

# **Plan municipal de prevención en drogodependencias**

**2018-2021**

**Santiago de Compostela**

**UMAD**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
1 . 1 Marco teórico.....	4
1. 2 Factores de risco e de protección para o consumo de drogas.....	10
1 . 3 Marco normativo de referencia.....	14
<b>2. DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES.....</b>	<b>20</b>
2.1 Factores estruturais e sociodemográficos da comunidade de Santiago de Compostela .....	20
2.2 Indicadores e factores asociados do consumo de drogas en mozos e mozas de Santiago de Compostela.....	23
2.3 Perspectiva de xénero.....	31
<b>3. OBXECTIVOS.....</b>	<b>34</b>
3.1 OBXECTIVOS XERAIS.....	34
3.2 OBXECTIVOS OPERACIONAIS.....	34
<b>4. EIXES DE ACCIÓN.....</b>	<b>35</b>
4.1 NIVEIS DE INTERVENCIÓN.....	35
4.2 ÁMBITOS.....	36
4.3 PROGRAMAS.....	37
4.3.1 PREVENCIÓN UNIVERSAL.....	38
4.3.2 PREVENCIÓN SELECTIVA.....	47
4.3.3 PREVENCIÓN INDICADA.....	52
4.3.4 PREVENCIÓN DETERMINADA.....	54
<b>5. PARTICIPACIÓN.....</b>	<b>56</b>
<b>6. RECURSOS.....</b>	<b>59</b>
<b>7. DIFUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>8. AVALIACIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>62</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

A prevención comunitaria do consumo e abuso de drogas é, sen dubida, un labor de todas as persoas que conforman a sociedade compostelá. Dende esta convicción e dende a necesaria contribución de todos os sectores sociais, o Plan municipal de prevención de drogodependencias 2018-2021 que agora presentamos desenvolve unha serie de accións previstas para os próximos catro anos.

Para a súa elaboración tivéronse en conta, por unha banda os estudos sobre consumo de substancias nos/as adolescentes do noso concello e, por outra, as avaliacións das accións desenvolvidas con anterioridade:

- Plan municipal de drogodependencias do Concello de Santiago de Compostela, informado en Comisión de Goberno o 13 de setembro de 1999.
- Plan local de acción na prevención de drogodependencias 2011/2012, aprobado en Xunta de Goberno Local o 28 de novembro de 2011.
- O desenvolvemento continuado dos programas recollidos na Carteira de servizos en materia de prevención do Plan de Galicia sobre drogas, realizados anualmente ao abeiro dos diferentes convenios e subvencións tanto da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia (cofinanciamento de proxectos de prevención de condutas adictivas promovidos por concellos, mancomunidades de concellos ou agrupacións de concellos da Comunidade Autónoma de Galicia), como do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (convocatorias para a concesión de axudas económicas a corporacións locais para o desenvolvemento de programas de prevención de las drogodependencias, con cargo ao fondo de bens comisados por tráfico ilícito de drogas e outros delitos relacionados).

A carteira de servizos da Xunta de Galicia é garantía de calidade xa que só se inclúen nel os programas acreditados polo Comité Técnico de Prevención e responden a criterios que se considera que deben reunir os programas preventivos de evidencia científica ou indicios razoables acerca da súa eficacia e probas da súa efectividade e factibilidade en condicións reais.

## **1 . 1 Marco teórico**

O consumo e abuso de substancias representa unha realidade moi complexa, derivada da relación de múltiples factores e dimensións que interveñen de distinto xeito no seu inicio e mantemento.

Hoxe en día, non existe unha única teoría ou modelo que explique o por que do consumo e/ou abuso das drogas, se non que coexisten diferentes perspectivas teóricas que serven de base para o desenvolvemento de programas. Son múltiples e variados os modelos teóricos que tratan de interpretar e explicar este fenómeno. A sistematización das teorías, a súa operatividade e a avaliación desenvolvida ao longo dos anos, permitiron confirmar moitas delas e, en consecuencia, seleccionar as que son útiles para a comprender este fenómeno e para facilitar a elección dunha estratexia ou marco xeral que guíe a elaboración dos diferentes programas do Plan.

Partimos da premisa de que os principios que deben guiar as accións do Plan dende unha **perspectiva comunitaria, diríxense a** asumir a influencia dos contextos microsociais (a familia, o grupo de amizades, o barrio etc.) na orixe e/ou evolución do fenómeno. Aceptar a necesidade de implicar a comunidade na busca de solucións é de vital importancia á hora de actuar simultaneamente nos diferentes espazos socializadores que lle dan forma á comunidade. Preténdese intervir dende o compromiso conxunto dos e das responsables políticos (que teñen de decidir daren prioridade á prevención, apoiar financeiramente tal opción e favorecer procesos de diálogo e coordinación), das e dos profesionais (dinamizadores de procesos de desenvolvemento comunitario) e da sociedade en xeral (nais e pais, asociacións, policía, axentes de saúde...)

A continuación sinalamos os modelos teóricos que contribúen a explicar o consumo e o abuso de substancias e que mostraron un bo desenvolvemento empírico no deseño dos programas de prevención de drogodependencias. Mantemos que hai que actuar tanto sobre as características individuais (modelo de competencias) como sobre as características interpersoais (modelo biopsicosocial) e características socio-culturais (modelo ecolóxico ou sociocultural).

## **Modelo de competencias<sup>1</sup>**

Este modelo relacionado coa prevención de drogas céntrase na adquisición e mantemento de estilos de vida saudables, que á súa vez se acadan coa dotación e educación en competencias que os sustenten.

Dun modo esquemático enuméranse os criterios e principios básicos deste modelo de competencias:

1. Aséntase na crenza de que os/as nenos/as e adolescentes son competentes para crecer e desenvolverse e, ademais, influír na súa contorna; na crenza da capacidade para aprender e adquirir competencias como estratexia para previr problemas de consumo de drogas. Trataríase de desenvolver intervencións que lles permitan ás persoas a aprendizaxe das competencias necesarias.
2. Baséase nun modelo pedagóxico e educacional cun obxectivo de transmisión de coñecementos e aprendizaxes centrado nas habilidades, destrezas e competencias que constitúen os recursos de toda índole para facer fronte ao problema das drogas (habilidades para relacionarse coa contorna, afrontar dificultades, resistir a presión social e de grupo, procurar información, tomar decisións etc.)
3. Ten a súa orixe nos principios da teoría de aprendizaxe social e utiliza esta teoría para artellar os procedementos de adquisición, incorporación e multiplicación das destrezas, habilidades e competencias necesarias.
4. Neste modelo non se trata de detectar nin explicar os factores que xustifiquen os déficits nin os problemas; trátase máis ben de achegarlles o meirande número posible de habilidades aos individuos, aos grupos e ás comunidades.
5. O desenvolvemento de competencias é un proceso que se reatrealimenta a si mesmo e, polo tanto, constitúe un círculo virtuoso. Unha maior dotación de competencias proporciona maiores probabilidades de afrontar con éxito os problemas e decisións que se lle expoñen á mocidade; isto axuda a construír unha autoestima máis sólida, increméntase a seguridade da persoa en si mesma etc.
6. As intervencións e estratexias de intervención para o desenvolvemento de competencias requiren normalmente a participación e implicación activa da poboación destinataria, normalmente neno/as e adolescentes. O fin último da intervención é deixar en mans do mozo/a e ou neno/a recursos (na forma de competencias), para que actúe e decida saudablemente de forma autónoma e fóra da intervención.

---

1 DIPUTACIÓN DE BARCELONA. Guía para la elaboración de un plan local de prevención en drogodependencias. 2013

7. O modelo **de competencias** recollería, polo tanto, todas as perspectivas teóricas centradas en **promover destrezas ou competencias individuais** para afrontar situacións relacionadas co consumo/abuso de drogas. Dentro deste modelo poderíase falar tamén do desenvolvemento de competencias sociais ou comunitarias.

## **Modelo biopsicosocial<sup>2</sup>**

Non existe un modelo psicolóxico puro que intente explicar o consumo e abuso de drogas, senón que o modelo máis próximo ao psicolóxico puro tense cualificado moi pronto como modelo biopsicosocial para integrar tanto características individuais como compoñentes afectivas ou cognitivas e aspectos da contorna e da situación social. Este modelo sitúase realmente baixo o paraugas da psicoloxía social facendo fincapé nos procesos socializadores das persoas, sobre todo na socialización primaria.

O modelo biopsicosocial achega a perspectiva da importancia do nivel interindividual, é dicir, da interacción social. Neste nivel sinálase, por exemplo, que o consumo de drogas se explica, comprende ou xustifica mellor como resultado das interaccións establecidas coas persoas da nosa propia contorna social.

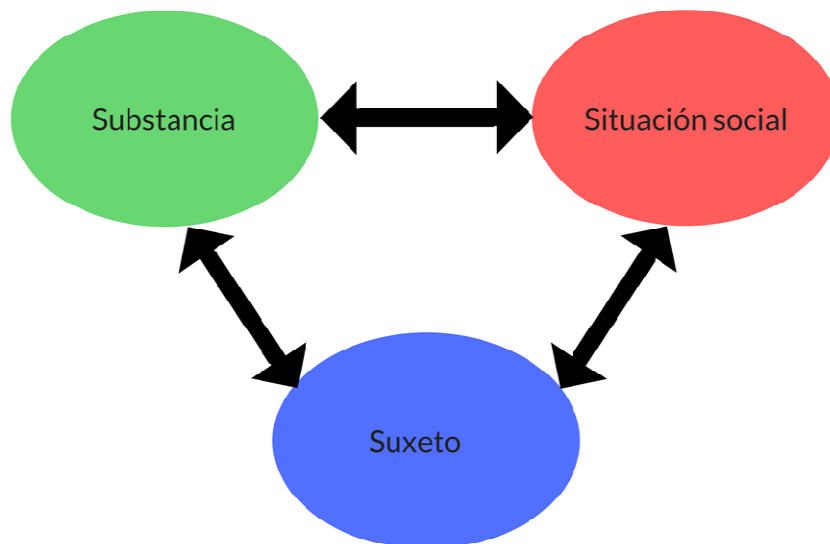
A personalidade e o conxunto de valoracións, crenzas e actitudes dunha persoa xorde durante o proceso de socialización, e serán esta personalidade, valores, crenzas e actitudes as que se amosen en peculiares estilos de vida. Pero os procesos de socialización son basicamente interaccións sociais cos outros, e sobre todo os outros significativos, mediando nesta interacción e socialización os factores ambientais da contorna vital de cada persoa.

Os aspectos claves deste modelo para analizar o consumo e abuso das drogas son tres: a substancia consumida; o suxeito consumidor/a; e a situación social en que ten lugar o consumo.

O modelo biopsicosocial propón que o consumo e abuso de drogas xorde como resultado da interacción entre diversas variables sen que ningunha delas poida ser considerada a causa primaria. Cada unha das variables e/ou factores pode actuar de xeito illado en circunstancias específicas ou en combinación cos restantes elementos implicados.

---

2 DIPUTACIÓN DE BARCELONA. *Guía para la elaboración de un plan local de prevención en drogodependencias*. 2013



- O primeiro aspecto fai referencia á **substancia consumida**. Aquí resultan importantes todos os factores relativos ao tipo de substancia utilizada, ás cantidades consumidas, á frecuencia de consumo e ás vías de administración; todos eles enfocados nos efectos farmacolóxicos das drogas, que son os que desencadean efectos específicos no organismo. Todo isto levaríamos a clasificacións diferenciais das distintas substancias segundo a súa natureza e os seus efectos.

Esta é a vía pola que se toman en consideración estritamente bioquímicos e outros metabólicos relativos ás súas repercusións no funcionamento biolóxico, fisiolóxico e neurolóxico do organismo.

- O segundo dos aspectos fai referencia á variable **suxeito consumidor/a**. Aquí habería que contemplar factores como a personalidade de base do consumidor/a individual de drogas; os diversos compoñentes integrados nas súas esferas cognitiva e afectivo-emocional, tal como a identidade persoal, o autoconcepto ou a autoestima, as actitudes, o *locus* de control e a impulsividade, ou tamén as percepcións, expectativas, intereses, necesidades, emocións, motivacións etc., que poidan estar influíndo na súa conduta.
- No terceiro dos aspectos encontraríase a variable **situación social do consumo**. Aquí recóllense todos aqueles factores contextuais relativos á situación social en que está inmerso a persoa consumidora de drogas: aspectos do medio sociocultural, comunitario e familiar e, dun xeito máis específico como variables clave, as variables sociodemográficas, o conxunto das relacións interpersoais con outros suxeitos e dentro da familia, a escola ou os grupos de referencia; o contido ideolóxico de crenzas, valores, representacións, prexuízos ou símbolos que subxace ao comportamento do individuo ou do grupo etc.

Claramente, o **modelo biopsicosocial** afirma a **importancia das medidas de prevención primaria** fronte ás correspondentes aos niveis secundario e terciario, indistinto na importancia das medidas psicolóxicas, educativas e sociocomunitarias fronte ás especificamente sanitarias e/ou legais.

Entre as numerosas medidas adoptadas dende o modelo biopsicosocial destacan: as accións orientadas ao fomento do apoio e cohesión familiar, a garantía dunhas condicións básicas de vida e desenvolvemento ou a igualdade de oportunidades no acceso á educación, o emprego e a aprendizaxe profesional. Noutras medidas máis específicas, dirixidas ao control dos procesos de influencia social, promóvense entre os individuos ou grupos de maior risco de incidencia o recoñecemento das influencias sociais a que nun momento determinado poden verse expostos, así como a aprendizaxe e adestramento de habilidades específicas que capacitan o individuo para facer fronte, resistir e rexeitar as incitacións ao consumo. Estas medidas específicas tales como adestramentos en asertividade, autocontrol ou habilidades de afrontamento, a promoción da competencia persoal e social a través de accións individuais ou grupais... diríxense a fomentar a autoestima, o autoconcepto positivo, o logro e o funcionamento do individuo ou do grupo en determinadas habilidades cognitivas compartimentais, para dotar a persoa e a familia dun sentido de pertinencia de control sobre os seus destinos e de acceso á oportunidade.

Como pode verse, este modelo conflúe en moitas das súas aplicacións concretas á prevención de drogas coas medidas derivadas do modelo de competencias.

### **Modelo ecolóxico ou modelo sociocultural<sup>3</sup>**

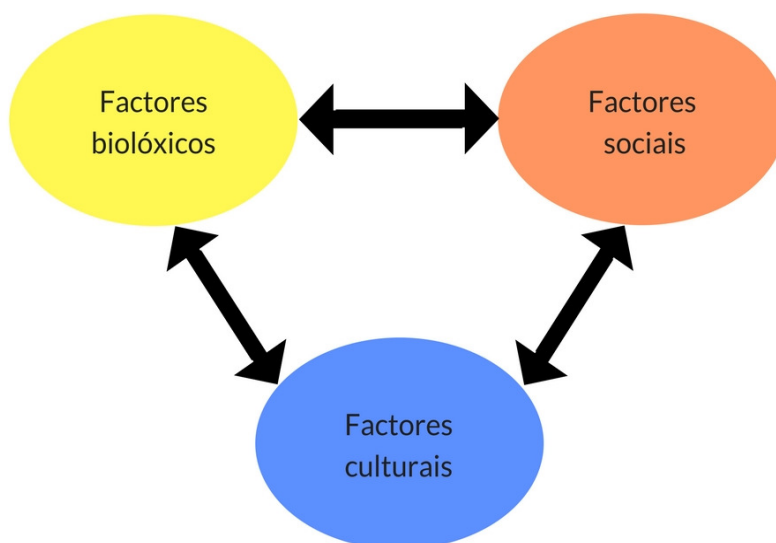
Este modelo expón un marco conceptual máis amplo que trata de ofrecer unha comprensión sociolóxica e antropolóxica da conduta cultural e as normas sociais en relación co consumo de drogas.

O modelo ecolóxico ou sociocultural considera a conduta humana como o resultado da interacción entre factores biolóxicos, sociais e culturais, para recoñecer, ata certo punto, a existencia dunha base biolóxica na explicación do comportamento.

---

3 DIPUTACIÓN DE BARCELONA. *Guía para la elaboración de un plan local de prevención en drogodependencias*. 2013





O elemento biolóxico xustifica o recoñecemento dunha certa susceptibilidade individual á drogodependencia que remite directamente ao concepto de “sensibilización” como oposto ao de “tolerancia”. Algúns estudos teñen amosado como adoita haber antecedentes familiares en caso de drogodependentes e para certas substancias.

Paro a base do modelo é a parte cultural e social, ao sinalar a influencia da contorna sobre a conduta do individuo. As normas e regras establecidas pola sociedade condicionan, e nalgúns casos peculiares chegan a determinar, o uso de drogas. Por outra banda, os patróns culturais tamén son elementos reguladores do uso de determinados tipos de substancias dispoñendo e impoñendo certos mecanismos, nuns casos de control e noutros favorecedores do consumo.

Dende o punto de vista da prevención primaria, no **modelo ecolóxico ou sociocultural** as **intervencións** deben ir **dirixidas** maioritariamente **ao conxunto da sociedade**, globalmente considerada, faise fincapé na redefinición do uso de drogas.

Por todo isto, dende este modelo, se non se cambian as estruturas sociais e culturais que dan soporte ao uso das drogas, dificilmente se producirán cambios reais e se facilitará a prevención do uso e abuso das drogas. Propíciense así a nivel operativo actuacións específicas para cambiar as pautas culturais de consumo utilizando intervencións educacionais, medidas legislativas e de control social e promovendo en última instancia o cambio cultural e a modificación das normas sociais que apoian ou regulan o consumo de determinadas substancias.

**Os tres modelos son complementarios** e recollen a a maioría das bases teóricas que na actualidade sustentan os programas de prevención que se están a

desenvolver. Os programas, proxectos e accións concretas que cómpre desenvolver neste plan teñen como marco esta estratexia de prevención.

## **1.2. Factores de risco e protección para o consumo de drogas**

No intre de seleccionar un programa de prevención unha das cuestións que cómpre en conta é coñecer os factores de risco, entendidos como aqueles “atributos e/ou características individuais, situacionais e/ou ambientais que incrementan a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas (inicio) ou unha transición no nivel de implicación con elas (mantemento)” (Clayton, 1992). Refírese así a aqueles elementos ou circunstancias que aumentan a probabilidade de que un individuo se inicie e/ou manteña nunha adicción.

E tamén se considera fundamental ter presentes os factores de protección, que son os que están asociados a unha redución de probabilidade de uso de substancias: “atributos e/ou características individuais, situacionais e/ou ambientais que inhiben, reducen ou atenúan a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou a transición no nivel de implicación con elas” (Clayton, 1992).

Non existe unha causalidade directa entre os factores de risco e a adicción, pero si se constata que teñen unha alta probabilidade de asociación con ela, é dicir, a súa presenza aumenta as posibilidades de que se produza o consumo. De igual forma, os factores de protección reducen a probabilidade do consumo, de xeito que os programas de prevención intentan potenciar estes factores.

Agruparemos os factores de risco e protección en tres grandes grupos:

### **1. Familiares**

A familia é un espazo clave no desenvolvemento dos individuos, pois é o primeiro espazo de socialización e ten un papel moi importante na prevención do consumo de drogas, tanto para tentar reducir os factores de risco como para potenciar os de protección. Existen diferentes aspectos do funcionamento familiar que é preciso ter en conta como protectores ou favorecedores de consumo de substancias.

Segundo diferentes investigacións, os seguintes factores considéranse de risco: o consumo de alcol e drogas por parte dos pais e nais e/ou as actitudes favorables ao consumo por parte deles, unha baixa disciplina e supervisión parental, o conflito familiar, unha historia familiar de conduta antisocial e/ou actitudes parentais favorables a ela e as baixas expectativas para os nenos e nenas ou para o seu éxito.

A pesar de que se ten suxerido que os factores de risco en ocasións son distintos aos de protección, no caso dos factores familiares é claro que o polo oposto dos de risco son os de protección. Protexen as persoas de non consumir drogas, de non implicarse noutras condutas problema e de acadar unha estabilidade emocional e axeitado desenvolvemento para pasar da nenez á adolescencia e á adulthood de xeito adaptado.

Considéranse factores de protección familiar a existencia de apego familiar seguro cos adultos, a presenza de adultos dispoñibles que acompañen no crecemento e cos que establecer unha relación positiva e significativa no tempo, dispor de oportunidades para implicarse na familia e dispoñer de responsabilidades nela, ter uns proxenitores con altas expectativas de logro respecto dos seus fillos e fillas, que a familia teña crenzas e valores de promoción de hábitos de vida saudables, claros estándares de conduta e unha dinámica familiar positiva (comunicación fluída e supervisión e disciplina axeitadas).

## **2. Ambientais**

Trátase de como inflúen de forma decisiva nas condutas relacionadas co consumo de drogas aspectos relativos á estrutura e funcionamento da comunidade, e as relacións e actividades ou experiencias que o individuo ten nas súas contornas máis próximas: o grupo de iguais e a escola.

Destacan como factores de risco **comunitarios**, aspectos como pertenza a unha comunidade caracterizada pola privación económica e social e/ou desorganizada (situación de risco de exclusión social), experimentar frecuentemente cambios e mobilidade de lugar, que as crenzas, normas e leis da comunidade de referencia sexan favorables cara ao consumo de drogas e facilidade en canto a dispoñibilidade e accesibilidade ás drogas.

Pola contra, pese a que as investigacións se centran máis nos factores de risco que nos de protección, as seguintes características da comunidade preséntanse como

factores de protección: o acceso a un sistema de apoio externo positivo (recursos formais e informais), dispor de oportunidades para participar como un membro activo da comunidade e que nela existan redes sociais e sistemas de apoio así como crenzas, normas e estándares de conduta contra o uso de substancias ademais de pouca accesibilidade e dispoñibilidade de drogas.

En canto ao **grupo de iguais**, na adolescencia o grupo de amigos e amigas exerce unha influencia de primeira orde. A medida que a familia pasa a un segundo plano, gañan peso os iguais e os seguintes aspectos actúan como factores de risco: pertenza a un grupo onde se consomen drogas e/ou se teñen actitudes favorables ao consumo, presenza de condutas antisociais ou delincuencia temperá e sufrir rexeitamento por parte dos iguais. En ocasións, o consumo de drogas pode ter un papel cohesionador do grupo e proporcionar un sentido de pertenza e identidade grupal.

Pola contra, reducirán a probabilidade de consumo os seguintes factores de protección que poden funcionar independentemente dos de risco antes mencionados. Un deles especialmente importante é establecer relacións de apego con iguais non consumidores, isto relciónase con que ter amigos íntimos con condutas normalizadas que teñen actitudes e metas semellantes ás dun mesmo, facilita unha maior estabilidade e apoio emocional. Tamén se considera a participación co grupo de iguais en actividades de ocio saudable e ter acceso a recursos e equipamentos de tempo libre e unha actitude grupal negativa cara ao consumo de drogas.

No relativo ao ámbito **escolar**, diferentes estudos indican que son factores de risco o baixo apego coa escola, sentíndoa como un espazo de insatisfacción, o baixo rendemento académico e o absentismo escolar que poden conducir ao fracaso escolar, o tipo e tamaño da escola (como posible influencia na motivación do profesorado e no control que se exerce sobre o alumnado así como os conflitos que se dan nela), a presenza de condutas conflitivas na aula e no centro e os problemas de relación co profesorado.

E como protección actúan factores, e de xeito esencial, como unha escola de calidade, cando a escola funciona ben, cunha boa supervisión e seguimento próximo do alumnado, que favorece unha contorna escolar de apoio e proporciona oportunidades para a participación positiva, cando se promove o desenvolvemento integral da persoa e o sentido de pertenza, o apego á escola e á integración axeitada no medio educativo.

### **3. Individuais**

Estes factores fan referencia a aqueles aspectos propios do individuo ou condicións que poden confluír e aumentar a vulnerabilidade dunha persoa respecto da adicción.

Existen diferentes agrupacións dos factores nesta categoría e unha delas agrupa os factores de risco individuais en tres categorías: a bioloxía, a conduta e a personalidade.

Na **bioloxía** inclúense os factores de predisposición do individuo e os factores biolóxicos presentes nos mecanismos de reforzo. Nalgunhas persoas a sensibilidade dos seus mecanismos de recompensa fai que o uso dunha substancia facilite a adquisición dunha dependencia, mentres que outros suxeitos non xeran a adicción. Na bioloxía inclúense factores xenéticos (p. ex. ser fillo de alcohólico/a, biolóxicos (idade e sexo) e constitucionais (dolor ou enfermidade crónica).

Na **conduta** téñense en conta como factores de risco: a conduta antisocial, os problemas de conduta, a psicopatoloxía, os problemas de saúde mental, o consumo temperán de drogas e a agresividade.

Polo que respecta a factores **psicolóxicos e de personalidade** sinalamos as consecuencias de abuso físico, sexual ou emocional, a depresión, as actitudes favorables ao consumo ou cara á conduta antisocial, a ausencia de valores ético-morais e, características de personalidade como a rebeldía, a busca de sensacións e o pobre control de impulsos.

Diferentes autores propoñen varios factores de **protección** individual. Estes abarcan un amplo abano: dende a relixiosidade e espiritualidade, as habilidades para tomar decisións e resolver conflitos, as habilidades sociais, a crenza na propia autoeficacia, as habilidades para adaptarse ao cambio, o pensamento autónomo, crítico e creativo, a capacidade para establecer e manter relacións positivas interpersoais ata a valoración da saúde. Finalmente, habería que indicar que a resiliencia pode ser un factor de protección axeitado naquelas persoas que tiveron problemas importantes na infancia.

### **1 . 3 Marco normativo de referencia**

O plan municipal de prevención 2018-2021 ten como referencia o marco normativo da lexislación europea e internacional en materia de prevención de drogas, o lexislado nesa materia a nivel do Estado, e na Comunidade Autónoma de Galicia e as normativas vixentes a nivel local.

#### **Europeo/internacional:**

A estratexia da Unión Europea sobre a loita contra as drogas (2013-2020) proporciona o marco político xeral e as prioridades da acción da UE nesta área determinadas polos estados membros e e institucións da UE para o período 2013-2020. O marco, o propósito e os obxectivos da estratexia servirán de base para os catro anos de plans de acción consecutivos na loita contra as drogas e recomendacións a nivel europeo.

**Informe europeo sobre drogas.** Tendencias e novidades 2015.

#### **Carta europea do alcol**

A carta europea sobre alcol foi adoptada na Conferencia europea sobre saúde, sociedade e alcol, convocada pola Oficina Rexional para Europa da Organización Mundial da Saúde (OMS) e organizada polo Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais de Francia.

Estratexias para unha Europa libre de tabaco. En novembro de 1988 realizouse a primeira conferencia en Madrid da Unión Europea sobre políticas antitabaco. Nesta conferencia estableceuse a Lei de dereitos para unha vida libre de tabaco e "Dez estratexias de acción para unha Europa libre de tabaco".

#### **Declaración de la carta** sobre a promoción da saúde no século XXI.

Adoptada na cuarta conferencia internacional sobre a promoción da saúde, 21-25 de xullo de 1997. A declaración ofrece unha visión e co punto focal da promoción da saúde cara ao próximo século.

**Estratexia da Unión Europea en materia de loita contra as drogas 2013-2020** adoptada polo Consello Europeo o 17 de decembro de 2004 .

**Estatal:**

**Constitución española.** No seu artigo 43, recoñécese o dereito de toda a cidadanía á protección da saúde, e atribúelles aos poderes públicos a competencia de organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios, así como fomentar a educación sanitaria, a educación física, o deporte e a facilitar o lecer e tempo libre saudables.

**Real decreto 1079/1993**, do 2 de xullo, polo que se regula a remisión de sancións administrativas no ámbito das drogas (desenvolvemento do art. 25 da LO 1/1992 sobre seguridade cidadá).

**Lei orgánica 1/1996**, do 15 de xaneiro, de protección xurídica dos menores.

**Lei orgánica 17/2003**, do 29 de maio, pola que se regula o fondo de activos incautados por tráfico ilícito de drogas e outros delitos relacionados.

**Lei 28/2005**, do 26 de decembro, de medidas sanitarias contra o fumar e regular a venda, subministración e consumo publicidade de produtos do tabaco.

**Lei 25/2009**, do 22 de decembro, de modificación de diversas leis para a súa adaptación á lei sobre libre acceso ás actividades de servizos e o seu exercicio (Lei de ómnibus).

Acordo do Consello de Ministros pola que se aproba a estratexia Política de drogas 2009-2016 (publicado no BOE do 13 febreiro de 2009).

**Lei 7/1985**, do 2 de abril, reguladora de bases de réxime local ( ) que, no seu art. 25 define as competencias dos municipios na promoción e desenvolvemento de recursos e instrumentos de apoio social, que son:

- Protección da salubridade pública.
- Seguridade nos lugares públicos.
- Presentación dos servizos sociais e de promoción e reinserción social.
- Actividades ou instalacións culturais e deportivas, ocupación do tempo libre.

**Lei 28/2005**, do 26 de decembro, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo e reguladora da venda, o subministro, o consumo e a publicidade dos produtos do

tabaco. Esta lei adopta novas medidas para limitar a dispoñibilidade e accesibilidade aos produtos do tabaco, restrinxir a súa publicidade e promoción, estender os espazos libres de fume e promover actividades educativas, preventivas e asistenciais na materia de tabaquismo. Esta lei modifícase pola lei 42/2010, do 30 de decembro.

Finalmente cómpre nomear e resaltar a **Estratexia nacional sobre adiccións 2017-2024** aprobada no Consello de Ministros o 9 de febreiro de 2018.

Na actualidade, segundo a avaliación da Estratexia nacional sobre drogas 2009-2016, a prevención en España ten unha orientación basicamente centrada nas persoas. Cómpre equilibrar esta situación con outras estratexias dirixidas a reducir os factores de risco e promover os de protección nos diferentes contextos. Ademais disto, é necesario aumentar o alcance dos programas preventivos, para garantir a cobertura universal daqueles avalados por la evidencia.

A ENA 2017 – 2024 desenvolve os seus obxectivos dende o enfoque dunha intervención preventiva de carácter universal, selectivo ou indicado, e unha intervención para reducir do risco (cando esta xa está presente).

Ten como obxectivos estratéxicos:

- Reducir a presenza e promoción das drogas e doutras condutas susceptibles de xerar adicción.
- Limitar a accesibilidade dos/das menores ás drogas e a outras condutas susceptibles de adicción.
- Promover unha conciencia social de riscos e danos provocados polas drogas e adiccións, aumentar a percepción do risco asociado ao consumo e a determinadas condutas aditivas (xogo, TICs) e contar coa participación cidadá para este propósito.
- Reducir a inxustificada percepción na sociedade, e especialmente en menores, sobre a “normalidade” dos consumos de drogas, fundamentalmente de cánnabis e de alcol.
- Desenvolver habilidades e capacidades persoais que reduzan a vulnerabilidade fronte aos consumos de drogas e outras condutas susceptibles de provocar adición.
- Promover condutas e hábitos de vida saudables, o uso saudable das novas tecnoloxías e alternativas de ocio sans, incompatibles co abuso de substancias e outras condutas aditivas.



- Detectar precozmente ou prever os consumos de maior risco (consumo por parte de menores, embarazadas, durante a condución de vehículos...).

En canto aos contextos de actuación, as intervencións preventivas pódense desenvolver en diferentes ámbitos, tales como a comunidade educativa, as familias, o lugar de traballo, os medios de comunicación, o sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), as Forzas Armadas (FFAA), hostalería e restauración, os contextos de ocio e a comunidade en xeral. Do mesmo xeito, a regulación e a normativa relacionada coas drogas e outras condutas aditivas xogan un papel fundamental na prevención das condutas de risco e a promoción de condutas saudables.

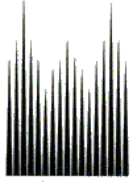
Débase incorporar a prevención ambiental, principalmente, en espazos de ocio comunitario (festas locais) e de música e baile (festivais musicais, festas multitudinarias públicas ou privadas) sen esquecer outros contextos de actuación onde sexa indicada. Ademais, cómpre complementala con accións comunitarias de prevención no ámbito local para reducir os problemas asociados ao consumo de alcol, especialmente en menores.

**Lei orgánica 4/2015**, do 30 de marzo, que regula a remisión de sancións administrativas en materia de drogas.

### **Autonómico:**

No referente á Comunidade Autónoma de Galicia faranse catro mencións de diferente índole: dúas leis autonómicas, o plan de trastornos aditivos de Galicia e un decreto.

**Lei 2/1996**, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, que se divide en catro títulos principais. O título I recolle as premisas prioritarias que terán que orientar a promoción da saúde e do benestar social. No título II recóllense as normas tendentes a reducir a oferta, facendo fincapé nas medidas de control e limitativas de publicidade. O título III, “Da organización e a participación social”, abrangue a atribución das competencias da Administración autonómica. Por último, o título IV (da función inspectora e o réxime sancionador) establece un réxime de inspección e vixilancia que pretende velar polo estrito cumprimento do establecido no resto do texto.



## CONCELLO DE SANTIAGO

**Lei 11/2010**, do 17 de decembro, de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade. Este texto legal consta de 39 artigos distribuídos nun título preliminar e tres títulos. O título preliminar contén o relativo ao obxecto e ámbito da norma, e as definicións legais. O título I dedícase á prevención do consumo de alcol en menores de idade. O título II refírese aos instrumentos de intervención para garantir as actuacións en materia de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade. Por último, o título III contén as previsións relativas á planificación, así como a coordinación e participación social, que inclúen aspectos como a determinación dos distintos niveis, competencias ou o papel das organizacións non gobernamentais e entidades sociais na materia que nos ocupa.

**Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016**, este é un instrumento estratéxico mediante o cal se planifican e ordenan o conxunto de actuacións que durante o período 2011-2016 pretende promover a Xunta de Galicia, en colaboración con outras administracións e institucións públicas e privadas para abordar os múltiples problemas asociados ao uso e abuso de drogas e outras adiccións.

**Decreto 88/2014**, do 3 de xullo, polo que se regula o sistema de substitución de sancións impostas por incumprimento da Lei 11/2010, do 17 de decembro, de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade e se establecen os criterios básicos dos programas preventivos que dela derivan.

### **Municipal:**

Finalmente, a nivel municipal, en Santiago de Compostela atópase a Ordenanza de convivencia, residuos e limpeza varia de Santiago de Compostela. Aprobouse por **Acordo do Pleno da Corporación o día 28 de decembro de 2006**. (Publicada no BOP da Coruña o 17 de febreiro de 2007). Modificouse por Acordo do Pleno da Corporación o día 23 de decembro de 2008 (BOP da Coruña do 17 de abril de 2009).

Farase mención a tres artigos que se relacionan co Plan municipal de prevención de drogas:

#### **-Artigo 67- Consumo de bebidas na vía pública**

1. Queda prohibido o consumo de bebidas na vía pública cando poida alterar gravemente a convivencia cidadá. Para estes efectos, prodúcese alteración cando concorran as circunstancias seguintes:

- a) Cando pola morfoloxía ou a natureza do lugar público, o consumo poida facerse de forma masiva por grupos de cidadáns/ás ou invite á aglomeración destes.
- b) Cando como consecuencia da acción do consumo se poida deteriorar a tranquilidade do contorno ou provocar nel situacións de insalubridade.

A prohibición á que se refire este apartado quedará sen efecto nos supostos en que o consumo de bebidas teña lugar en establecementos e outros espazos reservados expresamente para esa finalidade, como terrazas e veladores, e cando o dito consumo conte coa oportuna autorización que as autoridades competentes poden outorgar en casos puntuais.

2. Sen prexuízo da responsabilidade civil subsidiaria dos pais ou nais, titores ou titoras, gardadores ou gardadoras polas accións dos menores de idade que dependan deles, aqueles serán tamén responsables directos e solidarios das infraccións cometidas por estes, sempre que, pola súa parte, conste dolo, culpa ou negligencia, incluída a simple inobservancia.

3. As bebidas vendidas nun establecemento hostaleiro deberán ser consumidas no interior deste, agás nos supostos previstos no parágrafo primeiro deste artigo.

#### **-Artigo 68.- Réxime de sancións**

A realización das condutas descritas no apartado primeiro e terceiro do artigo anterior será constitutiva de infracción leve e sancionaranse con multa de 100 a 750 euros, en función das molestias producidas e tamén do espazo onde se produzan.

Considerarase circunstancia agravante o consumo no contorno de edificios e conxuntos monumentais e de centros de saúde.

#### **-Artigo 91.- Traballos en beneficio da comunidade**

En función das circunstancias de cada caso, por medio dun procedemento adicional de execución, o infractor/a sancionado/a ou o seu representante legal e o órgano sancionador poden convir de mutuo acordo que, tanto as sancións económicas, como a esixencia do importe dos danos e perdas causados, sexan substituídos por traballos en beneficio da comunidade. Estes traballos serán fixados mediante resolución motivada, con expresión da súa duración e condicións.

Este procedemento adicional de execución será especialmente aplicable ás accións ou omisións constitutivas de actos vandálicos tales como subtraer, incendiar, romper, ou pintar o mobiliario ou os equipamentos urbanos destinados á xestión de residuos ou á limpeza viaria, á realización de pintadas ou inscricións

en calquera elemento ou lugar non autorizados, así como á realización das necesidades fisiolóxicas na vía pública.

## **2. DIAGNOSTICO DE NECESIDADES**

### **2.1 Factores estruturais e sociodemográficos da comunidade de Santiago de Compostela**

Santiago de Compostela é a capital da Comunidade Autónoma de Galicia. O municipio, que abrangue o Centro Histórico, o Ensanche, os barrios dos arredores e un total de 29 parroquias rurais, ten unha extensión de 223 km. cadrados, cunha poboación de dereito que o Padrón municipal estableceu a principios de 2018 en 97.009 habitantes. En canto a poboación nova falamos de 16.405 habitantes entre 6 e 25 anos. Destes 8.260 son varóns e 8.145 son mulleres.

Porén, calcúlase que a poboación de feito é superior aos 120 mil habitantes, dos que máis de 20 mil son estudantes da Universidade.

A cidade foi declarada en 1985 Patrimonio Cultural da Humanidade pola UNESCO, ao considerar que á súa beleza urbana e á súa integridade monumental engadíanse os profundos ecos da súa significación espiritual como santuario apostólico e destino do máis importante movemento relixioso e cultural da Idade Media: a peregrinación polo Camiño de Santiago.

Destaca a súa actividade cultural, turística, universitaria e administrativa. A pesar de non ter un gran tecido industrial é o motor de desenvolvemento económico da comarca.

As principais fontes de recursos económicos da cidade baséanse na Administración autonómica, o Hospital Clínico Universitario e o Hospital Provincial, a Universidade de Santiago de Compostela, o turismo e o sector servizos. Conta con escasa industria, concentrada en dúas áreas: o polígono industrial do Tambre e o polígono da Costa Vella.

Santiago de Compostela está ben comunicada coas outras cidades de Galiza e a península a través dunha rede de autopistas e autovías, pola rede ferroviaria e polo aeroporto da Lavacolla.

En canto a segmentación da poboación nos últimos anos estase producindo un importante envellecemento das persoas residentes, ao tempo que se produce un

rexuvenecemento dos municipios limítrofes. Isto é debido fundamentalmente ao elevado custo da vivenda na cidade.

A vida recreativa en Santiago de Compostela está dividida en dúas zonas claramente diferenciadas: a zona vella e a zona nova.

A zona vella abrangue todo o centro monumental en que se pode diferenciar dous tipos de ambientes segundo o horario.

No ambiente diúrno predominan as cafeterías de tarde e os bares tradicionais de viños, ademais de restaurantes dedicados á comida tradicional. As rúas máis significativas son a rúa do Vilar, Porta Faxeira, praza da Quintana, rúa das Orfas, rúa do Franco e a praza de Mazarelos.

No ambiente nocturno a zona vella de Santiago de Compostela é un dos cascos antigos máis concorridos do país. As rúas onde se atopan a maior parte dos locais de lecer nocturno máis transitados e concorridos da noite de Santiago son: Fonte Sequelo (e arredores), rúa do Franco (e rúa Raíña, a continuación da anterior), a avenida de Figueroa e ruela de Entrecercas, a praza da Quintana, a praza de Cervantes, a zona de Casas Reais, a rúa de Entremuros, rúa da Virxe da Cerca, praza de Abastos, praza de Mazarelos e rúa Nova de Arriba, entre outras.

Dentro da zona nova de Santiago de Compostela tamén encontramos diferenzas entre o ambiente diúrno e o nocturno.

No referido ao ambiente diúrno que se pode atopar na zona nova da cidade cabe comentar a importancia dos establecementos e as cadeas comerciais, ademais doutros servizos como cafeterías e restaurantes que abranguen a carteira de lecer nesta zona.

En canto ao ambiente nocturno, na zona nova podemos destacar locais de primeira hora (frecuentados principalmente por estudantes universitarios e menores de idade) e cafeterías/restaurantes para o almorzo. As rúas máis importantes na noite da zona nova son Alfredo Brañas, República Arxentina, Santiago de Chile, Galerías, Rúa Nova de Abaixo, avenida de Rosalía de Castro, Montero Ríos, Doutor Teixeiro e Pérez Constanti.

Resaltamos pola súa importancia nos ámbitos comentados anteriormente (comercio e hostalería) a praza Roxa como punto de reunión.

Por outra banda, cabe salientar a importancia do parque da Alameda. Ata o ano 2012 realizábanse macro-botellóns (consumo de alcol e outras drogas de forma grupal na rúa onde tamén participaban menores de idade) nas noites de marcha. Actualmente esta práctica está prohibida e penalízase cunha sanción administrativa que se pode trocar por traballos en beneficio da comunidade.

Durante o día, a Alameda é un punto de recreo e de reunión, onde tanto xente nova como maiores gozan dos xardíns, da paisaxe, de paseos e prácticas deportivas.

En canto á poboación nova e os seus hábitos de ocio e tempo de lecer podemos indicar:

- O grupo de idade de 14 a 17 anos (arredor de 2.982 persoas) vive principalmente na propia cidade cos seus pais e nais, carece de ingresos e sae só en ocasións puntuais e datas sinaladas (festividades, vacacións).

O obxectivo das saídas e lúdica e en ocasións asociada a consumo de alcol, tabaco e outras drogas ilegais (con predominio do cánnabis).

É neste rango de idade onde se producen por primeira vez casos de intoxicacións e ingresos en urxencias (en ocasións con comas etílicos), debido á inexperiencia, ao non ter límites coa bebida, ao descoñecemento do que se consome etc.

É tamén a etapa, como xa dixemos anteriormente, en que algúns mozos/as poden comezar a consumir drogas ilegais dentro dun contexto de proba e/ou experimentación.

- O grupo de idade de 18 a 25 (15.000 persoas) está formado maioritariamente polos/as estudantes universitarios/as, que viven sós ou con compañeiros/as de piso de idades similares, e xa contan con certa independencia económica, a pesar de seguir dependendo dos seus proxenitores. Estas persoas xa teñen un maior control sobre o consumo de bebidas alcohólicas e apenas provocan ingresos de urxencia nos hospitais. Desde que se iniciaron as sancións pola práctica do botellón na cidade comprobouse unha diminución moi significativa destas prácticas. Isto supuxo un desprazamento do consumo de alcol a locais de venda (bares, pubs, discotecas) e aos domicilios particulares (con celebración de festas e intervención policial por causarlle molestias ao resto dos veciñanza)

A pesar do maior control que mencionamos deste grupo no referente ao consumo de alcol, cabe comentar que están máis expostos e son máis propensos (maior accesibilidade) ao consumo de drogas ilegais. A droga ilegal que ten máis relevancia entre os estudantes é o cánnabis, seguido en menor medida das drogas de síntese da cocaína.

Actualmente existe unha gran cantidade de locais de diversión de estilos moi variados, dende establecementos populares ata salas de baile.

Na maioría dos establecementos non empregan estratexias ou controis para impedir o consumo de drogas.

Con relación ao consumo de bebidas alcohólicas, a maioría de locais non empregaban ningunha estratexia para a venda do produto como poden ser as “*happy hour*” (rebaixa no prezo de bebidas alcohólicas) ou os 2x1.

No referido ás drogas, os responsables da maioría dos locais negan a existencia do problema no seu negocio, pero na práctica púidose comprobar que o uso de drogas era habitual, e que resulta doado acceder a elas.

Falamos dun contexto, ocio e tempo libre, con aspectos positivos: dinamización cultural e económica, socialización e diversión... Pero tamén con aspectos negativos e de risco como o consumo de drogas e consecuencias derivadas deste: intoxicacións, risco de dependencia, as pelexas, os accidentes de tráfico, prácticas sexuais de risco e o vandalismo e incivismo.

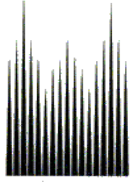
## **2.2 Indicadores e factores asociados do consumo de drogas en mozos e mozas de Santiago de Compostela**

A continuación trataremos de presentar a situación actual con relación ao consumo de drogas dos mozos e mozas de Santiago de Compostela.

O consumo de alcol, tabaco e outras substancias psicoactivas constitúe un dos principais problemas sanitarios en España.

Os datos da última ***Enquisa estatal sobre o uso de drogas en ensinanzas secundarias*** (ESTUDES 2016/2017, Plan nacional sobre drogas 2018) amosan un descenso do nivel de consumo. Aínda así, a prevalencia nos mozos e mozas galegos segue sendo elevada:

- Un 70,6% dos estudantes de 14 a 18 anos consumiron alcol no último ano (60,3 no último mes).
- Un 33,5% fumaron tabaco no último ano (22,6% no último mes).
- O 25,5% recoñeceron ter consumido cánnabis no último ano (15,5% no último mes)



## CONCELLO DE SANTIAGO

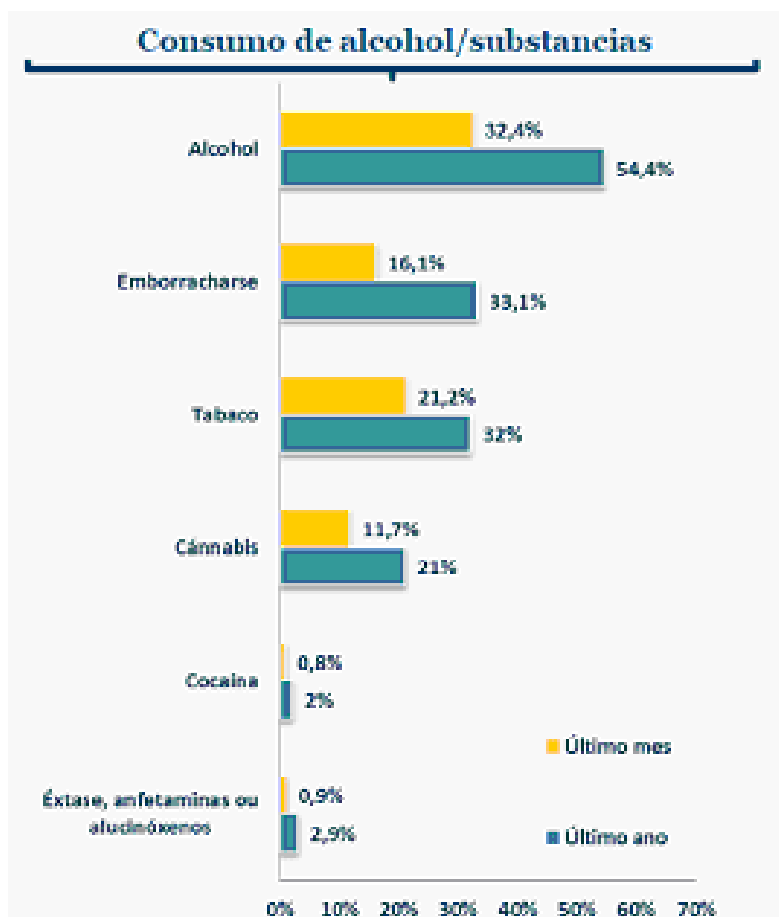
- Un 23,7% de estudantes admite ter probado algunha vez na vida produtos o substancias estimulantes (bebidas enerxéticas, metilfenidato, piracetam, modafinilo, donepezilo, Durvitan Elvanse, Adderall, complexos vitamínicos, produtos que conteñen xinkgo biloba, guaraná, xelea real etc.) consumidos sen receita médica, con fin de mellorar o rendemento no estudo.
- O 17,5% consumiron algunha vez na vida hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos). Un 6,5% admite telos consumido sen receita nese mesmo período.
- O consumo do resto de substancias psicoactivas (cocaína po e/ou base, novas substancias, éxtase, alucinóxenos, anfetaminas/speed, setas, inhalables volátiles, metanfetamina, heroína, esteroides anabolizantes e GHB) están por debaixo dun 3%.

A idade de inicio é un dos indicadores fundamentais que cómpre ter en conta no ámbito da prevención. Con datos de mozos e mozas de Santiago de Compostela do estudo ***Adolescentes, uso problemático da rede e consumo de drogas. Claves e desafíos para unha mellor prevención.*** USC. 2017, a idade de inicio das diferentes substancias é:

- 3,8 anos para o alcol (e 14,7 para a primeira borracheira)
- 14 anos para o tabaco
- 14,9 para o cánnabis
- 15,6 para a cocaína
- 15,8 para drogas de síntese



Na **táboa 1** móstranse os hábitos de consumo de sustancias no último e no último mes.



**Gráfica 1.** Hábitos de consumo no último ano en e no último mes.

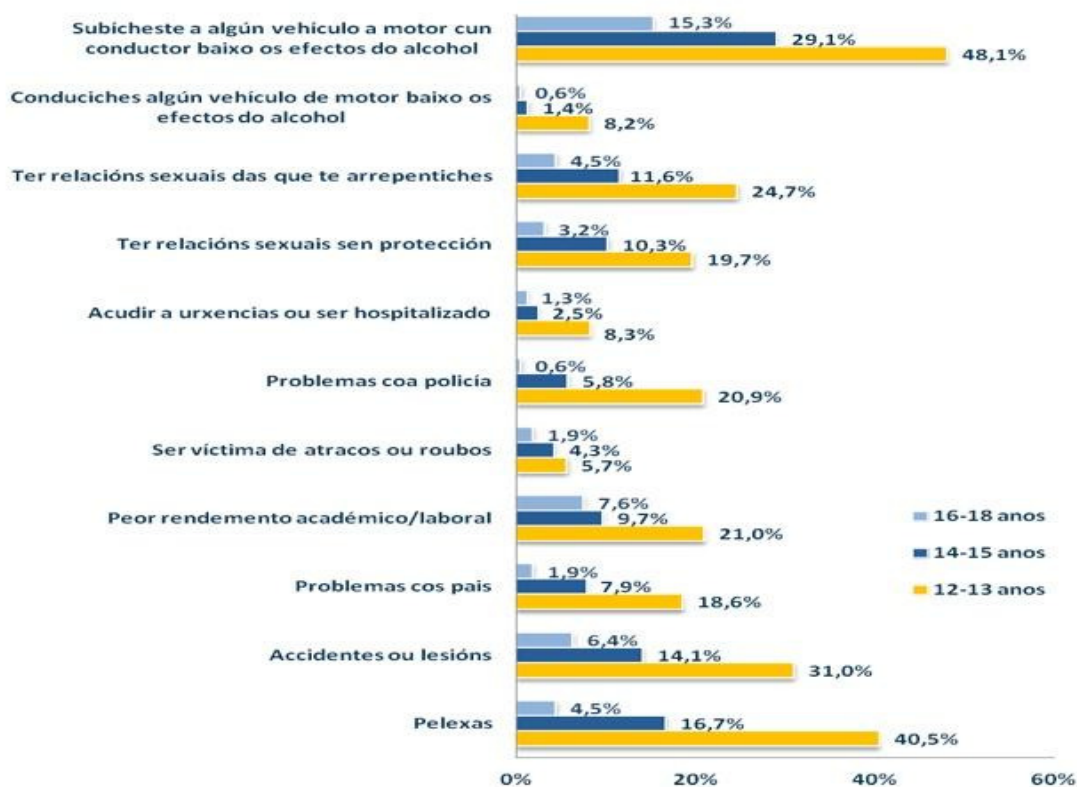
Fonte: Adolescentes, uso problemático da rede e consumo de drogas. Claves e desafíos para unha mellor prevención. USC. 2017.

A razóns polas que abordar a prevención co obxectivo de atrasar a idade de inicio teñen que ver con:

- O efecto de “porta de entrada” do alcol a outras drogas.
- A maior probabilidade de sufrir danos cerebrais e consecuencias no ámbito cognitivo.
- O maior risco de ter consumos abusivos, desenvolver unha adicción e/ou un trastorno mental.

- Maior probabilidade de verse implicado en problemas e prácticas de risco: pelexas e actos de violencia, peor rendemento académico, prácticas sexuais de risco e /ou accidentes de tráfico

Na seguinte gráfica indícase a porcentaxe de ocorrencia de diferentes problemas e situacións de risco en función da idade de inicio no consumo de drogas.



**Gráfica 2.** Porcentaxe de ocorrencia de diferentes problemas e situacións de risco en función da idade de inicio no consumo de drogas.

Fonte: Adolescentes, uso problemático da rede e consumo de drogas. Claves e desafíos para unha mellor prevención. USC. 2017.

Os resultados do estudo **Adolescentes, uso problemático da rede e consumo de drogas. Claves e desafíos para unha mellor prevención.** USC. 2017, tamén nos indica que a brecha de xénero en canto ao consumo de diferentes substancias diminuíu. Incluso se inverteu no caso do alcol e tabaco. Por iso é preciso ter en conta as diferenzas e peculiaridades nas motivacións para consumir drogas, así como nos patróns de consumo e nos efectos e consecuencias derivadas deste.

A idade de inicio de consumo de drogas establécese nunha pinza arredor dos 13 a 15 anos. Isto supón que o labor preventivo debe comezar antes de que os mozos e mozas accedan á educación secundaria. Este labor ten que incidir especificamente sobre as substancias de inicio como son: alcol, tabaco e cánnabis.

Atendendo aos datos da poboación galega da *Enquisa estatal sobre o uso de drogas en ensinanzas secundarias* (ESTUDES 2016/2017, Plan nacional sobre drogas 2018) sobre o consumo por substancias alumnos/as de 14 a 18 anos:

#### Alcol:

- Un 42,2% do alumnado informa terse emborrachado (intoxicación etílica) algunha vez na vida, un 36,1% nos últimos 12 meses e un 16,6% durante os 30 días previos á realización da enquisa. A media de idade da primeira borracheira sitúase nos 15,1 anos.
- En canto ao “binge drinking” (BD), enchenta ou consumo intensivo de alcol (CIA), beber gran cantidade de alcol en pouco tempo (6 ou máis copas por ocasión de consumo nun intervalo non superior a 2 horas), un 24,7% recoñeceu ter realizado esta práctica no último mes.
- Un 32,8% do alumnado que consumiu alcol conseguiu directamente nos últimos 30 días. Un 27,3% conseguiu a través de persoas maiores de idade. Os lugares onde se adquiriu foron maioritariamente: bares, pubs, discotecas e supermercados.
- Un 45,7% do alumnado refire ter realizado “botellón” no últimos 12 meses.

#### Tabaco:

- A prevalencia do consumo de tabaco algunha vez na vida é do 33,5%, no último ano do 31,1%, nos últimos 30 días 22,6% e diario do 6%.
- A visibilidade e normalización do consumo é un aspecto relevante. Un 45,4% do alumnado convive con algunha persoa que fuma a diario.
- Un 42,9% dos estudantes afirman ter visto fumar a profesores/as dentro do recinto escolar. Un 58,4% confirman ter visto a outros alumnos fumando dentro do recinto escolar.

#### Bebidas enerxéticas:

- Un 33,6% do estudiantado galego consumiu nas nos últimos 30 días.
- Este tipo de consumo é bastante máis elevado entre os mozos: un 42,5% en homes e un 24,8% en mulleres.

Hipnosedantes (con ou sen prescrición médica):

- A idade media de inicio de consumo destas substancias é 13,9 anos.
- Un 17,5% do alumnado informa ter consumido este tipo de substancias algunha vez na súa vida, un 10,8% no último ano e un 5,4% no último mes.
- Aprécianse no seu consumo diferenzas de xénero. Estas substancias foron consumidas no último ano por un 12,6% de mozas e un 9,1% de mozos.
- Por idades, o consumo aumenta desde os 14 anos (7,7%) ata os 16 anos (13,5%, punto máximo), aos 17 anos prodúcese un descenso (10,9%) e volve a incrementarse aos 18 anos (12,3%).

Cánnabis:

- O cánnabis é a substancia psicoactiva ilegal con maior prevalencia entre o estudantado de 14 a 18 anos, observando que 1 de cada 4 alumnos/as galegos/as (25,5%) o consumiron nalgunha ocasión.
- Detéctase diferenzas de xénero en canto o seu consumo. Un 17,8% dos mozos por un 13,4% das mozas o consumiron nos últimos trinta días.
- Con respecto ao tipo de cánnabis, ten máis presenza o haxix en Galiza que no resto do Estado. O consumo de marihuana está menos estendido en Galiza que no resto do Estado. A relevancia deste dato radica na maior concentración de principios activos desta substancia que se atopan no haxix. Isto implica un maior risco derivado deste consumo.

Substancias estimulantes para mellorar o rendemento no estudo:

- O 23,7% dos/as estudantes galegos/as entre 14 e 18 anos afirma ter consumido algunha vez na súa vida substancias estimulantes para mellorar o rendemento no estudo sen que foran receitadas por un médico, sendo máis común entre os mozos (28,4%) que entre as mozas (19,1%).

### **Percepción de risco**

A percepción de risco da idea de en que medida os/as estudantes pensan que unha determinada conduta pode ocasionar problemas. Neste sentido, o risco asociado ao consumo de drogas compórtase como un elemento protector fronte ao consumo e constitúe un freo á hora de que o estudantado pense en consumir este tipo de substancias psicoactivas.

En Galicia, a percepción de risco está xeneralizada entre o alumnado cando se fai referencia ao consumo habitual de substancias como a cocaína en po, a heroína, o éxtase, as anfetaminas ou os alucinóxenos. Así, practicamente a totalidade dos estudantes (máis do 96%) cren que consumir estas drogas una vez por semana ou con máis frecuencia, pode xerar bastantes ou moitos problemas.

Porén, cando se aborda o consumo esporádico, a percepción de risco diminúe. Para esas mesmas substancias, a porcentaxe de estudantes que considera que o seu consumo una vez ao mes ou menos frecuentemente, pode xerar bastantes ou moitos problemas, sitúase entre un 80,1% e un 82,6%.

As substancias que, segundo os mozos e mozas de 14 a 18 anos implican menos problemas, tanto en consumo esporádico como en habitual, son as que se encontran máis estendidas, é dicir, alcol, tabaco, cánnabis e hipnosedantes.

En canto á percepción de risco atopamos diferenzas de xénero tanto no consumo de alcol como no de cánnabis. Cando falamos tanto de consumo habitual como esporádico é menor a percepción de risco dos mozos que a das mozas.

Tamén a percepción de risco varía en función de que o/a estudante sexa ou non consumidor. Así, por exemplo no caso do alcol, un 61,7% do estudantado de Galicia cre que o consumo dunha ou dúas cañas/copas en fin de semana pode causar problemas. Esta porcentaxe redúcese ao 54,9% entre alumnado que bebeu alcol no último mes e diminúe ata o 43,3% entre aqueles que realizaron “binge drinking” ou consumo intensivo de alcol. No caso do tabaco tamén se detecta esta diminución da percepción de risco entre os fumadores. Isto pode implicar a normalización da conduta de consumo.

En xeral obsérvase que a prevalencia de consumo de drogas é máis elevada no alumnado que conta con amigos/as que consomen.

## **Información**

Un 40,4% dos/as estudantes pensan que están suficientemente informados sobre as drogas e un 33,1% que o están perfectamente.

Para aqueles que din estar perfectamente informados, existen bastantes diferenzas segundo o sexo, xa que os mozos se senten mellor informados que as mozas (un 39,8% deles fronte a 28,8% delas)

O 81,8% dos/as estudantes galegos/as indica que no seu centro educativo recibiu información, ou se tratou o tema do consumo de drogas e os efectos e problemas asociados coas diversas substancias. O 71,2% indica que recibiu este tipo de información na contorna familiar.

### **Contexto familiar**

Na contorna familiar e en termos xerais podemos indicar que os/as estudantes que consomen substancias psicoactivas manteñen en menor medida unha boa relación cos seus pais e nais. Ademais, estes amosan un maior descontrol (en termos de normas e de coñecemento das compañías dos/as fillos/as e os lugares que frecuentan) fronte aos proxenitores de non consumidores.

Os mozos e mozas de 14 a 18 anos que consumiron alcol, tabaco e/ou cánnabis, perciben unha maior tolerancia dos seus pais e nais cara ao consumo de alcol (se llo permitirían ou se llo permiten) que os que non as consumiron.

### **Ocio e tempo libre**

En canto a actividades de ocio son máis os mozos que practican deporte e participan do lecer nocturno fronte a un maior número de mozas que practican outras afeccións como: ler, saír cos/as los amigos/as polas tardes (de compras, a pasear, ao parque etc.), ter unha afección (tocar un instrumento, pintar, escribir, cantar etc.) En ambos os casos son ocupacións que van diminuindo a medida que teñen máis idade.

Os xogos de realidade virtual son unha actividade con predominio de uso dos mozos. Como dato, debemos indicar que xogan case todos os días un 25,4% de mozos por un 4,4% de mozas.

O uso de internet e de redes sociais é xeneralizado entre o alumnado, con independencia do xénero e idade dos/das estudantes (redes sociais, ver vídeos, chatear, ouvir música...)

En xeral, estas alternativas de ocio relacionadas co deporte e coa realización de afeccións están máis estendidas entre o alumnado que non tomou alcol, que non se emborrachou e que non fumou tabaco.

### **Saídas nocturnas**

Analizando a frecuencia das saídas en función do sexo non se atopan grandes diferencias. Aínda así, as mulleres saen con máis frecuencia cando se trata de 1 a 3 noites ao mes (36,8% fronte ao 34% deles), mentres que as saídas semanais (polo menos 1 noite á semana) son máis frecuentes nos homes (24,9% fronte ao 23,5% delas).

Obsérvase unha maior prevalencia no consumo de alcol, borracheiras e consumo de tabaco nos/as estudantes que lle dedicaron máis tempo ao ocio nocturno.

Este incremento apréciase con máis claridade en función da hora de chegada a casa. Así, por exemplo, no último mes emborrachouse un 11,7% dos que chegaron de volta entre as 12 e a 1 da madrugada fronte ao 49,8% dos que regresaron entre as 3 e as 4 da madrugada.

A hora de chegada á casa aumenta a medida que aumenta a idade.

### **Contorna escolar**

Tendo en conta o consumo das substancias máis extendidas, observamos que, en xeral, o alumnado galego que consumiu tabaco, alcol ou se emborrachou nos últimos 30 días sacan menos sobresalientes e notables e máis aprobados, bens ou suspensos que aqueles que non as consumiron.

En canto á porcentaxe de alumnado que repetiu curso algunha vez observamos que, no grupo de alumnos/as que consumiron algunha substancia en Galicia, estas cifras superan nunha media dun 103% as porcentaxes declaradas polo grupo que non consumiu ningunha.

A perda de concentración no centro escolar tras ter saído o día anterior é un feito recoñecido polo 11,2% do alumnado de Galicia, proporción que é bastante máis elevada entre quen consumiu tabaco (26,6%), alcol (17,3%) ou se emborrachou (31,3%).

Por outro lado, con relación a unha medida extraordinaria como é a expulsión do centro educativo polo menos un día completo, o 3,5% dos/as alumnos/as galegos/as admite ter sido expulsado nalgunha ocasión. Porcentaxe que ascende ao 8,8% no grupo que recoñece ter fumado, o 5,2% que di ter bebido alcol e ao 8,1% que declara terse emborrachado.

## **2.3 Perspectiva de xénero**

Tradicionalmente a perspectiva de xénero non foi tida en conta nas investigacións epidemiolóxicas realizadas no noso país. É por iso que as políticas que se veñen aplicando nos ámbitos da prevención de drogas e asistencia non adoitan contemplala.

Este interese actual de incorporar o xénero sobre os contidos dos actuais programas preventivos e asistenciais en materia de drogodependencias, confronta co clásico enfoque unidireccional de poboacións destinatarias coma un todo con idénticas características, motivacións e problemas.

A Lei orgánica 3/2007, do 22 de marzo, para a igualdade efectiva de mulleres e homes (art. 20) obriga a incorporar a perspectiva de xénero como marco analítico e a desenvolver as ferramentas necesarias que permitan visibilizar, analizar e facer fronte á diferente presentación e afectación das adiccións nas mulleres e así poder facer un mellor diagnóstico da realidade, así como incorporar as necesidades e realidades das mulleres en todas as accións e intervencións estratéxicas.

Como froito da acumulación de evidencias científicas arredor da efectividade dos programas de prevención das drogodependencias e das melloras nas respostas terapéuticas ás adiccións, evidénciase a importancia de incorporar a perspectiva de xénero aos programas de prevención, fronte a tendencia clásica de traballar desde o masculino.

O xénero agrupa todos os aspectos psicolóxicos, sociais e culturais da femineidade e da masculinidade (aqueles que lle son asignados de maneira diferencial a cada sexo en función da cultura) e que son interiorizados por cada persoa e pola sociedade.

Trátase dunha ampliación de miras con relación ao xénero. Tradicionalmente asignábanse a homes e mulleres roles ou papeis sociais diferentes. Estes determinaban un conxunto de pautas de comportamentos obrigados, permitidos ou prohibidos ás que axustarse e que eran reproducidas a través de distintos espazos de socialización (fundamentalmente na familia, na escola e nos medios de comunicación social).

Así pois, cabe resaltar que a identidade de xénero ten un impacto directo sobre a saúde das persoas, facendo, por exemplo, que os adolescentes varóns sexan máis propensos a manter comportamentos de risco relacionados coa saúde, mentres que, as adolescentes mulleres, mostran unha maior preocupación pola saúde e teñen comportamentos máis saudables.

Tamén existen diferenzas en canto as substancias máis consumidas.

Por exemplo, atendendo ao consumo de tabaco, durante os últimos 30 días en función do xénero en Galicia son as mulleres quen máis consomen, 24,4% fronte ao 20,9% dos rapaces.

En canto a hipnosedantes e maioritario o consumo entre as mulleres, co 12,6% de consumo nas rapazas fronte ao 9,1% de rapaces.



Noutras substancias son os mozos os que encabezan os consumos  
(fonte: Estudos 2018, *Enquisa sobre o uso de drogas en ensinanzas secundarias en España. Informe Galicia*)

Os roles de xénero poden actuar como factores de risco ou de protección para o consumo de substancias psicoactivas.

Existen múltiples razóns que avalan a necesidade de incorporar a perspectiva de xénero no deseño e avaliación dos programas destinados a previr o uso e abuso de diferentes drogas.

Traballar dende a perspectiva de xénero permite comprender as relacións específicas que homes e mulleres manteñen coas drogas, as súas semellanzas e diferentes, axudando a:

1. Coñecer como os roles de xénero asignados condicionan unha diferente exposición aos factores de risco asociados ao uso e abuso de drogas.
2. Ter presentes as diferenzas e peculiaridades que tanto o sexo como o xénero introducen nos patróns de uso das distintas substancias, na decisión e iniciar, manter e/ou abandonar o consumo de drogas e os efectos e consecuencias que se derivan destes consumos.
3. Eliminar as desvantaxes ou desigualdades que o xénero establece á hora de acceder aos servizos e programas preventivos e asistenciais.
4. Axustar as respostas, tanto de carácter preventivo como asistencial, ás distintas necesidades que os homes e as mulleres presentan relacionadas cos consumos de drogas e adiccións.
5. Se ben homes e mulleres comparten motivacións comúns para iniciarse no consumo e progresar nel, presentan motivacións específicas que deben ser tidas en conta.
6. Homes e mulleres manteñen diferenzas nos patróns de consumo de drogas e na transición do uso ao abuso e a dependencia.

## **3. OBXECTIVOS**

### **3.1 Obxectivos xerais**

1. Promover comportamentos e hábitos saudables que actúen como factores de protección
2. Informar sobre as drogas e as condutas relacionadas e sobre como facer un uso de drogas autocontrolado e responsable coa propia saúde e a das outras persoas.

### **3.2 Obxectivos operacionais**

1. Traballar en rede para realizar unha abordaxe integral e transversal da prevención.
2. Combinar as intervencións en espazos formais e as que se fan en espazos naturais de encontro e relación.
3. Promover a implicación dos axentes sociais na prevención de problemas asociados ás drogas.

## 4. EIXES DE ACCIÓN

### 4.1 Niveis de intervención

Os diferentes servizos e programas do Plan local de prevención teñen que contemplar estas actuacións:

<b>Intervención</b>	<b>Descrición</b>	<b>Poboación destinataria</b>
<b>Prevención universal</b>	Potencia os factores de protección ante o consumo de drogas. Fomenta as actitudes e os hábitos saudables.	Poboación xeral con especial incidencia en adolescentes e xoves en proceso de crecemento e maduración.
<b>Prevención selectiva</b>	Fomenta actitudes responsables ante o consumo de drogas en colectivos e grupos vulnerables. Reduce os riscos asociados, intentando que non se pase dun uso esporádico a un máis problemático.	Persoas usuarias de drogas que non teñen problemas significativos derivados do seu uso.
<b>Prevención indicada</b>	Identifica persoas con signos iniciais de abuso de substancias e outros problemas de conduta, e ofrece intervencións especiais diferentes dos servizos de tratamento das adiccións, preparados para responder ás necesidades de quen experimenta con drogas.	Persoas en situación de risco que poden acabar con condutas problemáticas relacionadas coas drogas (consumo, venda e comportamentos asociados ao consumo).
<b>Prevención determinada</b>	Reduce os riscos sanitarios e psicosociais que lles afectan a unha parte das persoas con problemas de drogas. Facilita o acceso aos dispositivos sociosanitarios	Persoas con consumos problemáticos de drogas polo tipo de substancia, a vía de administración ou a pauta de consumo.

## 4.2 Ámbitos

O abuso de drogas forma parte dos estilos de vida que se crean nas instancias cotiás de socialización, naqueles escenarios que os nenos e nenas, adolescentes e mozos van construíndo a súa identidade: a escola, a familia, a educación no tempo libre.... Deben ser estes escenarios onde se desenvolva o compromiso social coa prevención.

Non existe un espazo específico para a prevención, se non todos os lugares que inflúen no desenvolvemento de estilos de vida son terreos axeitados para a prevención. Débese entender como un conxunto de pezas que é preciso encaixar na perspectiva integradora que representa o marco comunitario.

A diversificación dos ámbitos de intervención aumenta as posibilidades de actuación. Pódense contemplar os seguintes ámbitos de intervención:

<p><b>EDUCACIÓN</b> Educación primaria ESO Pos-obrigatoria Educación non formal</p>	<p><b>TEMPO DE LECER</b> Rúas e prazas (espazos de lecer) Lecer nocturno e festa Grupos de mozas e mozos Clubs deportivos</p>
<p><b>FAMILIA</b> Asesoría Asociacións de familiares Intervención</p>	<p><b>LEGAL</b> Sancións administrativas Medidas xudiciais</p>
<p><b>COMUNITARIO</b> Participación en redes comunitarias (xuntanzas de barrio) Campañas de sensibilización</p>	<p><b>SAÚDE</b> Redución de riscos Promoción hábitos vida saudable</p>

## **4.3 Programas**

A continuación preséntase a descrición da carteira de programas prevista para executar, e queda aberto o deseño e implementación para outra ocasión en noutras accións ou función de novas necesidades e posibilidades que poidan xurdir.

### **4. 3.1 Prevención universal**

- Cine e saúde
- Formación de mediadores no ámbito deportivo
- Información sensibilización a poboación
- Máis que un teito
- Activa
- Saúde na escola
- Ocio alternativo saudable

### **4. 3.2 Prevención selectiva**

- Uso das tecnoloxías
- Cambio de sentido
- En familia todos contan
- Non pasa nada, pasa algo?

### **4.3.3 Prevención indicada**

- Botellón non
- Entre todos

### **4. 3.4 Prevención determinada**

- Recolle

### **4.3.1 PREVENCIÓN UNIVERSAL**

#### **PROGRAMA: Cine e saúde**

##### DESCRICIÓN

Tres películas serán visionadas polo alumnado participante no programa ao longo do curso académico. Partindo das experiencias narradas na película, o cine convértese en ferramenta pedagóxica e eixe dinamizador dos contidos do programa. Para isto, desenvólvense tres unidades didácticas para cada alumno que se corresponden con cada unha das tres películas que se van proxectar.

##### OBXECTIVO

Corrixir os mitos que o alumnado mantén en relación co consumo das diferentes drogas. Modificar as actitudes dos alumnos ante as drogas, para incrementar o rexeitamento cara ás drogas, reducindo a permisividade fronte ao seu uso e incrementando os niveis de risco percibido. Fortalecer no alumnado algúns recursos persoais que lle permita manexarse adecuadamente en situacións de grupo relacionadas co consumo de drogas. Contrarrestar a influencia dalgúns factores que poden favorecer a aparición de problemas de consumo, tales como a falta de información, a subxectividade desta ou as crenzas de autoprotección e resistencia ao dano.

##### POBOACIÓN DESTINATARIA

Alumnado de 1º e 2º curso de educación secundaria obrigatoria (ESO).

##### TEMPORALIZACIÓN

Acorde coa programación dos centros educativos. Para iso é necesario establecer os contactos previos con persoal orientador, profesorado e equipo directivo para a presentación do material e fixar conxuntamente o calendario de intervención, tendo en conta as necesidades de tempo que establece a programación de titoría, o programa pódese aplicar ao longo de todo o curso ou ben por trimestres.

#### INDICADORES

Os seguintes: Avaliación dos/as monitores do curso e “cuestionario de satisfacción co taller”.

A avaliación de resultados inclúe a realización dun cuestionario dos profesores do curso, volverase aplicar ao finalizar o taller.

#### PREVISIÓN ANUAL

Visionado de tres películas. O programa consta de tres unidades para traballar en cada trimestre do curso académico, cunha duración media de entre 3-4 horas por unidade.

### **PREVENCIÓN UNIVERSAL**

#### **PROGRAMA: Formación de mediadores/s deportivos**

##### DESCRIPCIÓN

Os programas de formación de mediadores/as para a promoción de hábitos de vida saudables trátase de formar en habilidades sociais, promoción de ocio alternativo e hábitos de vida saudables. Tamén pretenden promover a participación da poboación destinataria, así como asegurar a capacitación. En definitiva, tratan de asegurar a eficacia e a eficiencia dos programas e das actividades que se van desenvolver para previr as drogodependencias.

##### OBXECTIVO

A finalidade dos programas e intervencións de formación é a de dotar os mediadores/as sociais dunha serie de coñecementos e habilidades específicas, que lles permitan potenciar o papel preventivo que de forma cotiá realizan con diferentes grupos e colectivos cos que interveñen. Con isto preténdese lograr incrementar a eficacia e a eficiencia das actuacións preventivas.

##### POBOACIÓN DESTINATARIA

Os destinatarios/as do programa son monitores/as deportivos que debido a gran cantidade de poboación moza a que chegan ocupan unha posición relevante dentro do obxectivo preventivo.

#### TEMPORALIZACIÓN

Realizaranse a principio de curso académico que coincide co curso deportivo.

#### INDICADORES

Número de mediadores/as captados para o programa.

Mediadores xuvenís que foron formados.

Material distribuído.

Número de reunións celebradas pólo grupo coordinador do programa.

Así mesmo, realizarase unha avaliación cualitativa, extraída de enquisas, relativa ao:

- Grao de satisfacción coas actividades (para mozos/as e mediadores/as)
- Grao de aprendizaxe percibida (para mediadores/as)
- Valoración do impacto que cren que as actividades terán nos seus iguais (para os mediadores/as).

#### PREVISIÓN ANUAL

Realizarase un total de 10 grupos de formación de monitores/as.

### **PREVENCIÓN UNIVERSAL**

#### **PROGRAMA: Información-sensibilización**

#### DESCRIPCIÓN

As intervencións de tipo informativo-sensibilizador tratan de difundir, comunicar e transmitir mensaxes preventivas eficaces, dirixidas á poboación xeral ou a grupos específicos desta poboación. Para logralo existen múltiples formatos e canles a través das cales se poden instrumentalizar as estratexias de información/sensibilización, entre os que cabe mencionar os seguintes: campañas de sensibilización social, campañas de difusión dos recursos preventivos existentes, campañas de difusión da lexislación vixente, folletos e carteis. Intervencións en prensa, radio e televisión.



#### OBXECTIVO

Mellorar a calidade da información dispoñible por parte da poboación destinataria acerca das drogas. Mellorar o nivel de coñecemento da poboación sobre o impacto que as drogas teñen sobre a saúde e o benestar individual e colectivo e os riscos que derivan do seu uso. Sensibilizar a poboación respecto aos problemas que provoca o uso e abuso de drogas. Incrementar o apoio dos destinatarios das intervencións ás medidas de protección da saúde e de prevención do consumo de drogas. Modificar as actitudes sociais fronte ás drogas, para reducir a tolerancia/permisividade social cara ao seu uso. Mobilizar a poboación na busca de solucións e alternativas aos problemas que a súa comunidade ou colectivo presente en relación coas drogas.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Como destinatarios finais: alumnado de primaria, alumnado de secundaria, pais e nais con fillos menores de idade, mocidade.

#### TEMPORALIZACIÓN

Trátase dunha actividade continuada de carácter aberto que en función da poboación destinataria e a época do ano, activarase en determinadas épocas. Existirán unhas datas concretas que serán aquelas que se sospeitas un maior consumo de alcol como pode ser: festas do Nadal e festas locais.

#### INDICADORES

A avaliación de proceso inclúe o rexistro dos seguintes indicadores: Número de intervencións realizadas nos medios, material editado, material distribuído, número de reunións celebradas polo grupo coordinador do programa. Así mesmo, realizarase unha avaliación cualitativa, extraída de enquisas, relativa á valoración do impacto das actividades.

#### PREVISIÓN ANUAL

Campaña de sensibilización sobre efectos de substancias, lexislación, factores que incrementan a posibilidade de consumo e estratexias para manterse á marxe.

O segundo traballo, será a difusión de información dirixida a nais e pais a través de intervencións nun programa de radio local de carácter semanal.

## **PREVENCIÓN UNIVERSAL**

### **PROGRAMA: Ocio alternativo saudable**

#### **DESCRICIÓN**

Baixo esta epígrafe reúnen diversas actividades que varían, entre outras cousas, nos seus compoñentes, a súa situación espazo-temporal, os seus obxectivos, as actividades que desenvolven e a poboación destinataria, poderíamos dicir que se trata dun tipo de programa de base comunitaria que se executa en espazos de lecer e que centra o seu obxectivo primordial no desenvolvemento de actividades de carácter lúdico, incompatibles e á vez alternativas ao uso de droga.

Polo tanto, a finalidade esencial destes programas, tendo en conta que o tempo de lecer transcorre fóra dos espazos de control social formal (escola, familia e traballo), é intentar eliminar ou reducir ao máximo as consecuencias negativas que provoca a utilización dese lecer. E, en última instancia, trátase de dotar os mozos/as de recursos persoais para que, gozando satisfactoriamente do lecer e a diversión, aprendan a manexar adecuadamente esas situacións de risco e desenvolvan ao máximo hábitos de vida saudable.

#### **OBXECTIVO**

Ocupar o tempo libre con actividades saudables alternativas ao consumo de drogas. Proporcionar escenarios libres de drogas, onde a accesibilidade e dispoñibilidade a elas sexa mínima. Fomentar hábitos de ocupación do tempo libre saudables. Promover o desenvolvemento de habilidades sociais, mellora do autocontrol, incremento da capacidade para resolver problemas e tomar decisións adecuadas etc. Modificar actitudes cara ás drogas e informar sobre os riscos asociados ao consumo. Fortalecer vínculos coa comunidade.

#### **POBOACIÓN DESTINATARIA**

Mozos/as de 5 a 21 anos, que viven en barrios de nova creación onde existen vivendas sociais, comunidades étnicas distintas, algúns sistemas familiares están en situacións de paro, emprego mergullado.

## TEMPORALIZACIÓN

Trátase dunha actividade continuada de carácter aberto que, en función da poboación destinataria e a época do ano, activarase en determinados momentos. Existirán unhas datas concretas que serán aquelas que se sospeitas un maior consumo de substancias como pode ser: festas do Nadal e festas locais.

## INDICADORES

Utilizaremos os seguintes: grado de continuidade dos e das participantes na actividade. Número de participantes no proxecto. Grado de interacción entre os e as participantes. Nivel de satisfacción das persoas participantes e número de entidades e colectivos participantes no proxecto.

## **PREVENCIÓN UNIVERSAL**

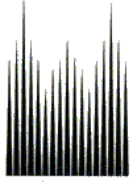
### **PROGRAMA: Máis que un teito. Escola de familia**

#### DESCRICIÓN

O programa dá comezo coa convocatoria dun “Encontro de pais/nais/profesorado/alumnado” a través do alumnado. Este encontro serve para destacar a relevancia que teñen os consumos de drogas e as posibilidades dos pais/nais para actuar como axentes preventivos, á vez que se presentan os obxectivos e contidos do programa. Unha vez finalizado este encontro, realizado nunha única sesión, e en función da motivación, intereses e dispoñibilidade, ofértaselles aos pais e nais alí presentes a dobre posibilidade de desenvolver o programa de forma: presencial ou non presencial (os pais/nais reciben no seu domicilio materiais de soporte do programa con contidos teóricos e prácticos).

#### OBXECTIVO

Mellorar as habilidades educativas e de comunicación dos pais/nais ou titores que reciben a intervención. Promover e reforzar os factores de protección familiar, reducir o impacto dos factores de risco. Mellorar a calidade da información sobre drogas de que dispoñen os pais/nais. Mellorar a habilidade dos/das participantes para desenvolver pautas consistentes de xestión familiar. Mellorar as actitudes educativas dos proxenitores. Mellorar as actitudes preventivas dos pais/nais.



## CONCELLO DE SANTIAGO

### POBOACIÓN DESTINATARIA

Pais/nais ou titores con fillos en idade escolar, é dicir, con idades comprendidas entre os 6 e os 18 anos. A forma de aproximación é convocatoria dos participantes é ou ben a través das asociacións de nais e pais do alumnado e da Federación de ANPA ou ben dos departamentos de orientación dos centros escolares.

### TEMPORALIZACIÓN

O programa está deseñado inicialmente para a súa implementación ao longo do curso escolar. O horario establecerase contando co acordo do grupo de pais/nais que van participar no programa. E sempre fóra do horario laboral.

### INDICADORES

- Número de sesións realizadas
- Número de participantes
- Escala de satisfacción

## PREVENCIÓN UNIVERSAL

### PROGRAMA: Activa-t co teatro

#### DESCRIPCIÓN

A actividade que se propón é a formación de axentes mediadores para a potenciar hábitos de vida saudable a través da representación de obras de teatro interactivas con espectadores/as, onde se tratarán de evidenciar as vantaxes dos hábitos de vida saudables. Captación de mediadores e mediadoras (actores), formación de mediadores e mediadoras en hábitos saudables, creación de grupos de coordinación e preparación e realización dun Teatro Foro para representar en diferentes centros educativos da cidade.

#### OBXECTIVO

Reducir a intención de consumo de drogas. Incrementar a percepción do risco asociado ao consumo de drogas, en especial no caso do tabaco, o alcol e o cánnabis. Reducir a tolerancia/permisividade da xente nova respecto ao consumo

de drogas no seu medio social próximo. Incrementar o rexeitamento dos novos fronte ao consumo de drogas.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Poboación final: mozos e mozas de idades comprendidas entre os 12 e os 29 anos. O programa “Activa” desenvólvese a través da participación indispensable de axentes mediadores. Estes mediadores xuvenís serán mozos e mozas que deberán asumir o liderado da maior parte das actividades, especialmente daquelas que requiran un alto grao de compromiso e responsabilidade. Os mediadores/as serán dos grupos de teatro non profesionais existentes na cidade. O único requisito é que sexan maiores de idade (18 a 29 anos).

#### TEMPORALIZACIÓN

Adaptarase á temporalización do curso escolar porque se sospeita que a gran maioría dos mediadores estarán cursando algún tipo de estudo ou actividade deportiva onde coincide a súa actividade coa temporalización académica.

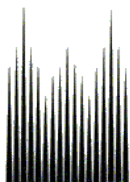
#### INDICADORES

Recollida sistemática das intervencións realizadas nunha folla de rexistro da intervención e o rexistro dos seguintes indicadores:

- Número de mediadores captados para o programa.
- Mediadores xuvenís que foron formados.
- Material editado.
- Material distribuído.
- Número de reunións celebradas pólo grupo coordinador do programa.

#### PREVISIÓN ANUAL

Realizarase un grupo de teatro que difundirá polos centro educativos a actividade preventiva.



**CONCELLO DE  
SANTIAGO**

## **PREVENCIÓN UNIVERSAL**

### **PROGRAMA: Saúde na escola**

#### DESCRIPCIÓN

Podemos dividir as actividades en dous grupos, unhas dirixidas ao profesorado como mediadores e outras dirixidas ao alumnado, traballo na aula.

O programa conta cunha guía para o centro, unha guía para o profesorado e uns cadernos de traballo para o alumnado de educación infantil, educación primaria, educación secundaria e educación posobrigatoria. O profesorado do centro educativo é o encargado de implementar o programa na aula, desenvolvendo os contidos dos cadernos de traballo. Os traballos na aula son do seguinte tipo: debates/coloquios, actividades audiovisuais, lecturas, traballo en grupo e individual etc.

#### OBXECTIVO

O obxectivo xeral do programa é o de influír sobre as seguintes dimensións dos escolares que participen nel:

- As crenzas e actitudes dos escolares sobre as drogas.
- As intencións de consumo futuras.
- Os hábitos de consumo prevalencia, frecuencia e cantidade consumida.

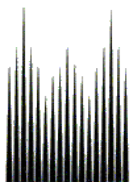
#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Poboación final: alumnado de educación infantil, primaria, secundaria e postobrigatoria, de entre 5 e 18 anos.

Poboación mediadora: comunidade educativa (pais/nais, mestres e titores).

#### TEMPORALIZACIÓN

A duración do programa é variable, sendo cada centro escolar ou profesor/a quen decide sobre a utilización do programa e a súa duración, en función das súas necesidades concretas. Non obstante, considérase necesario dedicarlle un mínimo de entre 10 e 20 horas cada curso, para que o programa sexa minimamente eficaz.



**CONCELLO DE  
SANTIAGO**

INDICADORES

A Consellería de Sanidade, estableceu o compromiso de realizar, un estudo de avaliación de resultados do programa que inclúe un deseño con medicións pretest-postest que recollera os cambios no alumnado.

Pola nosa banda analizaremos:

- número de grupos aula
- número de centros
- número de alumnado participante

### **4.3.2 PREVENCIÓN SELECTIVA**

#### **PROGRAMA: Uso das tecnoloxías**

DESCRIPCIÓN

O programa contará con tres sesións de dúas horas. O desenvolvemento das sesións e o seguinte:

1ª sesión: Como utilizamos Internet, o móbil e os videoxogos? Obxectivo: reflexionar sobre as características do uso das tecnoloxías.

2ª sesión: Xogo de rol obxectivo: facer que o participante caia na conta das situacións e aprendizaxes que pode perderse por dedicarse en exceso ás TIC.

3ª sesión: Análise dun caso obxectivo.

OBXECTIVO

Previr o uso excesivo das tecnoloxías, proporcionándolle ao adolescente ferramentas para facer un uso adecuado.

Fomentar a adquisición e práctica de hábitos saudables alternativos á conduta adictiva.

Evitar a aparición de certos hábitos que poidan resultar prexudiciais e danos para os individuos.

Recoñecer as vantaxes das novas tecnoloxías, pero dando a coñecer tamén os seus riscos.

Distinguir entre afición y adicción, así como recoñecer las principais sinais de risco

Ensinar habilidade de afrontamento de situacións de risco.

POBOACIÓN DESTINATARIA

Alumnado cursando 1º e 2º ESO.

## TEMPORALIZACIÓN

Acorde coa programación dos centros educativos. Para iso é necesario establecer os contactos previos con persoal orientador, profesorado e equipo directivo para a presentación do material e fixar conxuntamente o calendario de intervención, tendo en conta as necesidades de tempo que establece a programación de titoría, o programa pódese aplicar ao longo de todo o curso ou ben por trimestres.

## INDICADORES

Aplicaranse os seguintes instrumentos: protocolo inicial relativo aos problemas relacionados coas tecnoloxías existentes no centro escolar cuberto polas persoas responsables do centro. Cuestionario previo e posterior á intervención ao alumnado participante no programa para coñecer os cambios rexistrados nos niveis de información e hábitos de uso sobre as tecnoloxías e as intencións futuras.

## **PREVENCIÓN SELECTIVA**

### **PROGRAMA: Cambio de sentido. Prevención nas autoescolas.**

#### **DESCRIPCIÓN**

Fase 1: Contacto por parte dos técnicos do equipo de prevención do Concello cos propietario/as de autoescolas existentes na súa zona de influencia. Este contacto debe servir para presentar as características e os obxectivos do programa e obter a cooperación da autoescola para a súa implementación.

Fase 2: Execución do programa, dentro da aula da autoescola en horario voluntario para o alumnado. Dúas sesións.

#### **OBXECTIVO**

Mellorar a información do alumnado das autoescolas en relación cos riscos asociados á condución de vehículos baixo os efectos do consumo de alcol ou outras drogas.

Incrementar a percepción de “vulnerabilidade persoal” derivada da condución dun vehículo tras consumir alcol ou outras drogas.



Promover actitudes e condutas máis seguras e responsables na condución de vehículos entre a poboación que se prepara para obter o permiso de conducir nas autoescolas.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Os traballadores/as que están exercendo de docentes das autoescolas Mocidade en disposición de obter o permiso de condución, en idades comprendidas entre 16 anos (permiso de circulación de motocicletas) ata os 25 anos de idade.

#### TEMPORALIZACIÓN

Dous momentos puntuais a longo do ano, onde a concentración de mocidade nas auto escolas e maior, que coinciden cos períodos vacacionais de verán e Nadal, aínda que debido ás características concreta da cidade de Santiago de Compostela (20.000 mozos e mozas cursando estudos universitarios) atopamos que o mes de febreiro é susceptible para facer unha intervención e que alcance a un número considerable de persoas, debido ás vacacións universitarias.

#### INDICADORES

A todos os alumnos participantes no programa aplicaráselles un breve cuestionario, previo e posterior á intervención, destinado a coñecer:

- A información xeral que dispoñen sobre o alcol ou outras drogas.
- A información dispoñible sobre os efectos do alcol/drogas na condución.
- A posición/actitude sobre as normas que restrinxen a condución baixo os efectos do alcol ou outras drogas.

#### PREVISIÓN ANUAL

A día de hoxe existen en Santiago sete autoescolas: Santa Eulalia, Copas, Mata, Miramontes, Montecarlo e SC-20, Autoescola Compostela.

## **PREVENCIÓN SELECTIVA**

### **PROGRAMA: En familia todos cuentan**

#### DESCRIPCIÓN

O programa “En familia todos cuentan” lévese a cabo en forma de obradoiro, a través de sesións grupais cos pais/nais, no que se utilizan dinámicas grupais que tratan de fomentar a participación activa dos membros do grupo. Realízanse un total de cinco sesións, de hora e media de duración, con cada grupo de pais/nais participantes.

Os grupos non superaran o número de 15 participantes

#### OBJETIVO

Mellorar as habilidades educativas, de xestión e de comunicación de pais ou titores de familias que se encontran en situación de vulnerabilidade fronte ás drogas. Incrementar os recursos familiares para minimizar as situacións problemáticas. Proporcionar aos pais ferramentas para identificar de forma precisa os factores de risco a que se encontra exposta a familia e intentar minimizalos mediante o desenvolvemento de habilidades que os capaciten para reconducir os problemas que teñen formulados.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

A poboación destinataria do programa son os pais/nai ou titores de familias que se encontran en situación de risco en relación coas drogas. Entendese por situación de risco a existencia de condutas potencialmente asociadas ao incremento de posibilidades de desenvolver un uso indebido de substancias( factores de risco)

#### TEMPORALIZACIÓN

A duración inicial do programa oscila entre dous e tres meses. Non obstante, esta adáptase ás necesidades e dispoñibilidade das persoas e das familias que participan nel

#### INDICADORES

- Número de intervencións realizadas

- Número de participantes
- Escala de satisfacción

## **PREVENCIÓN SELECTIVA**

### **PROGRAMA: Non pasa nada, pasa algo? Formación/información sobre drogas**

#### DESCRIPCIÓN

O programa inclúe a realización de sesións conxuntas con profesores e ANPA para analizar dos problemas existentes nos centros escolares relacionado co consumo de drogas. É dicir xuntanza previa e explicación do que vai a realizarse dentro da aula.

Estas sesións de análise, complementáanse con catro sesións (talleres) dirixidas aos adolescentes escolarizados nas aulas onde se detectaron problemas relacionados co consumo de drogas.

#### OBXECTIVO

Reducir os consumos experimentais e habituais de cánnabis e outras drogas.

Reducir o consumo abusivo de alcol UBES - unidades básicas estándar de alcol - nas fins de semana.

Reducir a presenza de condutas disruptivas nas aulas relacionadas co consumo de drogas por parte dos alumnos.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Alumnado de 4º curso de educación secundaria obrigatoria (ESO), que estuda en centros onde se detectou algún problema relacionado co uso de drogas e, basicamente, a petición do centro educativo.

#### TEMPORALIZACIÓN

Acorde coa programación dos centros educativos. Para iso é necesario establecer os contactos previos con persoal orientador, profesorado e equipo directivo para a presentación do material e fixar conxuntamente o calendario de intervención, tendo en conta as necesidades de tempo que establece a programación de titoría, o programa pódese aplicar ao longo de todo o curso ou ben por trimestres.

## INDICADORES

Recollida sistemática das intervencións realizadas e aplicaranse os seguintes instrumentos: Protocolo inicial relativo aos problemas relacionados coas drogas existentes no centro escolar cuberto pól as persoas responsables do centro. Cuestionario previo e posterior á intervención ao alumnado participante no programa para coñecer os cambios rexistrados nos niveis de información sobre as drogas, a percepción do risco, os hábitos de consumo e as intencións futuras de consumo de drogas.

### **4.3.3 PREVENCIÓN INDICADA**

#### **PROGRAMA: Botellón non!**

##### DESCRIPCIÓN

Para moitos grupos, especialmente os comprendidos en idades máis novas, o lecer en xeral e o lecer nocturno prodúcese maioritariamente asociado ao consumo abusivo de bebidas alcohólicas. Neste sentido, vemos como as sancións pedagóxicas son instrumentos para a formación cidadá. Nesta mesma liña, a inclusión dos traballos en beneficio da comunidade no novo sistema de sancións constitúe unha das principais innovacións da Lei 11/2010, do 17 de decembro, de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade e Ordenanza de Convivencia, residuos e limpeza viaria de Santiago de Compostela, aprobada por acordo do Pleno da Corporación o día 28 de decembro de 2006 (BOP da Coruña do 17 de febreiro de 2007). Modificada por acordo do Pleno da Corporación o día 23 de decembro de 2008 (BOP da Coruña do 17 de abril de 2009)

##### OBXECTIVO

Reducir os consumos experimentais de bebidas alcohólicas.  
Reducir o consumo abusivo de alcol UBES -unidades básicas estándar de alcol- nas fins de semana.  
Atrasar a idade de inicio ao consumo de bebidas alcohólicas.  
Reducir a taxa anual de novos consumidores.

Reducir certos comportamentos de risco relacionados co uso de bebidas alcohólicas (condución de vehículos, acompañamento como usuarios de vehículos conducidos por persoas que circulan baixo os efectos do alcol ou realización de actividades laborais.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Mocidade de menos de 18 anos, que teña como lugar do seu ocio o término municipal de Santiago de Compostela. A forma de chegar e eles, será á imposición dun procedemento administrativo por incumprimento da Lei 11/2010, do 17 de decembro, de prevención do consumo de bebidas alcohólicas en menores de idade. Debido a posibilidade operativa trataremos de chegar a mocidade de máis de 18 anos, que teña como lugar dos eu ocio o término municipal de Santiago, a forma de chegar e eles, será á imposición dun procedemento administrativo por incumprimento da Ordenanza municipal de convivencia, residuos e limpeza.

#### TEMPORALIZACIÓN

Trátase dunha actividade continuada de carácter aberto, a que se poden incorporar en calquera momento persoas denunciadas pola infracción a Lei e a ordenanza. Aténdese todos os días da semana e en horario de mañá e tarde para evitar interferir co axeitado desenvolvemento escolar dos adolescentes e tratando de adaptarse aso horarios laborais dos pais e nais.

#### INDICADORES

Recollida sistemática das intervencións realizadas. No curso formativo, o monitor pasará un test de avaliación ao final do obradoiro para poder facer unha análise cuantitativa de cada unha das sesións.

### **PREVENCIÓN INDICADA**

**PROGRAMA: Entre todos/as. Intervención con menores en situación de risco e as súas familias**

#### DESCRIPCIÓN

O traballo desenvólvese nun formato de entrevista de terapia familiar, que ten a súa base teórica no paradigma sistémico. Nas sesións de terapia familiar

participan todas aquelas persoas que teñen algunha implicación na situación de demanda. É fundamental o papel da familia no proceso de cambio, polo que o programa trata de establecer e manter un cambio non só no adolescente, senón na familia e no seu contexto.

#### OBXECTIVO

Desenvolver mecanismos para evitar que os menores que presentan un consumo ocasional de drogas deriven cara a un problema de adicción, mediante a creación do grao necesario de motivación que predispoña a familia e o adolescente ao cambio e a unha reconsideración dos problemas e das súas causas.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Familias con fillos adolescentes que manteñen consumos iniciais de substancias e ou con presenza de outras condutas de risco. Os usuarios/as veñen a demanda da propia familia ou derivados dende os servizos sociais básicos, equipos técnicos do xulgado de menores, departamentos de orientación dos centros educativos, e centros de saúde, equipos de cumprimento de medidas xudiciais en medio aberto.

#### TEMPORALIZACIÓN

Trátase dunha actividade continuada de carácter aberto, a que se poden incorporar en calquera momento as familias derivadas.

#### INDICADORES

- Número de altas
- Valoración de cambio das familias

### **4.3.4 PREVENCIÓN DETERMINADA**

#### **PROGRAMA: Recolle**

#### DESCRIPCIÓN

O consumo de drogas é un importante problema sanitario no noso país. Na súa abordaxe, os programas de intercambio de xiringas demostraron eficacia para

diminuír a incidencia da infección pola VIH, hepatitis B e C, ou compartir xiringas sen que aumente o consumo.

Sen embargo as xiringas son depositadas por algúns usuarios en zoas da cidade e constitúen un potencial perigo para a saúde pública.

Debido á inquietude mostrada nalgúns barrios da cidade e con prexuízo da imaxe pública e estereotipos negativos cara o colectivo de persoas cunha problemática de adicción pola vía parenteral. Pensamos que é oportuno facer un programa de concienciación que incluía as dúas partes. Por unha banda a drogodependentes a tratamento e por outra a veciños voluntarios das zonas afectadas.

#### OBXECTIVO

Promover a recollida de xiringas potencialmente contaminadas en zonas de uso público. Estimular a participación na inserción social dos usuarios. Mediante a participación comunitaria.

#### POBOACIÓN DESTINATARIA

Presentar o proxecto nas zonas afectadas en busca de veciños/as nas reunións de barrio comunitarias- voluntarios para mostrar os lugares. Tamén reconto de farmacias da zona. Seleccionar un grupo de interesados en participar de pacientes da UMAD.

#### TEMPORALIZACIÓN

A actividade realizarase cando se considere preciso nas reunións de barrio e o percorrido que se fará durante dúas horas. Pode presentarse cando se estime necesario.

#### INDICADORES

Ao remate contabilízanse o número xiringas recollidas en cada zoa. Valoración da convivencia en grupo.

## **5. PARTICIPACIÓN**

A prevención do uso indebido e abuso de drogas é unha das prioridades do Concello de Santiago de Compostela. Por isto, o Plan municipal de prevención de drogodependencias 2018/2021 desenvolverá, dende unha perspectiva de participación comunitaria, diferentes programas de prevención dirixidos a reducir o uso de drogas.

É preciso salientar que o recurso máis importante dunha comunidade son as persoas: as capacidades da poboación que reside nun territorio. Dende un enfoque comunitario inténtanse potenciar estas capacidades e promover a corresponsabilidade dos diferentes actores sociais, organizacións e institucións nas accións no que á prevención de drogas se refire. Trátase de adquirir o compromiso social coa prevención dende calquera dos escenarios que constitúen espazo cotiáns de socialización dos nenos e nenas, dos adolescentes e dos mozos e mozas de Compostela.

No desenvolvemento das actuacións do plan búscase contar coa implicación das institucións, educadores/as, pais e nais, profesorado, diferentes profesionais e demais axentes sociais coa finalidade de identificar o problema e buscar solucións conxuntas, no beneficio da sociedade de Compostela.

A **participación comunitaria** permite:

- Dispoñer dun coñecemento máis completo da realidade e dos problemas percibidos.
- Contribuír á democratización das respostas preventivas e a normalizar a prevención dende os diferentes ámbitos e sectores da comunidade.
- Achegar unha perspectiva máis integral e transversal que inclúa os diferentes puntos de vista.
- Mellorar a planificación e a coordinación das diferentes actuacións, reforzando a súa execución e a continuidade no tempo.
- Facilitar a incorporación de formulacións, marcos de reflexión e propostas de actuación, aproveitando as capacidades e sinerxías de todos os axentes sociais.

Este modelo participativo permite recoller a opinión dos sectores cidadáns implicados e ao mesmo tempo incorporalos no proxecto, para facilitar a continuidade nas posteriores actuacións de diagnóstico, planificación e avaliación.



Este modelo é máis custoso en canto a tempo e dedicación dos e das profesionais, pero permite recoller as achegas dos axentes sociais, motivalos e implicar á comunidade, o que a longo prazo incrementará a potencial eficacia e as competencias individuais e comunitarias.

Ao mesmo tempo é fundamental o **traballo en rede** con outros servizos municipais, a súa implicación na detección de dificultades e ou necesidades e a coordinación na execución dos programas. Trátase de fomentar a participación e implicación doutros departamentos municipais na prevención e promoción de alternativas saudables ao consumo de drogas (Educación, Mocidade, Policía Local, Servizos Sociais, Saúde Pública, Igualdade), utilizando de este xeito a rede de relacións da comunidade para facer prevención.

Accións xa levadas a cabo en coordinación coas diferentes coordinadoras de barrio (As Fontiñas, Vite, Conxo, O Castiñeiriño) permitiron a colaboración no desenvolvemento de programas como “A nosa vida en positivo”, “Apoio socio-educativo”, “Muralismo e arte urbana” e “Radio comunitaria”

Esta colaboración baséase na idea de potenciar os hábitos de vida saudables como mecanismo de prevención, dun xeito máis amplo que os programas de prevención específicos, por ser realizados en colaboración e coordinación con outros axentes do ámbito comunitario, que permiten chegar a un maior número de individuos.

Polo que respecta á **metodoloxía deste proceso participativo**, diferéncianse dous momentos e dous procedementos diferentes e complementarios:

1. Na fase **inicial**, para a elaboración dos programas que cómpre desenvolver no primeiro tramo de execución do plan, cóntase coa información recollida das avaliacións realizadas logo da execución dos diferentes programas e accións de prevención ao longo dos últimos anos no Concello en termos de efectividade e factibilidade nas súas condicións reais.

Por outra banda, as accións deseñadas nesta primeira fase teñen como marco de referencia a carteira de servizos en materia de prevención da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Este catálogo pretende sistematizar e organizar, partindo da evidencia científica, parte da bagaxe preventiva en Galicia nos diferentes ámbitos e colectivos.

Así mesmo, durante o proceso de elaboración do plan confeccionouse un cuestionario con aqueles aspectos que se consideran de interese co obxectivo de canalizar as achegas a este proceso dos membros do Consello Municipal de Saúde, ANPA e coordinadoras de barrio de Compostela.

Destas achegas sinalamos as seguintes liñas de acción como posibilidades a incluír na segunda fase de execución do plan. Estas achegas son as seguintes:

- **Difusión.** Realizar melloras na paxina web da UMAD co fin de facilitar a existencia de máis recursos informativos e formativos en formato dixital e creación dunha revista dixital como vía de difusión das diferentes actividades que se realizan.
- **Ámbito familiar.** Promover actividades de lecer en familia. Ter en conta a familia como contexto prioritario de intervención e como momento fundamental dentro do ciclo vital a adolescencia. Accións de formación específica e sensibilización sobre o tema dirixidos ás familias. Accións preventivas específicas dirixidas a familias en situación de risco. Fomentar a participación das familias nas actuacións na idade da educación secundaria
- **Coordinación.** Crear protocolos de actuación que faciliten a comunicación e actuación conxunta entre os profesionais de prevención e os doutros ámbitos de acción cos rapaces e rapazas (centros escolares, centros de saúde, ámbito policial e xudicial). Fomento do traballo en rede con todos os axentes implicados nas intervencións.
- **Formación de profesionais.** Accións formativas específicas de prevención dirixidas ao estudiantado de hostalería.
- **Favorecer accións de lecer alternativo.** Diseñar programas que integren as novas tecnoloxías e as redes sociais en estratexias de prevención integrados co ocio alternativo (incluír expertos). Implicación dos centros escolares nestas actividades fóra do horario lectivo. Fomentar a creación de espazos nas cidades para a xente nova.
- **Lograr visibilidade** nos medios de comunicación das accións do plan de prevención, e establecer un canle de comunicación cos medios e coas familias para o tratamento dos temas de prevención de drogas.

2. Nunha segunda fase, no ecuador do período de execución deste plan, preténdese realizar unha **xornada de participación cidadá** co fin de conseguir a opinión e valoración dos distintos sectores sociais e axentes sociais do concello: pais e nais, profesorado, asociacións, partidos políticos, coordinadoras de barrio, profesionais dos servizos sociais e de saúde etc.

Terá como finalidade recoller as achegas de todos os axentes implicados na prevención como avaliación das accións desenvolvidas ata ese momento e reflexionar sobre a situación no ámbito municipal e sobre as medidas que se

poderían adoptar para continuar a deseñar e establecer accións concretas de promoción e protección da saúde.

Cabe reiterar que para poder levar a cabo unha axeitada execución dos programas deseñados no presente plan é fundamental partir da concepción da comunidade como axente e destinatario da prevención. Deste xeito, sinalamos a importancia do **traballo en rede** e da realización de forma coordinada, tanto cos diferentes departamentos municipais anteriormente mencionados, como cos demais recursos comunitarios (de saúde e de promoción de hábitos de vida saudables, os centros e profesionais de educación, o terceiro sector e as organizacións deportivas) co fin de impulsar unha rede entre as entidades implicadas.

Unha das finalidades deste plan é a progresiva concienciación sobre a responsabilidade individual e colectiva que como comunidade temos respecto da prevención de drogas. Por iso é preciso promover a participación social nas diferentes estratexias preventivas que se pretenden desenvolver e entendemos que a participación de distintas entidades municipais no desenvolvemento deste plan, xa é en si mesma participación social.

## **6. RECURSOS**

Para a o seu desenvolvemento o Plan municipal de prevención de drogodependencias contará cos recursos seguintes:

### **1. Recursos humanos** propios do Concello (persoal técnico municipal)

#### a) Equipo de Prevención Municipal

- María José Blanco Freire, psicóloga
- Jorge Carballido Salgado, psicólogo

b) Coordinación e colaboración interdepartamental cando se requira coas diversas concellerías como: Mocidade, Promoción Económica, Cultura, Deportes, Policía Local etc.

c) Coordinación e colaboración co persoal de entidades e recursos da comunidade.

## **2. Recursos materiais:**

### a) Infraestruturas e recursos:

- Municipais
- De entidades da comunidade

### b) Fontes de financiamento (municipal, autonómica, estatal etc.)

- Subvención para o desenvolvemento de proxectos de prevención de condutas adictivas promovidas por concellos da Comunidade Autónoma de Galicia. Xunta de Galicia.
- Axudas económicas a corporacións locais para o desenvolvemento de programas de prevención de drogodependencias do Plan nacional sobre drogas do Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## **7. DIFUSIÓN E CONTINUIDADE DO PLAN**

O Plan local de prevención de drogodependencias 2018-2021, é un documento que reflicte a experiencia acumulada tras máis de 25 anos de traballo no campo da prevención no Concello de Santiago de Compostela. Tamén amosa a visión e perspectivas das entidades e axentes da comunidade que participaron no proceso da súa elaboración.

A difusión do plan ten como punto de partida o propio proceso participativo co que se elaborou. Con posterioridade á súa aprobación no Pleno do Concello servirá como referencia das actuacións que neste ámbito se van desenvolver. Polo tanto será unha ferramenta de referencia, que se achegará á comunidade concretada nas diferentes accións e programas que inclúe.

A difusión das diferentes accións e programas realizarase de maneira directa cos axentes implicados (centros educativos, asociacións de nais e pais, universidade, hostalería etc.). Tamén se empregará a difusión mediante a elaboración de material informativo (folletos, cartelería), os medios de comunicación social (prensa escrita, radio) e o emprego das redes sociais. As características do programa e a poboación destinataria determinarán, en boa medida, as canles e recursos empregados para achegar a información precisa antes, durante e na finalización das accións preventivas.

## 7. AVALIACIÓN

A avaliación constitúe un elemento imprescindible na planificación e, así mesmo, o establecemento de procedementos de avaliación sistemáticos permite mellorar a efectividade e a eficacia das actuacións.

Os sistemas de avaliación dan resposta a dúas premisas fundamentais: por unha banda son estratexias necesarias para tomar decisións respecto dos diferentes elementos que na planificación interveñen: programas, obxectivos, metodoloxía, recursos, actividades e, por outra banda, ofrecen unha visión obxectiva que permite tomar decisións respecto da necesidade de continuidade ou cambios nesta planificación.

O que se pretende mediante a avaliación é obter información que nos permita comparar a situación prevista á que pretendemos chegar e a situación real. Esta comparación vai proporcionarnos información sobre o alcance dos resultados obtidos en relación ao inicialmente previsto.

A avaliación levarase a cabo ao longo de todo proceso: durante a elaboración do plan, na súa execución e funcionamento cotián, e non só ao final, cos seguintes obxectivos:

- Revisar e, de ser o caso, reorientar o desenvolvemento da implantación do plan incluíndo o seu funcionamento cotián.
- Valorar os resultados acadados e obter conclusións.
- Propor melloras e cambios, xustificados pola información recollida na avaliación.

O obxectivo último da avaliación é o de coñecer a efectividade e a eficacia dos diferentes programas e elevar o seu nivel de calidade. Proponse unha intervención que inclúe tres fases:

### **1. Avaliación da planificación (antes da intervención)**

Planifícase, deséñase e proxéctase a intervención. Defínense os obxectivos, a metodoloxía, os grupos diana e a necesidade de intervir.

## **2. Avaliación do proceso (durante a intervención)**

Avaliase a calidade e o proceso da intervención, o funcionamento e as condicións de aplicación, execución e cumprimento da previsión do deseño e planificación inicial. Permitirá variar, modificar, corrixir ou manter as condicións iniciais. Esta avaliación incluíra os indicadores por áreas e os ámbitos de actuación.

Observarase se as actividades funcionaron na práctica tal e como se previra na teoría, ou se existiron dificultades e cambios entre o deseñado e o aplicado. O obxectivo desta avaliación é coñecer o desenvolvemento da implantación dos programas mediante indicadores, tales como o número de participantes, a idoneidade dos proxectos e dos materiais etc.

Tamén se analizará se o plan, xunto cos seus programas e proxectos, se aplicaron á poboación diana para a que foron dirixidos ou se, pola contra, se produciron nesgos na cobertura. Á súa vez, avaliarase a análise da demanda dos programas e proxectos, e as súas vías de difusión.

## **3. Avaliación de resultados (despois da intervención)**

Esta avaliación ten como finalidade comparar os resultados obtidos cos propostos **na planificación, tanto no plan no seu conxunto** como en cada un dos seus programas e accións. E dicir, evidenciar se os obxectivos propostos inicialmente se cumpriron. Teranse en conta estes indicadores:

- Método utilizado (cuantitativo e cualitativo) de valoración de resultados
- Instrumentos de medida (memorias, cadros de actividade)
- Definición dos sistemas específicos de recollida de información
- Método de análise da información recollida

### **INDICADORES DE AVALIACIÓN POR PROGRAMAS**

A avaliación é un proceso dinámico que parte de cada un dos programas e accións concretas que se realizan e que dan paso á avaliación xeral do plan. Polo tanto, cada programa ou acción, segundo os seus obxectivos e metodoloxía, ten o seu propio modelo de avaliación e os instrumentos e indicadores específicos. As diferentes avaliacións requiren do traballo do persoal técnico así como da coordinación e/ou supervisión externa.

Contemplanse se cada programa tivo os resultados esperados e se estes están relacionados coas actividades previstas. Para unha boa posta en práctica desta

avaliación será preciso coñecer a opinión dos participantes mediante enquisas de satisfacción, o grao de aceptación etc.

En última instancia, os resultados da avaliación dos diferentes programas e accións do plan, servirán para elaborar a memoria anual do plan, que será a canle difusora destes resultados.

Por outra parte, tamén sinalamos a necesidade de realizar unha avaliación da colaboración interinstitucional e intrainstitucional: co obxectivo de valorar cualitativa e cuantitativamente a coordinación entre as diferentes institucións.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

- BECOÑA, E. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior Universidad de Santiago de Compostela, 2002.
- BECOÑA, E. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Universidad de Santiago de Compostela, 1999.
- BECOÑA, E. *La vida recreativa en Santiago de Compostela: análisis del estado de la situación y propuestas para prevenir los factores y las conductas de riesgo asociadas a la misma*. USC (Universidade de Santiago de Compostela), 2009.
- BROTHERHOOD A., SUMNALL H. *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve*. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Centro para la Salud Pública, Liverpool John Moores University, Reino Unido, 2013.
- CANTOS, RAQUEL et al. *Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias Diagnóstico y recomendaciones*, Fundación Atenea, 2015.
- CENTRO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS (SPOTT) *Guía para la elaboración de un plan local de drogodependencias*. Diputación de Barcelona, 2012.

- DIPUTACIÓN DE BARCELONA. *Guía para la elaboración de un plan local de prevención en drogodependencias. 2013.*
- FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) *II Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Federación Española de Municipios y Provincias. 2006.*
- FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) *V Catálogo de buenas prácticas en drogodependencias. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Federación Española de Municipios y Provincias. 2015.*
- FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. Ministerio e interior. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Federación Española de Municipios y Provincias 2001.*
- MARTÍNEZ, P. *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias (ASECEDI), 2008.*
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS. *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve. Observatorio europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013.*
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS. *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. Observatorio europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017.*
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Estrategia nacional sobre adicciones 2017 – 2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017.*
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 2016/2017(ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018.*
- PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS. *Procesos preventivos e carteira de servizos en materia de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad - Servicio Gallego de Salud. Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencias, 2008.*



- SÁNCHEZ, L. et al. Xénero e drogas. *Drogas e perspectiva de xénero*. Documento marco. Plan de atención integral de saúde da muller de Galicia. Xunta de Galicia, 2008.
- SEDÓ, C. *Modelo de traballo con xóvenes desde a confrontación. Flexiones y reflexiones del traballo con xóvenes en Santa Coloma de Gramenet*. Págs 13-21. Los xóvenes, el conflito y la pluriculturalidad: actuaciónes desde la educación social. Coord. por Rafael Calvo de León. Estudio Euroláser, 2005.
- SERRANO, A. J. *Proyecto de prevención del mal uso de las nuevas tecnoloxías*. Universidad de Castilla La Mancha (UCLM), 2011.
- Unidade de Psicoloxía do Consumidor e Usuario. *Consumo de Drogas e Uso Problemático de Internet entre os adolescentes de Santiago de Compostela*. USC (Universidade de Santiago de Compostela), 2017.

#### WEBS DE INTERESE

- [http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project\\_id=418&tab=overview](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=418&tab=overview) (EDDRA)
- [https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda\\_es](https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_es)
- <https://www.drogomedia.com/>
- [http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/que\\_podeu\\_fer\\_per\\_prevenir/](http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/que_podeu_fer_per_prevenir/)
- <http://irefrea.org/tu-decides-quality-level-3-eddra/>
- <http://www.pnsd.msssi.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/observatorio/home.htm>
- <http://politicadedrogas.org/es/justificacio/>
- <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>