, dicha cifra se encuentra cercana al 34,4% del estudio de la Comunidad de Canarias que ha fumado en los últimos 30 días, entendiéndose que estas personas son también fumadores habituales.

En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas, el 88,6% de los encuestados ha consumido bebidas alcohólicas, también cercano al 89,9% del estudio de la Comunidad. La incidencia de consumo de bebidas alcohólicas se distribuye según la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	31	7,8
Los fines de semana y festivo	44	11,1
Sólo de fiesta	86	21,8
Sólo en fechas extraordinarias	98	24,8
Sólo una vez	10	2,5
Ocasionalmente	82	20,8

Total	351	
-------	-----	--

El consumo de alcohol diario, como se observa, es de 7,8% mientras que en el estudio de la comunidad es de un 4,3%. Se percibe un mayor consumo tanto en fiestas de fines de semana como extraordinarias.

Según la base de datos de la Oficina Municipal de Prevención a la Drogodependencias, en el último año se ha incrementado el número de personas que han acudido a la oficina por problemas con el alcohol.

En referencia al consumo de sustancias ilegales, el 29,6% de los encuestados ha consumido alguna vez algún tipo de sustancias ilegales. Estos datos se reflejan en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje
Cannabis	113	28,6
Cocaína	47	11,9
Éxtasis	14	3,5
Anfetaminas	9	2,3
Heroína	5	1,3
Alucinógenos	8	2
Mdma	14	3,5

Se observa que existe un policonsumo, siendo el cannabis la sustancia de mayor incidencia. Se puede observar que las personas que consumen cannabis, a su vez también toman otras sustancias ilegales. En concreto, de los 47 encuestados que han consumido cocaína, 44 también habían tomado cannabis. Siendo estas dos drogas las de mayor incidencia en el municipio. Estos datos se ven reflejados en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje
Cannabis	36	9,1
Cocaína	16	4,1
Éxtasis	2	0,5
Anfetaminas	2	0,5
Heroína	1	0,3
Alucinógenos	2	0,5
Mdma	4	1

En las siguientes tablas se observan las edades de mayor riesgo para el inicio del consumo tanto de sustancias legales como ilegales. En esta primera tabla se muestra el consumo de sustancias legales, es decir, tabaco y alcohol. Se puede comprobar que las edades donde se reflejan los porcentajes más elevados son los 15 y 16 años, coincidiendo con la adolescencia, una edad complicada por los cambios que se producen tanto a nivel físico como psicológico y en la cual la autoestima, inseguridades, grupos de amigos, etc. Adquieren un papel muy importante para el futuro.

Edad	Tabaco%	Alcohol%
12	5,1	6,1
13	6,3	3
14	7,1	7,8
15	11,6	14,4
16	13,7	19
17	6,1	9,4
18	5,3	14,2
19	8,9	14,9

A continuación, se presenta la tabla de las sustancias ilegales.

Edad	Cannabis %	Cocaína %	Éxtasis %	Anfetaminas%	Heroína %	Alucinógenos %	Mdma %
15 años o menor	5,1	1	0,3	0,3	0	0	0,3
16	6,1	1,3	0,8	0,3	0,3	0,3	0
17	5,1	0,8	0,5	0,5	0,3	0,3	0,5
18	7,1	4,3	1	0,3	0,3	0,5	0,8
19	1,3	1	0	0,3	0	0	0
20	2	1	0,3	0,5	0	0	0,3
Mayor de 20	08	1	0,5	0	0,3	0	0,8
Mayor de 25	15	1,5	0,3	0,3	0,3	0,5	1

Se observa como la sustancia más consumida es el cannabis, con mayor incidencia a los 18 años. También la cocaína juega un papel fundamental en esa edad, presentando un alto índice de consumo.

Finalmente hay que tener en cuenta que el 33,7% de la población conoce la existencia de la Oficina Municipal de Prevención a las Drogodependencias. El objetivo de esta oficina, y con la elaboración del III Plan de Prevención a las Drogodependencias, es dar a conocer a la población las funciones que desde aquí se llevan a cabo en el municipio desde los diversos ámbitos.

PERSONAS ATENDIDAS POR LAS UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE LA OROTAVA MEMORIA 2017

	UAD Granadilla	UAD Puerto de la Cruz	UAD La Matanza de Acentejo	UAD Los Realejos	UAD Icod de los Vinos	Totales

La Orotava		135	26	38	4	203
------------	--	-----	----	----	---	-----

PERSONAS DE LA OROTAVA QUE SE ENCUENTRAN EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE METADONA (PMM)

	SFL GRANADILLA	SFL Puerto de la Cruz	P.D. Realejos	TOTAL
La Orotava		87	4	91

LAS ADICCIONES EN LOS ADOLESCENTES DE LA OROTAVA

Vaciado IES (Institutos de Educación Secundaria) municipio de La Orotava

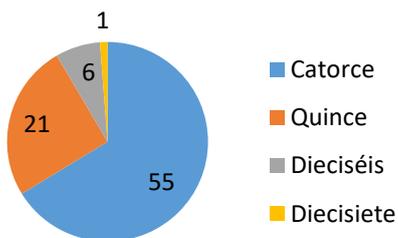
1.

Género



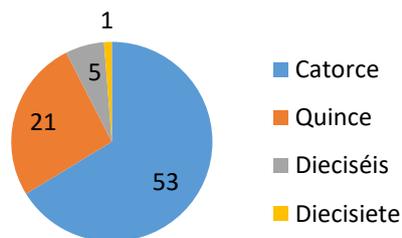
2.

Chicas



3.

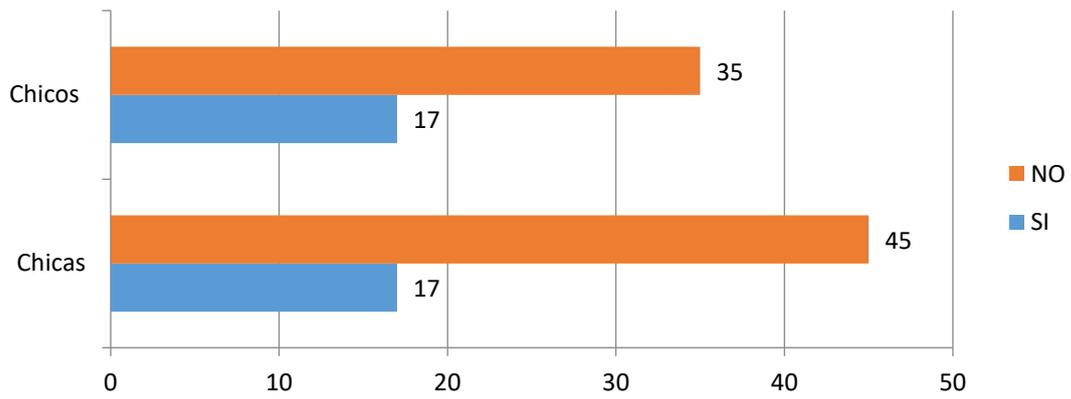
Chicos



Estas gráficas, explican la situación actual del consumo de sustancias, en el entorno de la juventud de nuestro Municipio. Por lo tanto, la muestra es el alumnado de 3º ESO de algunos de nuestros IES que han recibido el programa de prevención (163 alumnos).

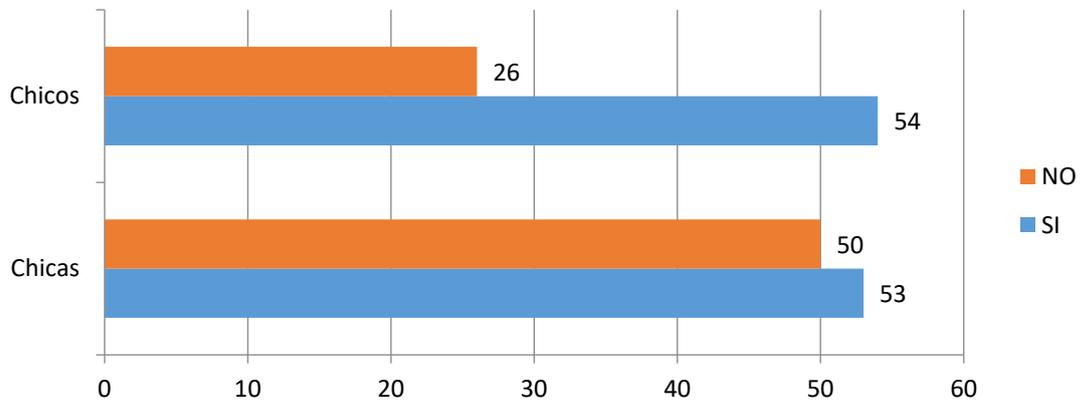
Señalar también que el número de alumnos/as que falten por contabilizar en algunas gráficas es porque han dejado en blanco dichas preguntas del cuestionario.

4. Madres/ Padres Fumadores



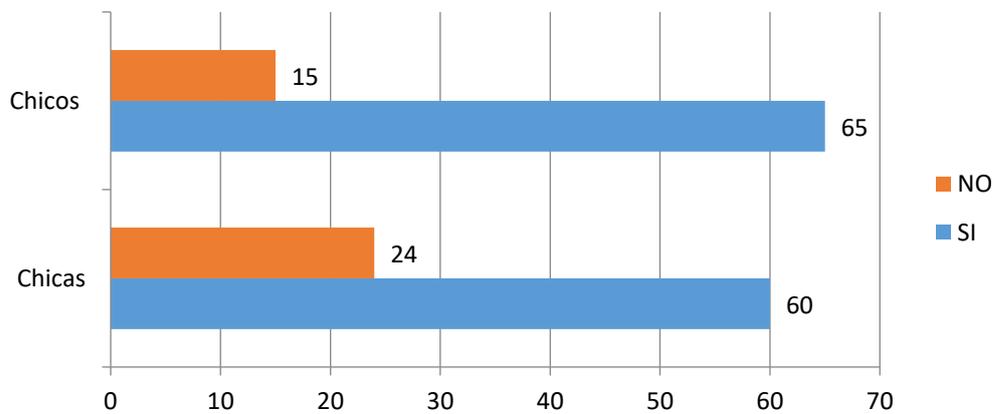
En esta gráfica observamos que 34 de las/os madres/padres fuman.

5. Madres/padres (pregunta sobre si beben de manera ocasional)



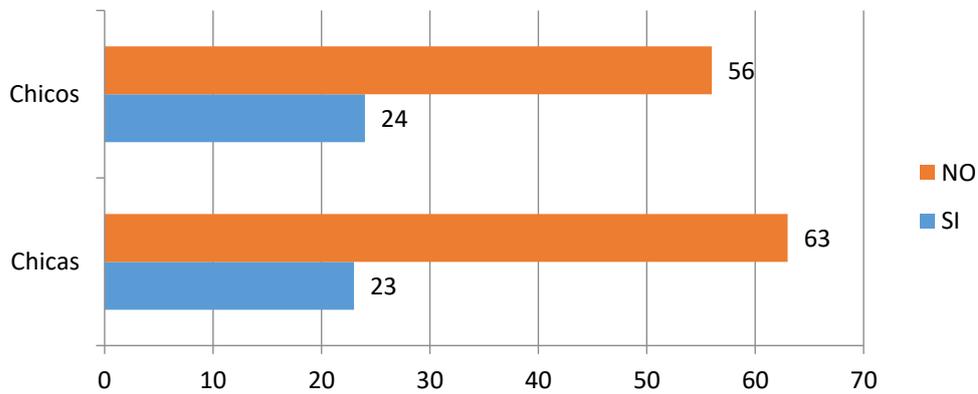
107 padres/madres del alumnado beben de manera ocasional.

6. Madres/padres que les hablen sobre drogas a sus hijos/as.



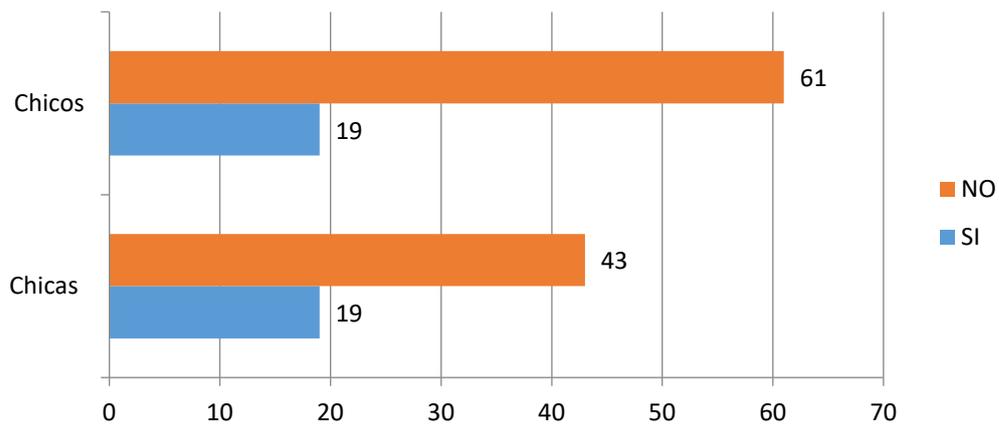
39 jóvenes de 163 nunca han hablado con sus padres/madres sobre drogas.

7. Padres/madres que los alumnos/as piensan que han probado o que tomen alguna sustancia ilegal



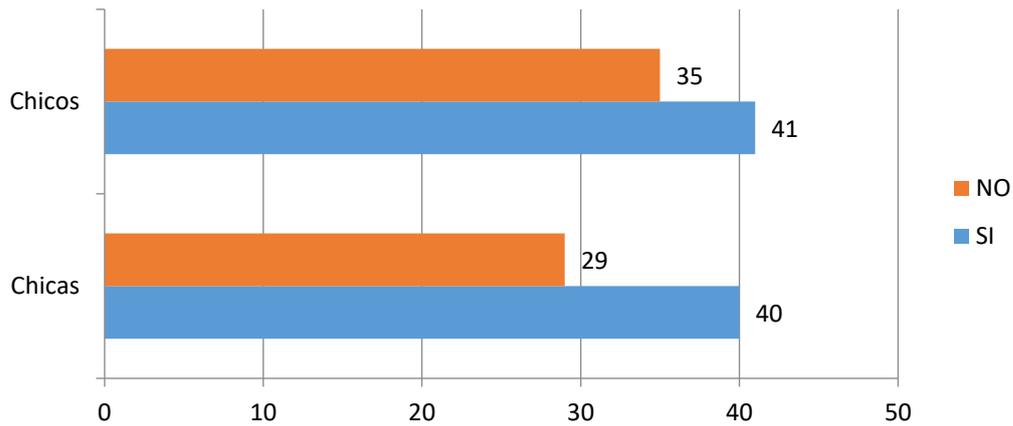
47 alumnos/as han respondido que sí piensan que sus padres/madres han probado o toman alguna sustancia ilegal.

8. Has Fumado (pregunta dirigida al alumnado sobre el tabaco)



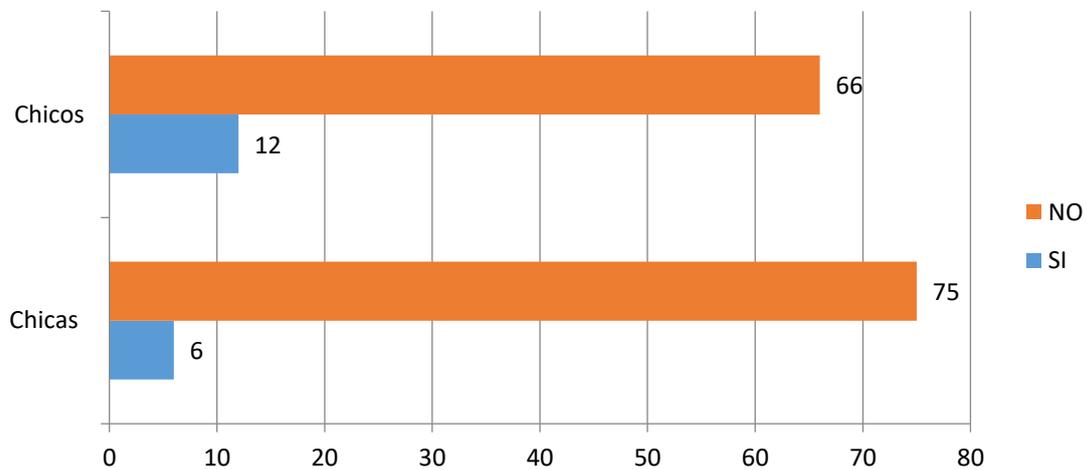
38 jóvenes han contestado que sí han fumado alguna vez.

9. Has bebido alcohol (pregunta dirigida al alumnado sobre el alcohol)



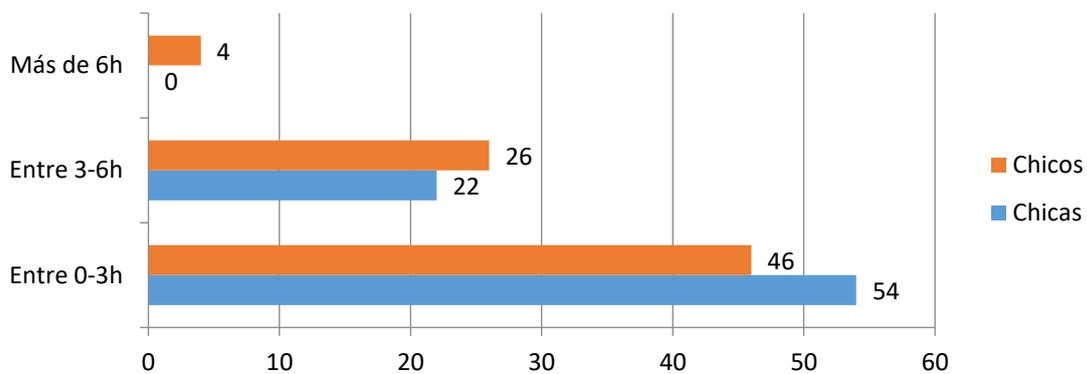
A la pregunta ¿Has bebido alcohol alguna vez? 81 de los jóvenes han respondido que sí.

10. Has consumido sustancias ilegales



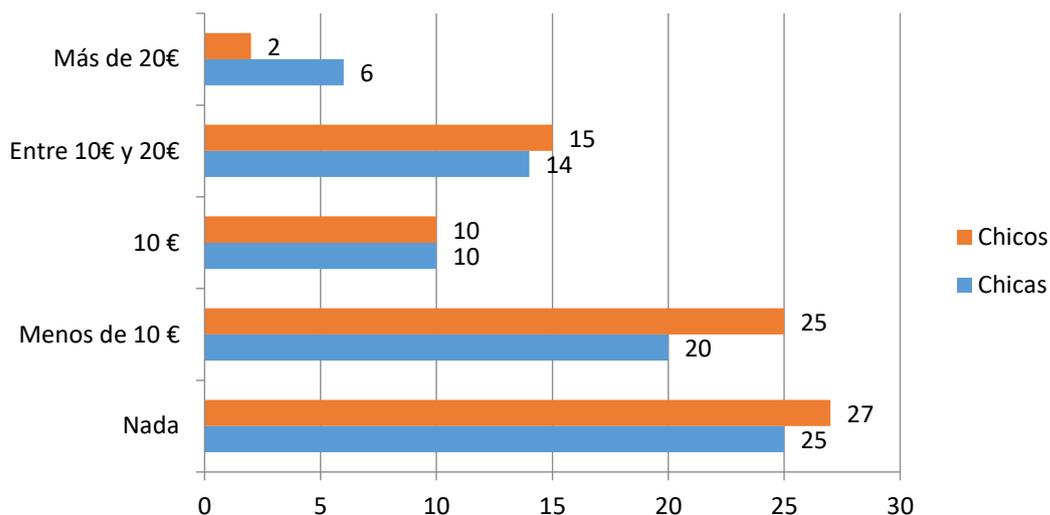
18 alumnos/as han consumido algún tipo de sustancia ilegal.

11. Tiempo libre diario que suelen dedicar los adolescentes



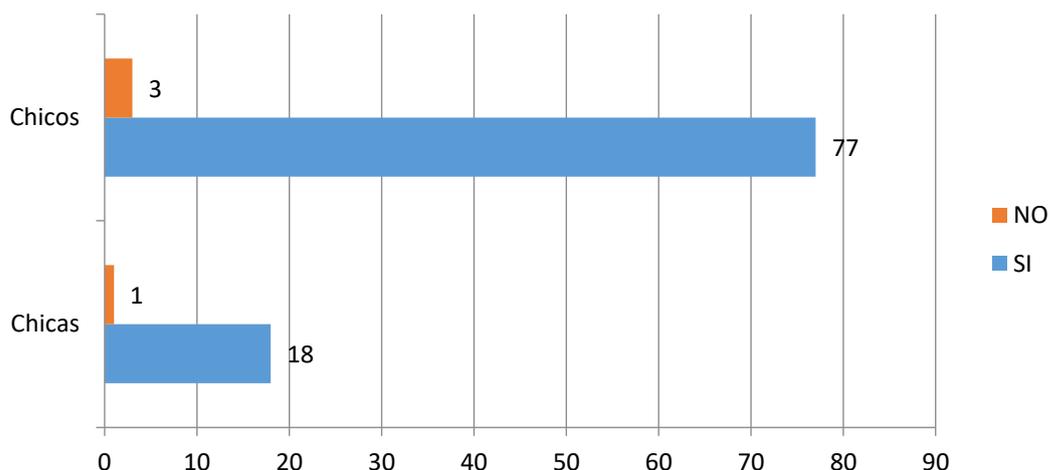
La mayoría de los jóvenes de nuestro municipio dedican entre 0 y 3 horas al deporte a la semana.

12. Dinero semanal que suelen disponer los alumnos/as



En el dinero semanal que reciben de su familia gana el “Nada” sino que lo piden cuando lo necesitaban. Sin embargo, un elevado número de jóvenes reciben menos de diez euros a la semana. Sólo 8 jóvenes reciben más de 20 euros semanalmente.

13. Son necesarios los talleres de drogodependencias



La mayoría del alumnado considera que son necesarios los talleres de drogodependencias.

Los/as alumnos/as han puesto de nota media un **8'71** a los talleres sobre drogodependencias y adicciones que ha impartido la Concejalía de Drogodependencias

OFICINA MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS, ADICCIONES

Las funciones que se desarrollan:

Planificación, coordinación y desarrollo de programas encaminados a la prevención, tratamiento e integración social de las personas, así como a la dotación de personal y equipamientos adecuados a las necesidades de dicha planificación.

- Diseño de proyectos educativos: se trata de planear un proceso para alcanzar una meta educativa, es decir, los objetivos del aprendizaje. Además de las características individuales de los respectivos centros. Donde trabajamos resolución de conflictos,

fomentar hábitos saludables, información sobre nuevas adicciones, prevención de drogodependencias, acoso escolar...

- Orientación y diagnóstico escolar: la evaluación de las habilidades de una persona, sus aspiraciones, preferencias y necesidades, así como los factores ambientales que le influyen o son importantes para su decisión educativa.
- Programas de apoyo educativo: impartir programas escolares que van dirigidos a alumnos de cualquier edad o nivel de estudios en horarios de tutorías en los centros educativos del municipio.

Programa “Entérate”, consiste en la intervención preventiva para niños y niñas de 5º y 6º de primaria, con edades comprendidas entre los 10 y los 12 años. Educación de valores.

Programa “Despierta”, consiste en la intervención preventiva en centros educativos de educación secundaria obligatoria para jóvenes de 1º, 2º, 3º y 4º de ESO, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años.

- Diseño del material didáctico: se basa en crear diseños metodológicos para los recursos educativos, estos deben de estar adaptados al curso en el que se van a utilizar. Bien sea de padres y madres, nuevas adicciones, drogodependencias, sexualidad, acoso escolar...
- Pedagogías especiales (familias, por edades, sexología, drogodependencias...): trata de la formación y ayuda a individuos con problemas o mala información sobre temas sociales.

Programa “Quiéreme Mucho”, consiste en la intervención preventiva en padres y madres, donde se trabaja habilidades sociales, comunicación en familia, comunicación asertiva, solución de problemas y conflictos, autoconocimiento, empatía, nuevas adicciones....

- Reinserción social de menores o adultos: trata de apoyar la convivencia y la reinserción actuando sobre las situaciones de riesgo de exclusión social. Intervenir con actuaciones específicas sobre niños/as, adultos/as o mayores y fomenta la implicación de la comunidad en su atención y cuidado. Procurar la detección precoz de problemas relativos a personas, familias o grupos para que recobren la vinculación activa a su medio social y se busquen alternativas viables.
- Pedagogía del ocio: se basa en la parte de la pedagogía que se encarga del ocio y del tiempo libre de las personas. Se ocupa de la educación en y para el ocio, de enseñar qué se puede hacer. Se encarga de dirigir a los individuos hacia ocupaciones y actividades provechosas, fructíferas y beneficiosas durante el tiempo libre que les queda.

Realización de cursos de cocina, talleres de dj's, talleres de percusión, actividades de la naturaleza, barranquismo, kayak, paint ball, taller de elaboración de tambores canarios,...

- Pedagogía deportiva: trata de la instrucción o enseñanza, el aprendizaje o asimilación y la educación, entre las relaciones que se establecen entre el pedagogo-entrenador de los diferentes clubes del municipio.

Coordinar y elaborar curso de monitor deportivo, curso sobre hábitos saludables y habilidades para aplicar en los diversos clubes deportivos, curso de monitor de guía de senderos...

- Elaboración y coordinación del II y el III Plan Municipal de Prevención a las Drogodependencias.
- Publicación de tres ediciones de la Revista Mi Espacio.
- El desarrollo de programas de reinserción social para personas con algún tipo de dificultad, trabajando los aspectos laborales y educativos.
- La coordinación de actuaciones de las distintas administraciones y sistemas comunitarios.
- La detección precoz y motivación al tratamiento de casos concretos, conocidos a través de su problemática social.
- Fomentar entre las asociaciones y colectivos hábitos saludables.
- El apoyo a procesos de reinserción social de las personas del municipio, a través de la utilización de sistemas comunitarios y asociaciones.
- La colaboración en programas de prevención, y el estímulo de la realización de programas comunitarios.
- Intervenir en programas de apoyo familiar.
- Formar parte de la coordinación del Primer Plan Insular de Drogodependencias.
- Convenio con proyecto Hombre.
- Convenio con las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

DATOS 2017 SOBRE PERSONAS ATENDIDAS O QUE SE HAN BENEFICIADO DE NUESTRO RECURSO

- Número de alumnos que se han beneficiado de los programas de prevención de adicciones en los centros educativos 900 alumnos.
- Padres y madres que se han beneficiado del programa preventivo 115 personas.
- Personas que se han beneficiado de los cursos organizados por la Oficina 120 personas.
- Personas que se han beneficiado de las actividades de ocio y tiempo libre organizadas por la Oficina 1480 personas.
- Personas o familiares que se han atendido, asesorado por algún problema de adicción a alguna sustancia (derivados a recursos como Unidades de Atención a las Drogodependencias, Proyecto Hombre, Programa Nova..) 111 personas.

Personas que se han beneficiado de la Oficina Municipal de Prevención a las Drogodependencias

PROGRAMA DESPIERTA DIRIGIDO A EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

PROGRAMA ENTÉRATE DIRIGIDO A EDUCACIÓN PRIMARIA

CENTRO EDUCATIVO	Nº DE AULAS	Nº DE ALUMNOS
I.E.S. VILLALBA HERVÁS 6 SESIONES POR GRUPO	4 Grupos de 2ºESO	100
I.E.S. OROTAVA.MANUEL PÉREZ GONZÁLEZ 4 SESIONES POR GRUPO	3 Grupos de 2º ESO 2 Grupos de Formación Básica 1 Grupo de Integración Social	120

I.E.S. EL MAYORAZGO 4 SESIONES POR GRUPO	2 Grupos de 3º ESO	55
I.E.S. RAFAEL AROZARENA 4 SESIONES POR GRUPO	5 Grupos de 3º ESO 5 Grupos de 1º ESO	270
COLEGIO LA MILAGROSA 6 SESIONES POR GRUPO	2 Grupos de 3º ESO	65
CEO MANUEL DE FALLA 4 SESIONES POR GRUPO	2 Grupos de 2º ESO 2 Grupos de 4º ESO	100
COLEGIO SALESIANOS	3 Grupos de 6º Primaria 3 Grupos de 3º ESO	190
TOTAL	GRUPOS 34	900 ALUMNOS/AS

CHARLAS DROGODEPENDENCIAS Y NUEVAS ADICCIONES DIRIGIDA A PADRES Y MADRES, CICLOS SUPERIORES...

IES. VILLALBA HERVÁS	20
CEO. MANUEL DE FALLA 2 SESIONES	25
IES. MAYORAZGO	15
ESCUELA DE PADRES/MADRES CASCO (EN LA CASA DE JUVENTUD)	30
CHARLA AL CICLO SUPERIOR DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL	25
TOTAL	115

(CURSOS ORGANIZADOS POR OFICINA DE PREVENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS)

CURSO	Nº DE PARTICIPANTES
CURSO DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS (IMPARTIDO POR LA EMPRESA COMPLA)	25
CURSO DE ALÉRGENOS ALIMENTARIOS (IMPARTIDO POR LA EMPRESA COMPLA)	25
MONITOR DEPORTIVO (50 HORAS) HOMOLOGADO POR LA ESSCAN IMPARTIDO POR LA EMPRESA FEVORAMA	25
CURSO DIRIGIDO A ENTRENADORES DEPORTIVOS IMPARTIDO POR PROYECTO HOMBRE	25
CURSO DIRIGIDO A TRABAJADORES (ÁMBITO LABORAL) IMPARTIDO POR PROYECTO HOMBRE	20
TOTAL	120

TALLERES, CONCURSOS, ACTIVIDADES, ORGANIZADAS POR LA CONCEJALÍA DE DROGODEPENDENCIAS

TALLERES, CONCURSOS, ACTIVIDADES	Nº DE PARTICIPANTES
SEMANA DE TERAPIAS ALTERNATIVAS (YOGA, PILATES, CHARLAS, ..) POR LA SEMANA DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD	150
10ª EDICIÓN DEL CONCURSO ARTE CON ENGANCHE (PINTURA, FOTOGRAFÍA Y ESCULTURA)	30
PEDALEANDO POR LA VILLA (FIESTA DE LA BICICLETA)	250
5ª EDICIÓN CARRERA SOLIDARIA (X TI, X ELLOS)	500
TERCER PASEO CANINO SOLIDARIO	400
CAMINATA EN FAMILIA (ZONA DE ANAGA)	50
ACTIVIDADES DEPORTIVAS ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN LA CASA DE JUVENTUD (MONITOR MARCOS)	60
TALLER DE PILATES (IMPARTIDO POR ÁLVARO)	15
TALLER DE COCINA IMPARTIDO POR EL COCINERO SEVE DÍAZ	25
TOTAL	1480

PERSONAS O FAMILIARES QUE SE HAN ATENDIDO POR ALGÚN PROBLEMA DE ADICCIÓN A ALGUNA SUSTANCIA, QUE SE HAN DERIVADO O ACOMPAÑADO A OTROS RECURSOS (UAD, PROYECTO HOMBRE, PROGRAMA NOVA)

♂: Hombre 70 ♀: Mujer 41

De los varones atendidos menores de edad son 18 .

De las mujeres atendidas menores de edad son 4.

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

ÁMBITO EDUCATIVO

- Centros educativos (públicos y privados)
- Profesionales del ámbito educativo.

ÁMBITO FAMILIAR. Intervenciones dirigidas a:

- Padres, madres y tutores de menores.

ÁMBITO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE. Intervenciones dirigidas a:

- La educación no formal.
- Locales de ocio nocturno.
- Programación cultural de ocio juvenil.

ÁMBITO LABORAL. Intervenciones dirigidas a:

- Empresas.
- Centros de formación ocupacional.

ÁMBITO COMUNITARIO. Intervenciones dirigidas a:

- Entidades deportivas.
- Entidades culturales.
- Comisiones de fiestas.
- Asociaciones de vecinos y vecinas.

ÁMBITO DE LA SALUD. Intervenciones dirigidas a:

- Farmacias.
- Centros de atención primaria.
- Centros de atención a las drogodependencias.
- Centros de salud mental infantil y juvenil.
- Centros de salud mental de adultos.

ÁMBITO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

- Radio.
- Televisión.
- Prensa local y comarcal.
- Medios de comunicación digitales.

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EN COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE RIESGO

Fuente: SPOTT-CENTRO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS (2012)

Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias. Barcelona: Diputació Barcelona.

ESTRUCTURA DEL PLAN

Disminuir en la mayor medida posible el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales, y en consecuencia los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

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

EI EJE 1, PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD, pretende impulsar la promoción de la salud y fomentar entornos, actitudes y conductas saludables. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

EI EJE 2, REDUCCIÓN DE LA OFERTA, tiene como objetivo general limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Por su parte el EJE 3, ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIOSANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL, persigue como fin minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas y consumos problemáticos y, a través de la red sanitaria y de servicios sociales, dar respuesta continuada, coordinada y eficaz a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

Respecto a las áreas transversales, el **EJE 4, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN**, pretende avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Mientras el **EJE 5, LIDERAZGO Y COORDINACIÓN**, busca seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.

EJE 1: PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

1. Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud en las intervenciones llevadas a cabo con los diferentes sectores sociales e interinstitucionales que trabajan en materia de adicciones.
2. Promover la participación de la comunidad en redes locales para identificar factores generadores de salud y bienestar que ayuden a evitar conductas adictivas, con especial énfasis en los grupos sociales más vulnerables.
3. Impulsar los programas de promoción de la salud y prevención universal de las adicciones en los ámbitos familiar, escolar, de ocio y diversión y comunitario. En concreto:
 - Generar recursos didácticos y herramientas específicas de promoción de la salud y prevención universal dirigidos a la comunidad educativa.
 - Elaborar recursos didácticos y herramientas de promoción de la salud y prevención universal para su aplicación en educación no reglada y no formal.
 - Impulsar actuaciones que proporcionen a menores y jóvenes capacidades, habilidades y herramientas que favorezcan la adopción de conductas saludables.
 - Fomentar el desarrollo de iniciativas de ocio alternativo y saludable para personas jóvenes (fuera del horario escolar).
 - Apoyar los programas ya existentes de promoción de la actividad física y del deporte.
 - Apoyar programas de promoción de la salud y prevención de adicciones en el ámbito laboral.
4. Potenciar desde el currículo educativo el desarrollo de factores generadores de salud y de protección de las adicciones.
5. Desarrollar acciones de sensibilización y concienciación sobre el impacto de las adicciones en la salud y calidad de vida de las personas y su entorno. En concreto:
 - Campañas y demás acciones de sensibilización poblacional sobre sustancias concretas y adicciones comportamentales, con especial énfasis en los perjuicios de aquellas sustancias que como el alcohol tienen mayor aceptabilidad social y de las adicciones que afectan a la población joven.
 - Actividades dirigidas a profesionales, en especial de la educación y la comunicación.
 - Diseño e implementación de estrategias de comunicación en redes sociales.
6. Desarrollar las intervenciones evitando considerar a la población como un todo homogéneo, donde domine la visión masculina, de forma que incorporen la perspectiva de género atendiendo a las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres que originan en cada caso las adicciones.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

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

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

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

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

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

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

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

16. Desarrollar programa Menores y Alcohol.

17. Desarrollar un programa específico sobre sensibilización en el uso del cigarrillo electrónico y los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina.

EJE 2: REDUCCIÓN DE LA OFERTA

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

1. Reforzar las intervenciones en relación con la reducción de oferta y el consumo contempladas en la normativa sobre adicciones, a través de una mejor coordinación entre los agentes implicados.

2. Desarrollar programas de reducción y control de la oferta dirigidos tanto a la hostelería como a otros espacios, eventos y puntos de consumo y venta, potenciando el autocontrol y la responsabilidad en la promoción y dispensación teniendo en cuenta, desde una perspectiva de género, la incorporación creciente de las mujeres adolescentes.

3. Protocolizar los procedimientos existentes en el ejercicio de la competencia inspectora y sancionadora en materia de tabaco, cigarrillos electrónicos y alcohol.

4. Mantener y, en su caso, mejorar el actual sistema de control y registro sobre la dispensación y el comercio ilícito de medicamentos psicotrópicos.

5. Potenciar las medidas alternativas a las sanciones -tanto en el caso de sustancias legales como en el de las ilegales- para fomentar la responsabilización de los propios actos

OBJETIVO

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

ACCIONES

6. Reforzar las intervenciones sobre drogas ilegales y organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala, fomentando una mayor colaboración entre las Fuerzas de Seguridad.

7. Potenciar el sistema de vigilancia y alerta temprana.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

EJE 3: ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

1. Ofrecer el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde la perspectiva de equidad socioeconómica y de género.
2. Identificar áreas de mejora en la atención a colectivos específicos o más vulnerables: estudiar sus necesidades específicas, mejorar los recursos de detección y tratamiento y potenciar la coordinación entre servicios sociales, servicios de atención primaria y salud mental. En concreto, se atenderá de forma específica a:
 - Personas con patología dual y multipatologías
 - Mujeres que, debido a una mayor presión para asumir sus responsabilidades familiares y una mayor estigmatización social, encuentran más barreras que los hombres para incorporarse al tratamiento y tienen peor evolución
 - Personas menores de edad con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas
 - Personas mayores de 65 años con problemas de adicciones o en riesgo de padecerlas
3. Consolidar los programas de desintoxicación y deshabituación existentes.
4. Colaborar con la coordinación de las intervenciones de prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento del consumo de alcohol.
5. Desarrollar iniciativas de detección, asistencia y tratamiento para personas con problemas asociados al consumo del cannabis.
6. Reforzar las iniciativas de atención integral y tratamiento y abordaje desde los servicios públicos a personas con problemas de juego patológico, uso adictivo de tecnologías digitales y otras conductas susceptibles de generar adicción.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

8. Revisar los criterios de acceso a los recursos y programas existentes, favoreciendo una mayor sensibilidad hacia los problemas relacionados con las adicciones.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

EJE 4: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

1. Continuar con la monitorización, con perspectiva de género, de la prevalencia y pautas de consumo de diferentes sustancias adictivas, así como de la situación de las adicciones comportamentales y otras problemáticas emergentes en la población, mediante encuestas.

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

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

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

6. Establecer canales para la difusión de información y conocimiento relevante en materia de adicciones:

- Estrategia de comunicación en redes sociales
- Colaboración en la edición de publicaciones y en la organización de actividades formativas de carácter general

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

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

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

EJE 5: LIDERAZGO Y COORDINACIÓN

OBJETIVO GENERAL: Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito de las adicciones.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

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

3. Desarrollar proyectos de prevención en coherencia con el presente plan y fomentando la participación comunitaria y el trabajo intersectorial.

OBJETIVO

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

ACCIONES

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

5. Impulsar las actividades desarrolladas fomentando la colaboración entre diferentes agentes e instituciones.

6. Mantener la coordinación con el Plan Canario sobre Drogas y con otras estructuras de ámbito estatal.

TEMPORALIZACIÓN

El Plan Municipal de Drogodependencias y Adicciones de La Orotava tendrá una vigencia de cuatro años, que se iniciará en la fecha de su aprobación por el Pleno Municipal.

EVALUACIÓN

Siguiendo las propuestas de la “Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020”, en este Plan de Adicciones, la evaluación constituye un instrumento imprescindible de análisis de la organización y de la eficacia de las intervenciones, que permite valorar los resultados y efectos alcanzados, facilitando la alineación de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y organizacionales en la consecución de sus objetivos, fortaleciendo así un modelo integrado de intervención referente a nivel europeo.

El Plan contempla la evaluación como una estrategia global, que da cobertura a todas las actuaciones que se desarrollan en los diferentes ámbitos (prevención, asistencia y reinserción), teniendo en cuenta, asimismo, las líneas estratégicas que lo orientan, entre ellas la atención prioritaria a los colectivos más vulnerables, la perspectiva de género y la de multiculturalidad, con las dificultades y particularidades inherentes a cada una de ellas. Se basará en instrumentos y criterios metodológicamente adecuados que permitan la comparabilidad con otros.

El sistema de evaluación propuesto en este Plan considera que la excelencia de las intervenciones, cuyos resultados queremos conocer, no es sólo una cuestión de proceso y resultado, sino que debe incluir, como parte importante del mismo, a los receptores de nuestras actividades, tanto a los usuarios/as directos como a la comunidad, ya que la idea de excelencia implica a todos.

La legitimación de nuestra intervención estará refrendada en la medida en que consigamos que los usuarios/as perciban los recursos y actuaciones a ellos dirigidos como necesarios, adecuados e implementados de forma que garantice su propia valoración sobre los mismos.

La evaluación, así entendida, supone un potente instrumento de planificación que aporta información sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos, su realización y su impacto, que fundamenta la toma de decisiones, siendo útil para realizar las correcciones necesarias en el desarrollo de las actuaciones en el periodo de vigencia del Plan y para el mantenimiento, o en su caso modificación, de los objetivos en función de los resultados obtenidos y de las necesidades detectadas en la cambiante realidad del fenómeno de las adicciones y las problemáticas que se le asocian. Asimismo, constituye un campo de interés prioritario para toda administración pública, al generar una cultura de evaluación que contribuye al mejor conocimiento del fenómeno y la toma eficaz de decisiones.

La cultura de la evaluación debe ser vista como parte de un proceso más amplio de institucionalización de esta función, vinculado necesariamente con la modernización y profesionalización de la Administración, la política y la propia sociedad, en busca de la calidad de los servicios. La ciudadanía demanda cada vez más servicios de calidad, información, rendición de cuentas..., promoviendo así la obligación, por parte de las instituciones públicas, de aumentar la transparencia y justificar la razón de ser de sus políticas y programas, lo que ayuda a fortalecer el sistema democrático.

El sistema de evaluación permitirá:

Generar información útil para la mejora del diseño, el proceso y los resultados.

Contribuir al desarrollo organizativo del propio Instituto, al fomentar la capacidad de reflexionar evaluativamente entre todo el personal que interviene en el Plan, asumiendo como propios tanto el proceso de evaluación como los resultados de la misma.

Impulsar la cultura de evaluación en La Orotava, considerando que una organización que mantenga su capacidad de rendir cuentas, de ser transparente en su gestión, de evaluar su quehacer, será capaz de aprender tanto de sus aciertos como de sus errores.

Las acciones propuestas para el seguimiento y evaluación del Plan son:

1. Desarrollo de un plan de actuación que incluye objetivos, actuaciones, acciones de mejora y metas para cada periodo, evaluándose su cumplimiento.

2. Se evaluará la evolución del cumplimiento de las acciones integradas en el Plan Municipal de Adicciones.

3. Seguimiento, revisión y actualización permanente de los sistemas de recogida de información, adaptándolos a las nuevas necesidades.

4. Establecimiento de un sistema periódico de recogida de información de la satisfacción de los usuarios/as y la percepción de los ciudadanos sobre nuestras intervenciones, con el objetivo de integrar la opinión de los mismos. 7. Realización de evaluaciones “ad hoc”, según las necesidades detectadas por la Dirección del Instituto.

BIBLIOGRAFIA.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2018-2020

PLAN DE ACCIÓN DE LA UE EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA 2017-2020

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2016/2017)

Ayuntamiento de La Orotava. (III Plan Municipal de Prevención a las drogodependencias. Área de Servicios Sociales.

Becoña, E. (2002), Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, Universidad de Santiago de Compostela. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan sobre Drogas.

Becoña, E. Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol.

Becoña, E. (2006) Adicción a las Nuevas Tecnologías. Vigo: Nova Galicia Edicions.

Consejo de la Unión Europea. (2004. Estrategia Europea en Materia de Drogas. 2005 - 2012 Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005 – 2012) en línea <http://register.consilium.europa.eu/pdf/es/04/st15/st15074.es04.pdf> [24/01/2011]

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016
<www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf> [24/01/2011] FAD (1997).
Información General para la Prevención de las Drogodependencias. FAD. Madrid

Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. (2009). Incidencia del Consumo de Drogas en la Comunidad Autónoma de Canarias 2007 - 2008. Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias.

Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. (2010). III Plan Canario sobre Drogodependencias 2010 – 2017. Dirección General de Atención a las Drogodependencias.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). Guía sobre drogas. Madrid.

OMS: Glosario de términos de la OMS [en línea] <<http://www.who.int/es/>> [consulta 17/01/2011]

Plan Nacional sobre drogas. 2009. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Madrid.

Presidencia del Gobierno. Boletín Oficial del Estado de 22 de febrero de 1992. ley 1/1992 sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana.

Presidencia del Gobierno. Boletín Oficial de Canarias 28 de julio de 1998. ley 9/1998, de 22 de julio, sobre la Prevención, Asistencia en Inserción Social en materia de Drogodependencias en Canarias.

Presidencia del Gobierno. Boletín Oficial de Canarias 19 de abril de 2007. ley 7/2007, Canaria de Juventud.

Vallés, Á.; Verdú, F.J.; Belda, A. y Tàpia, F. (2009), Aprender a Comunicar “Comunicación es Prevención”. Barcelona: AESED.

Vélaz, C. (coord.); Alonso, C.; Díez, M. y Ferrandis, A.; (2009), Educación y protección de menores en riesgo. Un enfoque comunitario. Barcelona: GRAÓ, de IRIF.

Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). Adicción a las redes sociales y a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. Guía para educadores. Madrid: Pirámide.

Memoria ANTAD 2017.

SPOTT- CENTRO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS (2012). Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias. Barcelona: Diputació Barcelona.

II PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013/2016 AYUNTAMIENTO DE ADEJE.