



## **II PLAN LOCAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS ADICCIÓNS** **2006-2008**

### **PROXECTO**<sup>1</sup>

#### **1. INTRODUCCIÓN**

O II Plan Local de Drogodependencias e outras Adiccións (PLDA) de Vigo para o período 2006-2008 é un documento de consenso, elaborado por técnicos das entidades que integran o PLDA, no que se propoñen obxectivos e estratexias de intervención no ámbito das condutas adictivas e da súa problemática asociada, a nivel local.

O PLDA 2006-2008 pretende ser -ante todo- un instrumento de coordinación entre as entidades prestatarias dos servizos e as diferentes administracións implicadas, para conseguir unha maior coherencia e efectividade nas accións desenvolvidas a nivel local.

Como obxectivo xeral, preténdese conseguir unha adaptación das estratexias de intervención propostas desde as administracións central e autonómica ao ámbito local, perseguindo a maior eficiencia dos recursos dispoñibles, mediante a coordinación, colaboración e complementariedade dos seus dispositivos, programas e accións.

O II PLDA 2006-2008 mantén basicamente a mesma estrutura xeral e referentes normativos que o documento que o I PLDA 2002-2004, prestando unha especial atención ás directrices da Estratexia Estatal sobre Drogas e do Plan de Galicia sobre Drogas.

Neste documento proporcióname, en primeiro lugar, unha análise diagnóstica sobre a realidade específica das condutas adictivas no ámbito territorial de Vigo

En segundo lugar, propóñense diversos obxectivos, estratexias e accións concretas, para cada unha das áreas seguintes:

- 1.- Organización
- 2.- Prevención
- 3.- Asistencia
- 4.- Incorporación Social

---

<sup>1</sup> Este Proxecto ten como base a avaliación do Plan 2002-2004, as propostas presentadas por cada Coordinador dos grupos de traballo de Prevención, Asistencia e Incorporación Social do PLDA, os datos provintes do *Estudio Epidemiolóxico sobre drogodependencias e outras adiccións en xoves de 14 a 18 anos do Concello de Vigo*, elaborado en 2005 polo profesor D. Elisardo Becoña, promovido polo Concello a través do PLDA e financiado pola Fundación Barrié de la Maza.

Unha vez presentado a nova lectura pola actual Comisión Permanente do PLDA, redactarase o documento definitivo que se someterá á aprobación da Asemblea do PLDA e, posteriormente, á da Xunta de Goberno Local, para a súa implementación posterior, coa contratación do equipo da Oficina Técnica do PLDA e constitución do Consello Local sobre Drogodependencias e outras Adiccións (CLDA). Esta estrutura conformará, xunta con este documento, o corpo e contido do Plan Local de Vigo para 2006-2008.



Para a elaboración do PLDA 2006-2008 os técnicos tiveron en conta, ademais do propio coñecemento persoal derivado da súa práctica profesional, a experiencia do I PLDA 2002-2004, as conclusións do primeiro estudo epidemiolóxico sobre consumo de drogas e outros problemas adictivos en Vigo, e as achegas realizadas por asistentes ás V Xornadas do PLDA a través dos grupos de traballo organizados ao efecto.

Aínda que o presente documento é froito dun intenso traballo técnico de coordinación e consenso entre as entidades do PLDA, non é menos certo que -para o seu execución- é necesario contar co compromiso e a colaboración de todos os axentes implicados, entre os cales desempeñan un papel decisivo as administracións local e autonómica, en función das súas respectivas competencias nos diferentes ámbitos de intervención.

## **2. EPIDEMIOLOXÍA**

Probablemente, a acción máis significativa que se deriva do PLDA 2002-2004, pola súa contribución á mellora do coñecemento sobre este fenómeno e pola súa utilidade práctica para o futuro inmediato, foi a realización do primeiro estudo epidemiolóxico sobre consumo de drogas e outros problemas adictivos en Vigo. Este traballo de investigación foi proposto e promovido desde o PLDA, xestionado a través do Concello de Vigo, e levado a cabo polo equipo do Prof. Elisardo Becoña, da Universidade de Santiago de Compostela, grazas ao patrocinio da Fundación Pedro Barrié da Maza.

Este estudo permitiu dispoñer, por primeira vez, de datos específicos sobre a realidade concreta do problema no ámbito territorial de Vigo. Constitúe, xa que logo unha fonte de información fundamental para o deseño de estratexias de prevención e asistencia adaptadas ás necesidades reais e concretas desta cidade. Debido á súa extensión, no presente documento recóllese só unha síntese das conclusións principais. Para un maior detalle, recoméndase a consulta do estudo orixinal.

### **2.1 ESTUDO EPIDEMIOLOXICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS ADICCIÓNS NOS/AS MOZOS/AS DE 14 A 21 ANOS DA CIDADE DE VIGO**

O estudo completo se estrutura en diferentes seccións que, no seu conxunto, proporcionan información variada sobre as características do fenómeno das condutas adictivas en Vigo. Os datos foron recollidos, entre novembro de 2004 e outubro de 2005, sobre unha mostra de 497 mozos/as de 14 a 21 anos, 370 nais destes/as mozos/as, e 108 profesores/as de 18 centros educativos da cidade.

Nos/as mozos/as, realizouse unha avaliación de cada unha das seguintes áreas:

- Variables sociodemográficas
- Aprobación e risco percibido para consumir drogas
- Motivos para consumir drogas e afrontamento do non consumo
- Condutas relacionadas co consumo e condutas de risco ou de protección relacionadas co consumo de drogas
- Consumo/non consumo de drogas (frecuencia de consumo algunha vez na vida, últimos 6 meses, últimos 30 días).



- Factores de risco e protección familiar.
- Factores de risco e protección da comunidade.
- Factores de risco e protección escolar.
- Factores de risco e protección dos compañeiros e amigos.
- Factores de risco e protección individual: personalidade e características persoais.
- Psicopatoloxía do individuo e dos seus pais.

Nas nais, realizouse unha avaliación de cada unha das seguintes áreas:

- Variables sociodemográficas.
- Conductas de saúde.
- Información sobre as drogas.
- Crenzas sobre o consumo de alcohol e outras drogas dos/as mozos/as.
- Conductas de consumo de drogas.
- Conductas de risco relacionadas co consumo de drogas.
- Estilo de crianza parental.
- Conductas excesivas de xogo ou xogo problema.
- Opinións e conductas sobre o lecer e tempo libre dos mozos/as e dos seus fillos.
- Diñeiro dispoñible polo seu fillo.
- Valoración do seu fillo nos distintos aspectos da súa vida.
- Características psicopatolóxicas da nai.
- Nivel de satisfacción da nai con distintos aspectos da vida, de si mesma, dos seus fillos, do seu contorno e do futuro.

Nos docentes, recolleuse información sobre aspectos moi diversos a través dunha Enquisa para profesores sobre distintas características dos mozos/as do Concello de Vigo, o consumo de drogas e a súa prevención.

As conclusións deste traballo de investigación preséntanse desagregadas en 5 volumes:

- Estudo en mozos/as: “Prevalencia do consumo de drogas, das Adiccións comportamentais, e a súa relación con factores de risco e protección relacionados coas mesmas nos/as mozos/as de 14 a 21 anos da cidade de Vigo”
- Estudo en Nais: “Estudo en nais. Valoración do consumo de drogas, lecer e tempo libre, a prevención do consumo de drogas, etc, dos mozos/as e dos seus fillos”
- Estudo en profesores: “Estudo en profesores dos centros onde se imparte ESO, o bacharelato e a formación profesional da cidade de Vigo, sobre o consumo de drogas dos mozos/as”
- Fenómeno de saír de marcha e botellón: “Saír de marcha e botellón nos mozos/as da cidade de Vigo”
- Resumo de conclusións e recomendacións para intervención: “Proposta de medidas para a prevención e control das drogas legais (alcohol e tabaco), ilegais (cannabis, cocaína, drogas de síntese, etc) e das Adiccións comportamentais, en función dos resultados obtidos no estudo epidemiolóxico sobre drogodependencias e outras Adiccións nos/as mozos/as de 14 a 21 anos da cidade de Vigo”



Como xa se dixo, os datos que se presentan a continuación son un resumo das principais conclusións.

## 2.1.1 ESTUDO EN MOZOS/AS DE 14 A 21 ANOS: PRINCIPAIS RESULTADOS

### 2.1.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As características sociodemográficas da mostra de 497 mozos/as participantes no estudo, móstranse nas táboas 1-a e 1-b.

**TÁBOA 1-a: Características sociodemográficas da mostra de mozos/as entre 14 e 21 anos**

Variable	Categoría	N	%
<b>Zona</b>	Vigo	497	100
<b>Sexo</b>	Varón	271	54,5
	Muller	226	45,5
<b>Grupo Idade</b>	Idade entre 14 e 17 anos	264	53,1
	Idade entre 18 e 21 anos	233	46,9
<b>Orixe</b>	Naceu na zona	400	80,5
	Naceu fóra	97	19,5
<b>Domicilio</b>	Vive na zona	491	98,8
	Vive fóra	6	1,2
<b>Antigüidade</b>	13 anos ou menos en Vigo	66	13,3
<b>Estado civil</b>	Solteiro	495	99,6
	Outro estado civil	2	0,4
<b>Filios</b>	Sen fillos	495	99,6
	Con 1 (1) o 2 (1) fillos	2	0,4
<b>Estudos completados Ou en curso</b>	Estudos primarios, básicos	6	1,2
	EXB	57	11,5
	FP	338	68,0
	BUP, ESO, Bacharel, Medios	7	1,4
	COU	88	17,7
	Universitarios	1	0,2
	Oposicións, Master, etc	0	0
<b>Estudos do Pai</b>	Sen Estudos	1	0,2
	Con Estudos Primarios	191	38,4
	Con Formación Profesional	43	8,7
	Con BUP	75	15,1
	COU	11	2,2
	Universitarios	95	19,1
	NS/NC	81	16,3
<b>Estudos da nai</b>	Sen Estudos	1	0,2
	Con Estudos Primarios	201	40,6
	Con Formación Profesional	47	9,5
	Con BUP	90	18,1
	COU	16	3,2
	Universitarios	81	16,3
		NS/NC	61

**TÁBOA 1-b: Características sociodemográficas da mostra de mozos/as entre 14 e 21 anos**

Variable	Categoría	N	%
<b>Laboral</b>	Traballa	58	11,7
	Non traballa	433	87,1
	Paro	6	1,2
<b>Convivencia</b>	Ambos Pais	370	74,4
	Esposo/a	5	1,0
	Falta Pai ou nai	31	6,2
	Pais separados /divorciados	58	11,7
	Só / Familiares / Parentes	10	2,0
	Amigos / residencia / pola súa conta	23	4,6
<b>Relixiosidade</b>	Non crente, ateo	197	39,6
	Non practicante	156	31,4
	Practicante ocasional	109	21,9
	Practicante frecuente	29	5,8
	Practicante moi frecuente	6	1,2
<b>Clase social</b>	Alta	2	0,4
	Media – alta	79	15,9
	Media	319	64,2
	Media – baixa	69	13,9
	Baixa	2	0,4
	NS/NC	26	5,2
<b>Ingresos propios</b>	Ningún	333	67,0
	<= 50.000 ptas.	50	10,1
	50.001 – 100.000 ptas	22	4,4
	100.001 – 150.000 ptas	18	3,6
	150.001 – 200.000 ptas	5	1,0
	200.001 – 300.000 ptas	2	0,4
	NS/NC	67	13,5
<b>Ingresos familiares</b>	< 50	1	0,2
	50 – 100	6	1,2
	101 – 150	28	5,6
	151 – 200	40	8,0
	201 – 300	98	19,7
	301 – 400	31	6,2
	> 400	31	6,2
	NS/NC	262	52,7



### 2.1.1.2 PREVALENCIA NO CONSUMO DE DROGAS

Na táboa 2 móstranse os resultados achados sobre a prevalencia do consumo de drogas legais e ilegais entre os/as mozos/as de Vigo:

**Táboa 2. Prevalencia do consumo de drogas en mozos/as de 14 a 21 anos en Vigo**

Droga	Consumiu algunha vez na vida	Consumiu nos últimos 6 meses	Consome diariamente	Consome semanalmente (1)
<b>Alcohol</b>				
Calquera tipo	80.9	69.8	3.4	27.4
Viño	65.8	35.8	0.2	6.0
Cervexa	63.0	45.9	3.0	17.1
Licores	71.8	61.6	0.2	19.1
<b>Tabaco</b>	55.3	36.9	21.7	5.8
<b>Cannabis</b>	38.6	21.9	3.4	5.4
<b>Drogas de síntese</b>	2.6	0.4	0.0	0.0
<b>Cocaína</b>	8.2	2.4	0.0	0.0
<b>Tranquilizantes</b>	5.4	2.6	1.0	0.4
<b>Anfetamina</b>	1.2	0.2	0.0	0.0
<b>Heroína</b>	0.4	0.0	0.0	0.0
<b>Alucinóxenos</b>	3.6	0.6	0.0	0.0

(1) O consumo de semanal é avaliado independentemente do consumo diario, contestando os suxeitos a unha ou outra alternativa como alternativas de resposta independentes. Se só se considerase o consumo semanal habería, xa que logo, que sumarlle tamén o consumo diario.

- Como pode apreciarse, dous de cada tres mozos destas idades probaron o alcohol e a metade o tabaco. Nos últimos 6 meses, máis da metade bebeu alcohol e un de cada tres consumiu tabaco. Centrados na conducta diaria e da última semana, un 20% consumiu alcohol e un 27,5% tabaco. De modo máis concreto, vemos que o 55.3% consumiu tabaco algunha vez, aínda que diariamente fuma o 21.7%. Consumiron viño algunha vez o 65.8%, cervexa o 63% e licores o 71.8%. Para todo tipo de alcohol, consumiu alcohol algunha vez o 80.9%. A nivel de consumo recente, este é baixo para o consumo diario, pero para o consumo semanal é dun 6% de viño á semana, 17% de cervexa á semana, e 19% de licores á semana. Para calquera tipo de alcohol é dun 27.4% á semana.
- Un 38.6% consumiu cannabis algunha vez na vida, un 19% fúmano polo menos unha vez á semana e un 3.4% diariamente.
- O consumo de medicamentos tranquilizantes foi dalgunha vez no 5.4%, do 0.4% á semana e un 1% diariamente.
- Para o consumo de inhalantes só hai un 0.4% algunha vez. Para as anfetaminas de 1.2% algunha vez e 0.2% recente.
- Para o consumo de éxtase un 2.6% consumiu algunha vez, e un 0.4% recentemente.
- Un 8.2% consumiu cocaína algunha vez na vida. Non se atopou consumo diario ou semanal, aínda que un 1.2% indica que a consomen menos dunha vez por semana.
- Para a heroína só un 0.4% consumírona algunha vez, pero se atopou consumo recente.
- O 3.6% consumiu algunha vez alucinóxenos, cun 0.4% para o consumo recente.



Na táboa 3 móstrase a distribución das cifras de consumo en función do sexo, segundo o grado de consumo.

**Táboa 3. Consumo de drogas en función do sexo (V = 271, M = 226), en porcentaxe**

Droga	Consumiu algunha vez na vida	Consumiu nos últimos 6 meses	Consome diariamente
	Home - Muller	Home - Muller	Home - Muller
<b>Alcohol</b>			
Calquera tipo	78,6 – 83,6	61,3 – 61,9	5,2 – 1,3
Viño	65,3 – 66,4	37,3 – 34,1	0,4 – 0,0
Cervexa	63,8 – 61,9	50,9 – 39,8	4,8 – 0,9
Licores	69,0 – 75,2	61,3 – 61,9	0,0 – 0,4
<b>Tabaco</b>	48,7 – 63,3	32,8 – 41,6	18,1 – 26,1
<b>Cannabis</b>	37,3 – 40,3	37,3 – 40,3	4,1 – 2,7
<b>Drogas de síntese</b>	1,1 – 4,4	0,0 – 0,9	
<b>Inhalantes</b>	0,0 – 0,9		
<b>Cocaína</b>	8,9 – 7,5	2,2 – 2,7	0,0 – 0,0
<b>Tranquilizantes</b>	3,7 – 7,5	1,1 – 4,4	
<b>Anfetamina</b>	1,1 – 1,3	0,0 – 0,4	
<b>Heroina</b>	0,0 – 0,9	0,0 – 0,0	
<b>Alucinóxenos</b>	3,3 – 4,0	0,4 – 0,9	

- Con relación ao sexo, atopáronse as mesmas proporcións que adoitan ser habituais nos últimos anos para o consumo de drogas: como maior consumo de tabaco en mulleres que en homes (55.1% homes vs. 62.8% mulleres dos que consomen para diario, ou 18.1% vs. 26.1% para o total dos homes e mulleres), e en alcohol no que se refire a algunha vez, pero non en intensidade de consumo, onde no consumo diario hai un 7.5% de varóns e un 1.9% de mulleres. Co cannabis ocorre o mesmo que co alcohol, probárono máis mulleres (37.3% varóns, 40.3% mulleres) pero o consumo diario é maior en varóns (19.6% vs. 11.3% en homes e mulleres). Para a cocaína, os homes probárona máis que as mulleres algunha vez na vida (8.9% vs. 7.5%), aínda que aparece que elas probaron máis os inhalantes e os alucinóxenos. Nestes últimos casos, dado o tamaño da mostra hai que tomar con precaución estes datos.

Na táboa 4 móstrase o consumo de drogas por grupos de idade e grados de consumo.

**Táboa 4. Consumo de drogas en función da idade (14-17, n = 264; 18-21, n = 233)**

Droga	Consumiu algunha vez na vida	Consumiu nos últimos 6 meses	Consome diariamente
	14 a 17 – 18 a 21	14 a 17 – 18 a 21	14 a 17 – 18 a 21
<b>Alcohol</b>			
Calquera tipo	68,2 – 95,3	54,2 – 87,1	1,1 – 6,0
Viño	53,0 – 80,3	23,1 – 50,2	0,4 – 0,0
Cervexa	49,2 – 78,5	28,8 – 65,2	0,8 – 5,6
Licores	55,7 – 90,1	45,8 – 79,4	0,0 – 0,4
<b>Tabaco</b>	42,4 – 70,0	22,7 – 53,8	9,1 – 36,1
<b>Cannabis</b>	22,7 – 56,7	12,1 – 33,0	0,4 – 6,9
<b>Drogas de síntese</b>	0,0 – 5,6	0,0 – 0,9	
<b>Inhalantes</b>	0,0 – 0,9	0,0 – 0,0	
<b>Cocaína</b>	0,4 – 17,2	0,0 – 5,2	0,0 – 0,0
<b>Tranquilizantes</b>	2,3 – 9,0	1,1 – 4,3	
<b>Anfetamina</b>	0,0 – 2,6	0,0 – 0,4	
<b>Heroina</b>	0,0 – 0,9	0,0 – 0,0	
<b>Alucinóxenos</b>	0,4 – 7,3	0,4 – 0,9	



- Como era de esperar, as diferenzas son claras entre o grupo de menor idade (14-17 anos) e o de maior idade (18-21 anos), sendo este último o que presenta maior prevalencia de consumo. Resaltar que case un 10% dos/as mozos/as de entre 14-17 anos recoñecen un consumo diario de tabaco e a alta prevalencia no consumo de alcohol, tabaco e cannabis entre os menores, para as categorías de “algunha vez” e “nos últimos 6 meses”.

Na táboa 5 móstrase, para cada droga, a idade media de inicio no consumo da sustancia.

**Táboa 5. Idade de inicio ao consumo de drogas en mozos/as de 14 a 21 anos de Vigo**

<b>Idade de inicio</b>	<b>Media</b>	<b>D.T</b>
<b>Tabaco</b>	14,3	2,1
<b>Viño</b>	14,0	2,5
<b>Cervexa</b>	14,6	1,9
<b>Licores</b>	15,3	1,6
<b>Cannabis</b>	15,6	1,6
<b>Tranquilizantes</b>	16,2	2,1
<b>Inhalantes</b>	15,0	1,4
<b>Anfetaminas</b>	16,5	1,6
<b>Éxtase</b>	16,2	1,4
<b>Cocaína</b>	17,2	1,5
<b>Heroína</b>	15,0	0
<b>Alucinóxenos</b>	16,4	1,2

- Como pode apreciarse, a idade de inicio máis baixa atópase para o viño e o tabaco (en torno a 14 anos). Séguenlle logo a cervexa, inhalantes e heroína, aínda que nestas dúas últimas sustancias hai poucos suxeitos (15 anos de media). Logo séguenlle licores, cannabis e o resto das drogas (sobre 15,3 anos ou máis). Isto significa que entre 14 e 16 anos prodúcese o inicio na maioría das drogas, cunha desviación típica entre 1.5 e 2 anos. De facer á prevención, isto significa que os programas terían que comezar aos 12 anos xa de modo intensivo e mantelos ata os 16 anos con alta intensidade.

Na táboa 6, móstrase unha comparativa entre os datos do presente estudo e os procedentes de estudos de referencia de ámbito autonómico e nacional. Neste sentido, contéplanse os datos da enquisa escolar do Plan Nacional sobre Drogas de 2004, que se realizou en persoas de 14 a 18 anos de idade, e os do Plan de Galicia sobre Drogas do 2003, nas idades desagregadas de 12 a 18 anos e de 19 a 24 anos.



**Táboa 6. Consumo das distintas drogas algunha vez na vida (en porcentaxe) en Estudos nacionais (Enquisa Escolar PNSD, enquisa de 2004, 14-18 anos) e Plan de Galicia sobre Drogas (enquisa de 2003, 12-18 e 19-24 anos)**

	Enquisa Escolar PNSD	Enquisa PGSD		Enquisa PLDA
	(2004)	(2003)		(2005)
	14-18 anos	12-18, 19-24 anos (1)	Área sanitaria de Vigo (2)	14-21 anos
<b>Alcohol</b>	80.6	83.0 – 73.3	-	80.9
<b>Tabaco</b>	33.1	43.1 – 59.9	30.4	55.3
<b>Cannabis</b>	42.0	16.6 – 17.7 (3)	5.8	38.6 (21.9) (5)
<b>Drogas de síntese</b>	4.6	1.9 – 5.8	0.8	2.6
<b>Cocaína</b>	8.5	2.4 – 3.3	1.0 (4)	8.2
<b>Tranquilizantes</b>	6.6	0.9 – 0.8	4.0	5.4
<b>Inhalantes</b>	-	-	-	0.4
<b>Speed e anfetamina</b>	4.3	0.1 – 0.8	0.4	1.2
<b>Alucinóxenos</b>	4.5	0.0 – 0.2	0.3	3.6
<b>Heroína</b>	-	0.1 – 0.8	0.4	0.4
<b>Antiinflamatorios</b>	-	-	-	21.3 (0.8) (6)

LENDAS: PNSD. Plan Nacional sobre Drogas / PGSD. Plan de Galicia sobre Drogas / PLDA. Plan Local de Drogodependencias e outras Adicións.

- (1) A primeira cifra corresponde ás persoas de 12 a 18 anos e a segunda aos de 19 a 24 anos.  
 (2) Toda a poboación, de 12 anos en diante, consumo nos últimos 6 meses.  
 (3) Este dato correspóndese ao consumo nos últimos 6 meses. A enquisa non proporciona datos para algunha vez na vida.  
 (4) Habería que engadir un 0.2% de consumidores de crack.  
 (5) O 21.9% refírese aos últimos 6 meses para poder facer a comparación co total de Galicia.  
 (6) Entre paréntese o consumo diario

- Pode apreciarse como os datos para o consumo de alcohol (algunha vez na vida) son semellantes aos obtidos nas enquisas nacionais e de Galicia. No caso de Vigo, un 80.9% probou alcohol algunha vez na vida. Con relación ao consumo de tabaco, é lixeiramente superior en Vigo, onde un 55.3% probouno algunha vez na vida, respecto de as dúas enquisas de comparación.
- Para o consumo de cannabis, vemos que o consumo “algunha vez” é semellante ao atopado na enquisa escolar nacional (14-18 anos), aínda que lixeiramente máis alto que para Galicia nas idades semellantes (16.6% a 17.7%, cando neste estudo é do 21.9%).
- Onde si hai unha porcentaxe significativamente maior de consumo é na cocaína, xa que neste estudo atópase que un 8.2% consumírona algunha vez na vida, mentres que no último estudo en Galicia é do 2.4% para 12-18 anos e do 3.3% para 19-24 anos. Curiosamente, o dato obtido no noso estudo é case o mesmo que o obtido para o conxunto de España na enquisa escolar de 14 a 18 anos, que cobre todo o territorio nacional. Un resultado semellante a este atópase no consumo de tranquilizantes e alucinóxenos.
- Para o consumo de drogas de síntese, nesta mostra áchase un consumo menor có da enquisa escolar e do estudo de Galicia, para idades semellantes (2.6% algunha vez).
- Para o consumo de heroína atopamos que un 0.4% probárona polo menos unha vez na vida, que é o mesmo resultado que se obtén para o área sanitaria de Vigo no estudo do Plan de Galicia sobre Drogas (2004).

En resumo, os anteriores resultados indican que o consumo nesta mostra de mozos/as da cidade de Vigo é moi semellante, ou menor, que os resultados obtidos na Enquisa Escolar (14-18 anos) a nivel nacional, pero maior que o promedio da enquisa realizada en Galicia polo Plan de Galicia sobre Drogas (2004) no ano 2004 para as idades de 12-18 e 19-24 anos. Tamén se observa a existencia de





consumo de máis drogas recreativas (cocaína e cannabis) que no global de Galicia, o que é coincidente co feito de estar falando dunha gran cidade, onde o peso da diversión é alto. Con todo, o consumo de alcohol é igual ao obtido noutros estudos, aínda que o de tabaco é superior.

### 2.1.1.3 PREVALENCIA DAS ADICCIÓNS COMPORTAMENTALES

Outro dos obxectivos do presente estudo era coñecer a prevalencia de distintas adiccións comportamentais, como a adicción ao xogo de azar, ás compras, a internet, aos videoxogos e ao teléfono móbil.

Os resultados, que se recollen na táboa 7, mostran o xurdimento de adiccións ás novas tecnoloxías e, ao tempo, un descenso nos problemas de xogos de azar, tal como se vén observando en Galicia nos últimos anos e noutros países.

**Táboa 7. Porcentaxe de persoas con probables adiccións comportamentais en mozos/as de 14 a 21 anos en Vigo.**

Probable adicción a	Mostra total	Sexo Home - Muller	Idade 14 a 17 - 18 a 21
<b>Xogos de azar</b>	1.0	0.7 – 1.3	0.4 – 1.7
<b>Compras</b>	8.7	3.3 – 15.0	4.2 – 13.7
<b>Internet</b>	12.7	14.4 – 0.9	13.2 – 12.0
<b>Videoxogos</b>	6.6	11.4 – 0.9	6.8 – 6.4
<b>Teléfono móbil</b>	12.1	6.3 – 19.0	12.9 – 11.2

- Así, o número de persoas con probable adicción ao xogo de azar é do 0.6%, avaliados como xogadores problema, que xunto ao 0.4% dos xogadores en risco supoñería un máximo do 1% de persoas con problemas de xogo. Hai o dobre de mulleres que de varóns con risco de adicción aos xogos de azar e dáse fundamentalmente no grupo de 18-21 anos (un 1.7% de xogadores en risco e problema).
- No caso da adicción ás compras, aparece unha probable adicción no 8.7% da mostra, cunha clara predominancia nas mulleres (15% respecto ao 3.3% dos varóns) e na idade de 18 a 21 anos (cun 13.7%).
- A cifra aínda é maior para a probable adicción a internet, que é do 12.7%, aínda que maior en varóns (14.4%) que en mulleres (10.6%) e aproximadamente igual nas idades consideradas (13.3% e 12%).
- Hai un 6.6% de probables adictos aos videoxogos, que se distribúen case en exclusiva en varóns (11.4% respecto ao 0.9% en mulleres), aínda que por idades o nivel de adicción é semellante.
- Outra adicción cunha alta porcentaxe é a adicción ao teléfono móbil, onde hai un 12.1% de probables adictos aos mesmos, predominando significativamente máis nas mulleres (19%) que nos homes (6.3%), aínda que semellante en ambas idades (12.9% e 11.2%).

De modo semellante ao que ocurría co consumo das distintas sustancias psicoactivas, os problemas de adicción a distintas conductas incrementase coa idade, como ocorre co xogo e as compras. En cambio, os resultados son aproximadamente iguais para a probable adicción a internet, videoxogos e utilización teléfono móbil.



Esos resultados indícanos un nivel de probable adicción realmente moi alto para varias das novas Adicións tecnolóxicas. Así, mentres que unha adicción clásica como o xogo de azar, coñecida como xogo patolóxico ou ludopatía, é baixa, e menor á que se obtiña fai anos, en cambio xurdiron outras con gran forza, como a adicción a internet, ao teléfono móbil, ás compras ou aos videoxogos. En todas elas, o lecer e tempo libre xoga un papel fundamental, xunto á dispoñibilidade de diñeiro e unha sociedade que facilita e en moitos casos potencia consumos excesivos que, nunha porcentaxe das persoas, convértense en conductas adictivas.

#### 2.1.1.4 FACTORES DE RISCO E PROTECCIÓN PARA O CONSUMO OU NON DE DROGAS

##### 2.1.1.4.1 ALCOHOL

Hai unha gran concordancia na maioría dos resultados para o consumo de viño, cervexa, licores ou alcohol en xeral, en relación aos factores de risco e protección familiar, comunitarios, escolares, dos amigos e persoais, tanto para o consumo de alcohol algunha vez na vida, nos últimos 6 meses ou recentemente e para calquera tipo de alcohol consumido (viño, cervexa, licores). Por iso, os resultados referímolos ao consumo de alcohol algunha vez, sexa cal for o tipo de alcohol consumido.

Con relación coas variables sociodemográficas, os resultados mostran que o consumo de alcohol “algunha vez na vida” é menor nos que estudan ESO, BUP, COU que nos de formación profesional e universitarios, probablemente por un efecto idade, xa que por idades (18-21 vs. 14-17 anos) hai diferenzas significativas no consumo, a favor dos que teñen máis idade. Tamén consomen menos alcohol cando os estudos da nai ou do pai son primarios que de ter os pais outro tipo de estudos. Tamén os que traballan beben menos alcohol que os que non traballan ou están en paro. Os que se consideran non crentes son os que teñen o maior consumo de alcohol e os máis crentes o menor. Por ingresos propios hai unha relación ascendente entre maior consumo de alcohol a medida que se incrementan os ingresos económicos. En cambio non hai diferenzas en función dos ingresos familiares.

En relación á “frecuencia de consumo recente de alcohol” é máis frecuente o consumo nos que naceron fóra de Vigo, entre os que estudaron ou estudan FP, entre os que traballan, entre os que teñen outro tipo de convivencia (distinta ás outras dúas categorías que se consideran de: vivir con ambos pais, ou separado/divorciados os seus pais), os menos crentes, ter ingresos mensuais propios altos e para ingresos familiares medios (150.000 a 400.000 pts., 900 a 2.500 euros) da escala utilizada.

En *saír de marcha* hai unha clara diferenza significativa entre saír e consumir alcohol. Na mesma liña, para o consumo recente, en relación ás motivacións para saír, hai maior motivación a saír para buscar sensacións e coa motivación orientada á festa nos que beben alcohol como para a frecuencia de consumo recente.

En relación aos motivos para consumir e non consumir drogas, relacionado co consumo ou non de alcohol, aparece que para o consumo *algunha vez* hai diferenzas naqueles que nunca consomen que os que consumiron, onde os primeiros son os que teñen valores contrarios ás drogas xunto a que teñen menor puntuación no valor instrumental que lle dan á diversión e benestar persoal. Para o consumo recente a variable que aparece significativa é a de diversión e o benestar persoal, no



sentido de que os que non consumiron recentemente alcohol consideran significativamente máis que o valor como instrumento de diversión e benestar que o uso das drogas ten para quen as usa. Para a frecuencia de consumo recente a variable que aparece como significativa volven ser os valores e a diversión e o benestar persoal na mesma liña xa comentada para os que non consomen.

Dentro dos factores de risco e protección da comunidade, para consumir ou non alcohol algunha vez na vida, aparecen varios deles significativos. Así, os que non consumiron alcohol ten maior apego á comunidade, maior organización comunitaria percibida, menor tolerancia cara ás drogas legais, menor frecuencia de modelos de conducta desviada, menor risco percibido para o cannabis, menor dispoñibilidade percibida de cannabis, menor dispoñibilidade percibida de cocaína, maior reforzamento familiar e comunitario e maior valoración das institucións comunitarias. Para o consumo recente os resultados son semellantes como para a frecuencia de consumo, aínda que neste caso os de máis consumo de alcohol tamén ven unha maior dispoñibilidade de cocaína.

Nas variables de tipo familiar, o consumo de alcohol (respecto ao non consumo) asóciase co consumo de drogas da nai, dos irmáns e dun menor control e manexo parental entre os pais para con el. Para o consumo recente, aparecen significativas co consumo o conflito familiar e o menor control e manexo parental. Para a frecuencia de consumo aparecen relacionadas co maior consumo as peores relacións e comunicación co pai, o consumo de drogas dos irmáns e o menor control e manexo parental.

Nas variables da escola, os que non consomen teñen un maior apego á escola e unha maior supervisión parental. Para o *consumo recente*, os resultados son os mesmos dos *da frecuencia de consumo*, aínda que neste caso engádese outra variable máis que diferencia a ambos grupos: o menor rendemento académico nos que consomen máis.

Nas variables relacionadas cos amigos, os que consumiron alcohol algunha vez na vida saen máis cos seus amigos, máis tipos de actividades ao saír, fan menos actividades deportivas ou culturais, consomen máis drogas legais e ilegais, teñen menos rexeitamento a ter unha relación íntima cun consumidor, máis lectura e afeccións e van máis a espectáculos deportivos e outros. Para o consumo recente as variables que son significativas entre os que consumiron ou non son semellantes ás anteriores como para a frecuencia de consumo.

Respecto das variables relacionadas coa personalidade e a psicopatoloxía, atopamos que os que beberon algunha vez teñen diferenzas significativas respecto dos que non en que puntúan menos na escala de felicidade e máis na de procura de excitación, desinhibición, rebeldía e conducta desviada. Para o consumo recente, e de modo semellante, os que consomen teñen máis depresión, máis impulsividade, máis procura de excitación, máis desinhibición e máis rebeldía. Para a frecuencia de consumo, os resultados son semellantes aos anteriores, aparecendo para os que beben tamén unha menor satisfacción co traballo e os estudos.

Finalmente, en relación coas escalas e características da nai, atopamos que para o consumo ou non de alcohol non hai ningunha variable da nai que resulte significativa, aínda que para o consumo recente xorden como significativos os estilos democrático e permisivo, no sentido de que os que teñen nais máis democráticas e máis permisivas teñen maior probabilidade de consumir alcohol recentemente. Para a frecuencia de consumo non se atopa ningunha relación das características da nai co consumo de alcohol.



#### 2.1.1.4.2 TABACO

A análise de se as persoas consumiron ou non tabaco algunha vez na súa vida en relación cos factores de risco e protección indícanos, para as variables sociodemográficas que os que proceden doutra zona é máis probable que nunca o consumiron; os que estudaron ou estudan FP teñen maior probabilidade de habelo consumido, coma se traballan, se viven con amigos en residencia, se ten menor grado de práctica relixiosa, os de clase media ou media-baixa e os que teñen máis ingresos propios. Para a frecuencia de consumo recente, as variables que resultan ser significativas son semellantes ás anteriores.

Na escala de saúde os que non consumiron tabaco puntúan máis alto.

A implicación na marcha é maior nos que fumaron tabaco algunha vez, recentemente e segundo a frecuencia.

Dentro das motivacións para saír de marcha (saír para buscar sensacións, saír para ir de festa e poder tomar drogas, e saír para evadirse e socializar), os que consumiron algunha vez puntúan máis nelas. Para o consumo recente son significativas as dúas primeiras escalas, e na frecuencia de consumo recente aparece como significativa saír de festa e poder conseguir drogas.

Nos motivos para consumir drogas os que nunca consumiron tabaco puntúan máis baixo en considerar que os valores contrarios ás drogas son os que levan ás persoas a non consumir drogas e máis algunha vez e máis alto na escala de diversión e benestar persoal relacionada co consumo de drogas. Para o consumo recente, os que non consomen ven máis consecuencias negativas polo consumo de drogas. E, para a frecuencia de consumo aparece que os que menos consomen puntúan menos en valores cara ao consumo de drogas.

Nas variables relacionadas coa comunidade, os consumidores algunha vez de tabaco puntúan con diferenzas significativas en case todas as variables, respecto dos que non consumiron. Así os que non consumiron teñen maior apego á comunidade, maior organización comunitaria, menor mobilidade comunitaria, menor tolerancia ás drogas ilegais e legais, menor número de modelos de conducta desviada, maior risco percibido para o consumo de cannabis, menos dispoñibilidade percibida de cannabis, como de cocaína, maior reforzamento familiar e comunitario e maior valoración das institucións. Para o consumo recente os resultados son semellantes, e para a frecuencia de consumo as variables que aparecen como significativas son menor número de modelos de conducta desviada, menor dispoñibilidade percibida de cannabis e de cocaína.

Nas variables relacionadas coa familia, case todas resultan ser significativas. Así os que non consomen teñen mellor relación e comunicación co pai e a nai, respecto dos que consomen, menor consumo de drogas na nai e irmáns, menor maltrato e/ou abuso, menor conflito familiar e maior control e manexo parental. Para o consumo recente e frecuencia de consumo os resultados son semellantes aos anteriores.

Nas variables relacionadas coa escola, os que non consumiron nunca tabaco, respecto dos que si, teñen maior apego á escola, maior rendemento académico e maior supervisión parental. Para o



consumo recente aparece só significativa o maior control parental, como para a frecuencia de consumo xunto ao menor apego á escola para os que consomen.

Nas variables relacionadas cos amigos, o consumo de tabaco relaciónase con saír con amigos, menos actividades deportivas ou culturais, maior consumo de drogas legais e ilegais dos seus amigos, menos lecturas e afeccións, menos frecuencia de asistencia a espectáculos deportivos e outros e menor rexeitamento de relación íntima cun consumidor. Para o consumo recente e frecuencia os resultados son semellantes.

En relación ás variables de personalidade e psicopatoloxía, os que consumiron algunha vez tabaco na vida, respecto dos que non, teñen maior puntuación en depresión, menor felicidade, maior impulsividade, procura de excitación, desinhibición, agresividade, rebeldía, número de trastornos no ciclo vital e maior conducta desviada. Para o consumo recente os resultados son semellantes. Para a frecuencia de consumo aparecen a maior procura de excitación e a maior rebeldía.

Finalmente, nas escalas e características da nai, non aparece ningunha relacionada con probar ou non algunha vez tabaco, aínda que para o consumo recente como para a frecuencia de consumo o consumo asóciase cunha maior puntuación na escala de crianza democrático.

#### 2.1.1.4.3 CANNABIS

A análise de se as persoas consumiron ou non cannabis algunha vez na súa vida en relación cos factores de risco e protección indícanos, para as variables sociodemográficas que consomen máis cannabis os que proceden de fóra de Vigo, estudaron ou estudan FP, se os seus pais teñen estudos de BUP ou COU, se traballa, é non crente, é de clase social media ou media baixa, e ten ingresos propios.

Para a frecuencia de consumo recente de cannabis aparecen como significativas traballar e ingresos propios altos.

Na escala de saúde os que non consumiron cannabis puntúan máis alto.

A implicación na *marcha* é maior nos que consumiron cannabis algunha vez , recentemente e segundo a frecuencia de consumo.

Dentro das motivacións para saír de marcha (saír para buscar sensacións, saír para ir de festa e poder tomar drogas, e saír para evadirse e socializar), os que consumiron algunha vez cannabis puntúan máis nas dúas primeiras; para o consumo recente na primeira .

Para os motivos de consumir drogas, os que nunca consumiron cannabis algunha vez consideran que a falta de dispoñibilidade e coñecemento sobre os seus efectos son os que levan ás persoas a non consumir drogas, teñen máis valores contrarios ao consumo de drogas e consideran o valor instrumental na diversión e benestar que o uso de drogas. Para o consumo recente volven aparecer os valores xunto co menor valor instrumental dado ao sexo e experiencia vital. Para a frecuencia de consumo aparecen as limitacións á dispoñibilidade e os valores, no sentido xa indicado.



Nas variables relacionadas coa comunidade, os consumidores algunha vez de cannabis puntúan con diferenzas significativas en case todas as variables, respecto dos que non consumiron. Así, os que non consumiron teñen maior organización comunitaria, menor mobilidade comunitaria, menor tolerancia ás drogas legais, menor número de modelos de conducta desviada, maior risco percibido para o consumo de cannabis, menos dispoñibilidade percibida de cannabis, como de cocaína, maior reforzamento familiar e comunitario e maior valoración das institucións. Para o consumo recente e para a frecuencia de consumo os resultados son semellantes aos anteriores.

Nas variables relacionadas coa familia, case todas resultan ser significativas para o consumo ou non algunha vez. Así os que non consomen teñen mellor relación e comunicación co pai e a nai, respecto dos que consomen, menor consumo de drogas na nai e irmáns, menor maltrato e/ou abuso, menor conflito familiar e maior control e manexo parental. Para o consumo recente os resultados son semellantes aos anteriores. Para a frecuencia de consumo aparece relacionado co consumo de drogas nos irmáns e menor control e manexo parental.

Nas variables relacionadas coa escola, os que non consumiron nunca cannabis, respecto dos que si, teñen maior apego á escola, maior rendemento académico e maior supervisión parental. Para o consumo recente aparece significativa o maior apego á escola e oportunidades para implicarse na mesma nos que non consomen. Para o consumo recente o apego á escola e o rendemento académico maior para os que non consomen.

Nas variables relacionadas cos amigos, o consumo de cannabis relaciónase con saír con amigos, menos actividades deportivas ou culturais, maior compañía en casa ou rúa, maior consumo de drogas legais e ilegais dos seus amigos, menos lecturas e afeccións, ven máis TV e oen música, menos frecuencia de asistencia a espectáculos deportivos e outros e menor rexeitamento de relación íntima cun consumidor. Para o consumo recente os resultados son semellantes. Para a frecuencia de consumo aparece máis actividades de saír e maior consumo de drogas ilegais par os que consomen.

En relación ás variables de personalidade e psicopatoloxía, os que consumiron algunha vez na vida cannabis, respecto dos que non, teñen maior puntuación en depresión, menor felicidade, maior impulsividade, procura de excitación, desinhibición, agresividade, rebeldía, número de trastornos no ciclo vital e maior conducta desviada. Para o consumo recente, maior procura de excitación, desinhibición e rebeldía. Para a frecuencia de consumo, maior procura de excitación, maior desinhibición e maior conducta desviada.

Finalmente, nas escalas e características da nai, para o consumo algunha vez na vida, aparece relación con maior estilo de crianza autoritario e consumo. Para o consumo recente e frecuencia de consumo non aparece ningunha relación significativa

#### 2.1.1.4.4 COCAÍNA

A análise de se as persoas consumiron ou non cocaína algunha vez na súa vida en relación cos factores de risco e protección indícanos, para as variables sociodemográficas, que os que consumiron cocaína algunha vez na vida teñen maior probabilidade de que fixeron ou están facendo estudos de FP, os estudos da nai son primarios, traballa, ten un tipo de convivencia categorizada en “outras”, de clase media ou media-baixa, con ingresos propios altos.



Na escala de saúde os mozos/as que non consumiron cocaína puntúan máis alto.

Dentro das motivacións para saír de marcha (saír para buscar sensacións, saír para ir de festa e poder tomar drogas, e saír para evadirse e socializar), os que consumiron algunha vez cocaína puntúan máis nas dúas primeiras.

Para os motivos para consumir drogas, os que consomen cocaína puntúan máis en valores favorables cara ao consumo de drogas e menos no valor instrumental da diversión e benestar persoal que non consumir drogas.

Nas variables relacionadas coa comunidade, os consumidores algunha vez de cocaína puntúan con diferenzas significativas en case todas as variables, respecto dos que non consumiron. Así os que non consumiron teñen menor mobilidade comunitaria, menor tolerancia ás drogas ilegais e legais, menor número de modelos de conducta desviada, maior risco percibido para o consumo de cannabis, menos dispoñibilidade percibida de cannabis, como de cocaína, maior reforzamento familiar e comunitario e maior valoración das institucións.

Nas variables relacionadas coa familia, case todas resultan ser significativas. Así os que non consomen teñen mellor relación e comunicación co pai e a nai, respecto dos que consomen, menor consumo de drogas na nai, pai e irmáns, menor maltrato e/ou abuso, menor conflito familiar e maior control e manexo parental.

Nas variables relacionadas coa escola, os que non consumiron nunca cocaína, respecto dos que si, teñen maior apego á escola, maior supervisión parental e maiores oportunidades de implicarse na mesma. Para o consumo recente aparece significativa o apego á escola e as oportunidades para implicarse na mesma. Para a frecuencia de consumo aparece o apego á escola e maior rendemento académico nos que non consomen.

Nas variables relacionadas cos amigos, o consumo de cocaína relaciónase con saír con amigos, menos actividades deportivas ou culturais, maior consumo de drogas legais e ilegais dos seus amigos, menos lecturas e afeccións, menor rexeitamento de relación íntima cun consumidor e rexeita menos o intento de cambiar a actitude do outro sobre as drogas. Para o consumo recente os resultados son semellantes. Para a frecuencia de consumo aparecen menos actividades de saír e maior consumo de drogas legais dos seus amigos.

En relación ás variables de personalidade e psicopatoloxía, os que consumiron algunha vez na vida cocaína, respecto dos que non, teñen menor felicidade, maior impulsividade, procura de excitación, desinhibición, agresividade, rebeldía, número de trastornos no ciclo vital e maior conducta desviada.

Finalmente, nas escalas e características da nai, non aparece ningunha relacionada con probar ou non algunha vez cocaína coas variables avaliadas nas nais.

#### 2.1.1.4.5 OUTRAS DROGAS



Dados os escasos consumos para outras drogas, non foi posible analizar con suficiente grado de fiabilidade os factores de risco e protección relacionados co seu consumo ou non consumo.

## 2.1.1.5 FACTORES DE RISCO E PROTECCIÓN EN RELACIÓN COAS ADICCIÓNS COMPORTAMENTALES

### 2.1.1.5.1 COMPRAS

As persoas con probable adicción ás compras teñen unha menor puntuación na escala de saúde, están máis implicados na *marcha* e teñen unha maior puntuación en saír para estar de festa e consumir algo de droga.

Nas variables da comunidade, aparece que os que teñen probable adicción ás compras teñen maior mobilidade comunitaria, maior tolerancia ao consumo de drogas legais, maior cantidade de modelos de conducta desviada, menor risco no consumo de cannabis, consideran que hai maior dispoñibilidade de cannabis e de cocaína e maior valoración das institucións.

Nas variables familiares non aparece ningunha diferenza significativa.

Nas variables dos amigos, os que teñen probable adicción ás compras saen máis cos seus amigos, teñen menor compañía en casa ou rúa, maior consumo de drogas legais e ilegais dos seus amigos, e vai a menos espectáculos deportivos e outras que os que non teñen problemas.

Nas variables psicopatolóxicas e de conducta desviada, os que teñen probable adicción ás compras teñen maior nivel de depresión, menor felicidade, maior impulsividade, desinhibición, rebeldía e menor satisfacción global.

Finalmente, nas escalas e características das nais non hai ningunha diferenza significativa.

### 2.1.1.5.2 INTERNET

Os probables adictos a internet non teñen diferenzas na escala de saúde, implicación en saír de marcha ou motivación para saír de marcha ou para consumir drogas que os non adictos.

Nas variables da comunidade aparece que os que teñen probable adicción a internet teñen só maior cantidade de modelos de conducta desviada.

Nas variables familiares só aparece diferenzas en conflito familiar, onde os que teñen probable adicción a internet teñen maior conflito familiar que os que non.

Nas variables dos amigos, os que teñen probable adicción a internet non hai ningunha diferenza significativa.





Nas variables psicopatolóxicas e de conducta desviada, os que teñen probable adicción a internet teñen maior nivel de depresión, menor felicidade, maior agresividade, e maior nivel de déficit en habilidades sociais.

Finalmente, nas escalas e características das nais non hai ningunha na que haxa diferenzas significativas.

#### 2.1.1.5.3 VIDEOSOGOS

Os probables adictos aos videoxogos non teñen diferenzas na escala de saúde, implicación en saír de marcha ou motivación para saír de marcha ou para consumir drogas que os non adictos.

Nas variables da comunidade aparece que os que teñen probable adicción aos videoxogos teñen maior apego á comunidade e menor risco no consumo de cannabis.

Nas variables familiares os que teñen probable adicción aos videoxogos teñen maior maltrato e/ou abuso.

Nas variables dos amigos, os que teñen probable adicción aos videoxogos teñen menor compañía en casa ou rúa, ven menos televisión ou escoitan música, van a máis espectáculos deportivos e outras que os que non teñen problemas.

Nas variables psicopatolóxicas e de conducta desviada, os que teñen probable adicción aos videoxogos teñen maior impulsividade, agresividade, déficit en habilidades sociais e menor satisfacción no traballo e estudos.

Finalmente, nas escalas e características das nais os que teñen probable adicción aos videoxogos as súas nais teñen unha puntuación significativamente maior en depresión e en ansiedade trazo.

#### 2.1.1.5.4 TELÉFONO MÓBIL

Os probables adictos ao teléfono móbil non teñen diferenzas na escala de saúde nin na implicación en saír de marcha. Pero nas motivacións para saír de marcha teñen unha maior puntuación en saír para buscar sensacións, saír para ir de festa e buscar algo de droga e saír para evadirse e socializarse que os non adictos. Nos motivos para consumir ou non drogas, os probables adictos ven menos as consecuencias negativas das drogas e danlle un maior valor instrumental ao consumo de drogas asociado ao sexo e á experiencia vital.

Nas variables da comunidade aparece que os que teñen probable adicción ao teléfono móbil teñen maior cantidade de modelos de conducta desviada e maior percepción subxectiva de dispoñibilidade de cocaína.

Nas variables familiares non aparece ningunha diferenza significativa.



Nas variables dos amigos, os que teñen probable adicción ao móbil saen máis cos seus amigos, teñen un maior consumo de drogas legais os seus amigos e intentan cambiar a actitude do outro sobre as drogas.

Nas variables psicopatolóxicas e de conducta desviada, os que teñen probable adicción ao teléfono móbil teñen maior nivel de depresión, impulsividade, déficit en habilidades sociais e número de trastornos no ciclo vital.

Finalmente, nas escalas e características das nais aparece só unha diferenza significativa na escala de estilo de crianza democrático, onde os que non teñen problemas as súas nais puntúan significativamente máis.

#### 2.1.1.6 A PREDICCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS E DAS ADICCIÓNS COMPORTAMENTALES (ANÁLISES MULTIVARIADO)

A inclusión de todas as variables dos distintos dominios considerados (sociodemográficas, comunidade, familia, escola, amigos e características persoais) para cada unha das sustancias e adiccións, nunha análise multivariada mediante funcións discriminantes, permitiunos coñecer a porcentaxe de suxeitos correctamente clasificados e que variables entran como significativas na predicción. Estas foron as seguintes:

##### 2.1.1.6.1 ALCOHOL

Para o consumo de alcohol algunha vez ou non na vida, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 87.9% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de alcohol son:

- consumo de drogas legais nos seus amigos
- saír de marcha cos amigos
- sociodemográficas asociadas ao consumo de alcohol (maior idade, estudos de FP, etc.)
- menor apego á comunidade
- menor realización doutras actividades recreativas

Para o consumo habitual de alcohol, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 80,1% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de alcohol son:

- maior implicación en saír de marcha
- saír de marcha cos amigos
- sociodemográficas asociadas ao consumo de alcohol (maior idade, traballa)
- consumo de drogas ilegais polos amigos
- non rexeita a relación íntima cun consumidor
- menor valoración das institucións

##### 2.1.1.6.2 TABACO



Para o consumo de tabaco algunha vez ou non na vida, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 77.7% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de tabaco son:

- consumo de drogas legais nos seus amigos
- saír de marcha cos amigos
- modelos de conducta desviada
- sociodemográficas asociadas ao consumo de tabaco (ser muller, maior idade, etc.)
- procura de excitación
- agresividade.

Para o consumo recente de tabaco, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 67.3% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar o devandito consumo de tabaco son:

- consumo de drogas legais nos seus amigos
- menor dispoñibilidade percibida de cocaína
- menor puntuación na escala de saúde
- saír de marcha cos amigos
- menor supervisión familiar na escola
- menor número doutras actividades recreativas

#### 2.1.1.6.3 CANNABIS

Para o consumo de cannabis algunha vez ou non na vida, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 83,3% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de cannabis son:

- procura de excitación
- consumo de drogas legais nos seus amigos
- consumo de drogas ilegais nos seus amigos
- sociodemográficas asociadas ao consumo de cannabis (maior idade, muller, etc.)
- dispoñibilidade percibida de cocaína
- saír de marcha cos amigos

Para o consumo recente de cannabis, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 84.4% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de cannabis son:

- procura de excitación
- maior implicación en saír
- sociodemográficas asociadas ao consumo de cannabis (maior idade, non crente, con ingresos altos, etc.)
- menor apego á escola.

#### 2.1.1.6.4 COCAÍNA



Para o consumo de cocaína algunha vez ou non na vida, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 92,8% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar ese consumo de cocaína son:

- sociodemográficas asociadas ao consumo de cocaína (maior idade, maior cantidade de ingresos)
- procura de excitación
- consumo de drogas ilegais nos seus amigos
- maltrato e abuso na familia
- menor supervisión parental na escola
- Participar ou non no botellón

Na análise das variables que predicen o participar ou non algunha vez no botellón, as variables incluídas na análise permiten clasificar correctamente a un 87% dos suxeitos, o que significa que clasifica correctamente a 9 de cada 10 suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar devandita participación son as seguintes:

- actividades máis frecuentes de saír de marcha cos seus amigos
- consumo de drogas legais cos amigos
- dispoñibilidade percibida de cannabis
- Menor control e manexo parental
- Menor reforzamento familiar e comunitario
- Compañía dos amigos en casa ou na rúa

#### 2.1.1.6.5 ADICCIÓN ÁS COMPRAS

Para a adicción ou non ás compras, as variables incluídas de modo significativo na análise final (global) , permiten clasificar correctamente a un 91% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar dita adicción son as seguintes:

- sociodemográficas asociadas a problemas polas compras (non nacer na zona, menores estudos, con ingresos económicos)
- desinhibición
- consumo de drogas legais nos amigos
- menor compañía de amigos en casa ou a rúa

#### 2.1.1.6.6 ADICCIÓN A INTERNET

Para a adicción ou non a internet, as variables incluídas de modo significativo na análise final (global) , permiten clasificar correctamente a un 88% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar dita adicción son as seguintes:

- conflito familiar
- déficit en habilidades sociais
- bo rendemento escolar



#### 2.1.1.6.7 ADICCIÓN AOS VIDEOXOGOS

Para a adicción ou non aos videoxogos, as variables incluídas de modo significativo na análise final (global) , permiten clasificar correctamente a un 93,4% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar dita adicción son as seguintes:

- impulsividade
- maltrato e abuso
- asistir a espectáculos deportivos e doutro tipo
- menor compañía de amigos en casa ou a rúa
- apego á comunidade

#### 2.1.1.6.8 ADICCIÓN AO TELÉFONO MÓBIL

Para a adicción ou non ao teléfono móbil, as variables incluídas de modo significativo na análise final (global) , permiten clasificar correctamente a un 88% dos suxeitos. As variables que saen como significativas para explicar dita adicción son as seguintes:

- saír de marcha pola música, baile,...
- saír para evadirse e socializar
- déficit en habilidades sociais
- consómense drogas por experiencia vital, mellorar sexo, etc.
- sociodemográficas asociadas á adicción ao teléfono móbil (o pai non estudou na universidade)

### 2.1.2 ESTUDO EN NAIS: PRINCIPAIS RESULTADOS

A preocupación das nais dos/as mozos/as de 14 a 21 anos de Vigo deste estudo sobre o consumo de drogas é claro. Así, case todas (o 98.2%) considera que o consumo abusivo de alcohol afecta a moitas mozos/as e que dito consumo pode producirlle graves problemas como a destrución da súa vida (65.9%), de saúde (13.5%) e psicolóxicos, entre outros. Tamén, a maioría desaprobaba que o seu fillo consumise drogas (case do 100% para a cocaína e heroína; do 93% para o hachís, pero só do 53% para o tabaco). Isto significa que para elas as drogas ilegais son moi perniciosas, o consumo abusivo de alcohol tamén, pero non o de tabaco.

En relación ao lecer e tempo libre das mozos/as en xeral, que non especificamente dos seus fillos, a maioría ten valoracións negativas sobre como o utilizan (ex. para o 19.4% absórbelles demasiado tempo e desatenden as súas obrigacións; para o 12.9% están demasiado tempo fóra de casa e trasnoitan moito; para o 21.5% os pais non sabemos realmente o que fan; para o 23.5% non saben aproveitar ese tempo adecuadamente e abúrrense; e para o 20.9% non hai grandes problemas, utilizan o lecer de forma moi parecida a como se fixo toda a vida).

En cambio, a maioría delas están satisfeitas ou moi satisfeitas da utilización do tempo libre dos seus fillos (un 55.3% está bastante satisfeita e un 26.5% moi satisfeita; só un 15.9% está pouco satisfeita e un 2.4% nada satisfeita). Isto é unha contradicción co que comentan previamente. Aquí está a



diferenza que elas fan entre “as mozos/as” e “os seus fillos”, xa que consideran aos seus fillos moito mellores do que elas opinan sobre as mozos/as.

Isto confírmase, en parte, cando ao preguntarlles en que ocupa o seu fillo principalmente o seu lecer e tempo libre, indican como as dúas ocupacións principais estar cos seus amigos (73.8%), seguido de ver televisión (45.6%), escoitar música (49.4%), videoxogos e ordenador (34.4%) e facer deporte (33.8%), seguidas doutra con menor valor.

Tamén se aprecia que os máis novos non saen de noite no fin de semana, e que conforme se incrementa a súa idade saen máis. Así, as nais indican que o 30.3% dos seus fillos non sae. Dos que saen, a maioría sae un fin de semana (un 42.9% sae algún fin de semana); son menos os que saen todos. A hora de volver a casa que elas indican van na liña da doutros estudos, como as enquisas do Plan Nacional sobre Drogas. Neste caso indican, para os que saen, que un 5.5% chega antes das 12, logo das 12 un 13.5%, logo das 2 un 35.4%, un 39.2 logo das 4 e un 4.6% non volve en ocasións ata o día seguinte. Outro adicional 1.7% non sabe a que hora volve. Maioritariamente, nun 63.7%, deciden conxuntamente entre nai e fillo a hora de volver a casa. En menor grado a nai (11.4%), o pai (5.1%), pero nun 19.4% quen o decide é o fillo, por ter máis idade, estar independizado economicamente, etc. Curiosamente, na maioría dos casos, no 94.1%, as nais afirman que saben con quen sae o seu fillo pola noite.

Nesta mostra, o diñeiro que indican as nais de que dispoñen os seus fillos para gastar ao mes en diversión é baixo (a metade menos de 35 euros, outro 40% entre 40 e 100 euros, e o restante máis de 100 euros).

A valoración que teñen dos seus fillos é boa ou moi boa en relación á dedicación ao traballo/estudo, o seu agarimo e amor por elas, a súa selección de amigos e amigas e o seu comportamento en casa. En menor grado, pero tamén alto para o resto das conductas. Con iso vese que as nais teñen, en xeral, unha valoración moi positiva dos seus fillos.

Tamén hai que indicar que a avaliación do nivel de satisfacción da nai con distintos aspectos da vida, é moi positiva en case todos os aspectos, aínda que destaca de modo especial que a maior valoración que elas fan é sobre os seus fillos e o seu marido.

En relación á información que as nais teñen sobre as drogas, segue predominando a que obteñen dos medios de comunicación de masas (87.4%) e, en menor grado de amigos (36.2%), libros ou revistas especializadas (36.2%), conferencias, charlas ou cursiños (15.3%), estudos realizados (7.4%) e contacto directo con drogodependentes (15.9%). Aínda así, a maioría considera que a información que ten sobre as drogas é suficiente (70.6%); só un 28.5% considéraa escasa e un 0.9% non ten. A nivel de información o que máis lles interesa son os métodos de prevención (91.8%) e os efectos das drogas (83.2%). En menor grado as leis sobre drogas (14.1%) e a composición das drogas (8.8%).

Avaliado o consumo de drogas das nais, apréciase consumos medios ou baixos. Así fuma o 29.1%. Aínda que o 90.6% probou alcohol algunha vez na vida, diariamente só bebe un vaso de viño ao día un 21.1% e 2 un 1.9%. Á semana bebe algo de viño un 45.8%. Un 6.5% indica que toma unha cervexa ou sidra ao día e un 0.6% dous. Ninguén indica tomar aperitivos diariamente, aínda que se un 6.2% toma un ou dous á semana. De modo semellante un 1.3% toma algún licor de froitas á



semana ou champaña. Ninguén toma licores diariamente aínda que se un 0.9% toma un ou dous á semana. Ninguén toma cubatas diariamente pero se un 1.9% toma un á semana e de 2 a 4 outro.5% á semana.

Malia que un 37.9% indica que se emborrachou algunha vez na vida, isto foi habitualmente fai anos, cando eran novos. De modo semellante un 0.9% recoñece ser multado algunha vez por conducir baixo os efectos do alcohol, pero ningunha foi detida nin tivo accidentes de tráfico por beber alcohol.

Respecto ao consumo de drogas ilegais, un 15% afirma consumir porros algunha vez na vida, un 1.1% no último ano e un 0.5% no último mes. En relación ao consumo de drogas ilegais, como cocaína, éxtase, etc., un 5.3% probounas algunha vez na vida. Concretamente, destas, a principal foi a cocaína (2.2%). Nos últimos 12 meses unha nai indica que consumiu cocaína, pero ninguén nos últimos 30 días. Unha nai afirma consumir cannabis diariamente. Un 1.2% conduciu algunha vez baixo os efectos dalgunha drogas, pero o fixo cando era nova (de 20 a 25 anos), coa excepción dunha persoa que o fixo no último mes.

En relación aos xogos de azar, a maioría non xogou ás máquinas tragaperras (92.1%), nin ás quinielas (88.2%), nin foi ao casino (96.2%), bingo (84.7%) , cartas con diñeiro (92.9%) pero só o 32.4% nunca xogou á lotería. Só un 0.9% recoñece que o xogo causoulle problemas persoas, ninguén indica ter dependencia do xogo, e as preguntas para detectar problemas de xogo indican que os síntomas principais para o mesmo son pouco relevantes, tal como contestaron.

En conclusión, esta mostra de nais adecúase bastante ben ao consumo promedio da poboación, teñen unha idea positiva dos seus fillos, aínda que un pouco peor sobre os mozos/as e cren que teñen suficiente información sobre os seus fillos e sobre o que fan. Afirman ter suficiente información sobre drogas, sobre todo ao obtela dos medios de comunicación de masas. Claramente, viría ben mellorar algúns aspectos da información que teñen sobre drogas e coñecer mellor o comportamento dos/as mozos/as, entre os que se inclúen os seus fillos, como tales mozos/as que son.

### 2.1.3 ESTUDO EN PROFESORES: PRINCIPAIS RESULTADOS

Para facer o estudo en docentes utilizouse unha mostra de 108 profesores de 18 centros educativos da cidade de Vigo, dos cales 8 son Institutos de Ensino Medio, 4 de Formación Profesional e 6 de Ensino Privado ou Concertada. Representan aos colexios da cidade de Vigo dada a extracción aleatoria dos distintos Centros, que se estratificaron polo seu peso nas tres categorías seleccionadas (Institutos, Centros Privados e Formación Profesional). Todos os Centros de Formación Profesional son tamén públicos. Dos participantes no estudo, o 57.4% son mulleres e o restante 42.6% son varóns. A media de idade da mostra é de 43.17 anos (D.T. = 9.86), cun rango de idade de 25 a 68 anos.

Os resultados indícanos que as características demográficas dos profesores abarcan un amplo abano e representan ben ao promedio do profesor destes centros (ex., hai case tantos homes como mulleres; a media de idade é de 43.17 anos, o 67% están casados, etc.). Aínda que só o 44% naceu fóra da cidade de Vigo agora residen en Vigo a maioría deles, o 85%. A súa experiencia docente é dilatada, cunha media de 17 anos.



En relación ás opinións sobre o consumo de drogas nos/as mozos/as e adolescentes, a maioría deles, consideran que as mesmas son un importante problema e causa importantes efectos aos mozos/as. Así, o 78%, considera que o consumo de alcohol afecta a moitos/as mozos/as. Igualmente, que o maior problema que consideran que produce o consumo de alcohol é a destrución da súa vida (40.7%), seguido das consecuencias na saúde e as consecuencias psicolóxicas, cun 20% para cada unha delas. Onde xa hai maior tolerancia é na aprobación ou desaprobación do consumo. Así, o 63% o desaprobaría moito e o 37% o desaprobaría algo. Respecto ao tabaco, un 30.6% o desaprobaría moito e un 64.8% o desaprobaría algo. Curiosamente un 4.8% non o desaprobaría. Nas outras drogas os resultados son semellantes. Así, para o hachís, desaprobaría moito o seu consumo un 82.4% e algo un 16.7%. Un 0.9% non o desaprobaría. Onde si indican que desaprobarían moito o consumo é cando pasamos a falar de drogas como a cocaína, drogas de síntese ou heroína (desapróbaos moito o 99% para cada unha destas drogas). En suma, a desaprobación do consumo de drogas nos profesores desta mostra é clara, por ver o problema de preto e por ter eles un papel central para a educación e prevención no consumo de drogas.

En relación aos problemas que observan nos/as mozos/as na ocupación do seu lecer, a porcentaxe maior, un 36.1% indica que “non saben aproveitar ese tempo adecuadamente e abúrrense”, logo séguelle estar fóra de casa e trasnoitar moito (20%), os pais non saben o que realmente fan (24%), absórbelles demasiado tempo e desatenden as súas obrigacións (13.9%). Este é un aspecto importante xa que eles son das persoas que teñen un contacto máis próximo cos/as mozos/as, están varias horas con eles todos os días, e teñen unha visión ás veces moito máis obxectiva que a dos seus pais. Sobre este tema volveremos máis adiante.

Con relación á información que eles posúen sobre as drogas e a como a obteñen, un 76.9% afirma que a través dos medios de comunicación. Logo séguelle cun 37% de libros ou revistas especializadas, cun 34.3% dos seus amigos e un 26.9% de cursiños. Logo baixa ao 13.9% para estudos realizados e un 12% por contacto directo con drogodependentes. Estes resultados deben terse en conta xa que é claro que nos últimos anos os medios de comunicación incrementaron a relevancia do seu peso social, como ocorre neste caso coas drogas. Notemos que 3 de cada 4 obteñen a información dos medios de comunicación e só 4 de cada 10 de libros. Incrementar a formación sobre o tema de drogas é importante para este colectivo.

Un feito positivo é que unha parte importante dos profesores afirma que ten suficiente información sobre as drogas (un 72.2% considera que ten suficiente información sobre drogas, mentres que un 26.9% considera que a ten escasa e un 0.9% non a ten). Isto indica o seu interese polo tema. Cando lles preguntamos sobre que aspectos interésalles ter información, o principal é o de saber acerca de métodos sobre como previla, o que afirma o 97.2%; o 90.7% sobre os efectos que teñen as drogas, mentres que a penas esperta interese as cuestións das leis sobre drogas e a composición das mesmas. Isto suxire que os profesores reciben ben todo aquilo que se relaciona sobre como previr o consumo de drogas. Quizais a limitación real de facerlles chegar isto é o tempo dispoñible para que o poidan facer.

Os profesores, de modo semellante ao resto da poboación, teñen unha idea bastante real de como foi a evolución do consumo de drogas nos últimos anos. Así, case a metade, o 42%, consideran que diminuíu o consumo de tabaco, aumentado o de alcohol (65%) e cannabis (67%), cocaína (71%), drogas de sínteses (83%), mentres que o 58% afirma que descendeu o consumo de heroína. Sobre as





causas a que eles achacan a existencia actual do problema do consumo de drogas, indican as seguintes:

- á permisividade social ante as mesmas: 50.9%
- ás leis tolerantes co seu consumo: 9.3%
- á perda do valor tradicional da familia: 20.4%
- ao menor valor educativo da escola actual: 10.2%
- á sociedade consumista na que vivimos: 63%
- á mocidade actual que só busca o pracer e o benestar: 38%
- ao baixo prezo das mesmas: 8.3%

Estes resultados indican que para eles os dous elementos centrais para xustificar o consumo sería a sociedade consumista na que vivimos e a permisividade social ante as drogas. Realmente deron na diana dalgúnhas das principais causas que explican o consumo de drogas. Logo indican en terceiro lugar que os/as mozos/as actuais o que buscan é o pracer e o benestar e que, de modo importante, se relacionan coas dúas primeiras alternativas. Isto indícanos que os profesores non só pola súa formación, senón tamén polo seu contacto real e cotián co alumnado, son unha dos colectivos sociais que ten mellor información sobre as drogas, a súa prevención e as causas do seu consumo na sociedade actual.

Nesta mesma liña, para eles, o modo que suxiren que habería que poñer en marcha para solucionar o problema das drogas, serían os seguintes:

- Incrementar a educación sobre as drogas: 73.1%
- Ter normas e leis máis estrictas sobre elas: 22.2%
- Incrementar a educación dos pais: 31.5%
- Que a sociedade se faga máis consciente do problema: 57.4%
- Legalizalas: 13%
- Non se pode facer nada: 1.9%.

Como se pode apreciar nas contestacións, as mesmas indican, por unha banda, un relativo bo coñecemento sobre o problema do consumo de drogas e como afrontar a prevención e, por outro, e como era de esperar, que reivindican o valor educativo da escola e do profesorado, sexa en Institutos, Centros Privados, FP, etc. Só falta darlles medios, recursos e información de calidade. Unir educación con prevención pode ser un camiño excelente para lograr implantar accións concretas, eficaces e que se orienten a reducir o consumo de drogas.

Para coñecer o peso que lle dan ás drogas dentro do curriculum, dado que neste momento a educación sobre drogas é unha materia transversal, preguntóuselles sobre a relevancia que dan a unha serie de temas, indicaron (podendo elixir un máximo de tres), os seguintes:

- Educación moral e cívica: 51.9%
- Educación para a paz: 31.5%
- Educación para a igualdade de oportunidades: 17.6%
- Educación ambiental: 22.2%
- Educación sexual: 41.7%



- Prevención de drogodependencias: 56.5%
- Educación para a saúde: 37%
- Educación do consumidor: 13.9%
- Educación vial: 4.6%
- Interculturalidade: 20.4%

Aquí claramente apréciase que o primeiro lugar ocúpao a prevención das drogodependencias, seguido da educación moral e cívica e da educación sexual. Curiosamente, cada vez máis van unidas as drogas á sexualidade. Desde o VIH, as relacións sexuais non desexadas, embarazos non desexados, adoitan asociarse en toda unha serie de casos co consumo abusivo de alcohol e doutras drogas. A maior frecuencia de relacións sexuais, o consumo de drogas e a vida recreativa actual, indica que estes son temas centrais neste momento. Se a todo iso unimos a outra alternativa que dan, a de educación moral e cívica, é claro que estamos falando do concepto de “educación” no máis amplo sentido, aínda que traspasando a escola, xa que ten que incluír á familia e a todo o contexto social. En función destes resultados é claro o que habería que facilitar, de modo real, e potenciar este tipo de educación, aínda que sabemos das dificultades que isto entraña e a necesidade cada vez maior de que se lexislen aspectos que noutros momentos históricos, de hai só poucos anos, non tiñan sentido (ex., ouriñar na rúa, facer ruído na rúa a altas horas da madrugada, etc.).

Un aspecto de gran relevancia para este estudo é coñecer que opinan sobre a prevención das drogodependencias e sobre os programas preventivos. Nesta mostra, o 44.4% dos profesores coñece algún programa de prevención das drogodependencias. Isto significa que un pouco máis da metade non coñece ningún. Dos que coñecen, hai un amplo abano deles, varios implantados nos centros, outros no propio municipio ou por asociacións cidadás.

Contrariamente ao anterior, só o 28.7% recibiu ofertas formativas sobre a prevención das drogodependencias ou en educación para a saúde. Esta oferta, os que a recibiron, procedeu de lugares moi variados, desde o Concello, a Xunta, Centros de Drogodependencias, etc. E a oferta tamén foi variada, como charlas, conferencias, cursos, xornadas, etc. A maioría dos que participaron nas mesmas tiveron no propio Centro ou Instituto ou na propia cidade. O tempo para devandita formación foi en case todos os casos de ata 20 horas de máximo. O positivo é que de aqueles que recibiron dita formación, o 61.3% a utilizaron.

O que si indican os profesores desta mostra é que un 40%, no seu centro, non saben se hai profesores que recibiron formación sobre prevención de drogodependencias, outro 40% indica que a recibiron moi poucos profesores, un 4.6% que ningún e só un 13.9% indica que a maioría dos profesores do centro recibiron formación.

Preguntados acerca de se nos últimos 5 anos realizou algunha actividade preventiva sobre drogas dentro da aula, o 52.8% di que si. Centrado no último ano baixa ao 35.2%. Indican tamén, aínda que eles non o fixeron, de que un 68.5% realizaron actividades dirixidas á prevención de drogas por parte doutro profesor. Preguntóuselle tamén se outras persoas do seu centro fixeron actividades preventivas. Un 47.2% afirman positivamente que se fixeron e, ao preguntarles quen o fixo, foron maioritariamente por parte do Departamento de Orientación, dos titores e da dirección.



En relación a que aspectos consideran que se deberían priorizar nos programas de prevención das drogodependencias (podían contestar ata tres das alternativas que se lle propoñían), por orde foron:

- a educación en valores: 40.7%
- a información aos alumnos sobre as sustancias e os riscos asociados a elas: 63%
- o fomento do deporte e doutras alternativas de lecer saudables: 43.5%
- as actitudes positivas fronte á saúde: 26.9%
- a adquisición de habilidades sociais: 30.6%
- a capacidade de resistencia fronte ás presións do grupo de iguais e/ou a publicidade: 28.7%
- estimular a autoestima, a autonomía e a responsabilidade: 63%.

Como claramente se aprecia, apostan pola información sobre as drogas e os seus riscos e sobre estimular a autoestima, autonomía e responsabilidade.

Estes resultados indican que hai que incrementar a oferta formativa para os profesores sobre drogodependencias e manter esta oferta educativa no tempo. Desde o Concello e Plan Local de Drogas debería facer chegar información fluída e ofertar cursos para este colectivo.

Pedímoslles tamén aos profesores que valorasen diversas cuestións do seu centro escolar e dos seus alumnos, xa que é neste onde eles traballan e onde teñen que proporcionar a educación aos seus alumnos. A maioría considera que o ambiente no centro é moi bo ou bastante bo, a disciplina bastante boa para a metade e para case o 30% adicional, moi boa. O papel das ANPAS considéranlo bastante bo (52%) ou normal (28.7%) ou moi bo (18.5%), o ambiente entre os alumnos do centro bastante bo, normal ou moi bo e a autovaloración que os profesores teñen de como está considerado o seu centro é de bastante boa no 44.4%, moi boa no 25.9% e normal no 25.9%. Só un 3.9% afirma que bastante mala.

En relación á frecuencia de ocorrencia de incidentes no centro que adoitan considerarse negativos ou inadecuados, o 51.9% di que hai algo de violencia e un 1.9% bastante. O restante 46.3% que nada. Sobre o consumo de drogas un 44.4% di que nada, un 52.8% algo e un 2.8% bastante. Sobre a existencia de pelexas entre alumnos un 65.7% di que algo, un 5.6% bastante e un 28.7% nada. Sobre fracaso escolar un 64.8% di que algo, un 27.8% que bastante, un 4.6% que moito e un 2.8% que nada. Sobre as queixas dos pais, un 61.1% di que algo, un 5.6% que bastante e un 1.9% que moito. O restante 31.5% di que nada. E, en relación á existencia de problemas fóra do recinto escolar, un 76.9% di que algúns, un 16.7% que bastantes e un 1.9% que moitos. Un 4.6% indica que ningún.

En relación aos posibles problemas que poidan ter os seus alumnos, e que eles como profesores poden coñecer ben, opinan: en relación con problemas persoais, un 76.9% di que algúns, un 16.7% que bastantes e un 1.9% que moitos. Nos problemas académicos, un 63% que algúns, un 30.6% que bastantes e un 5.6% que moitos. Nos problemas familiares, un 72.2% indica que algúns, un 25% que bastantes e un 1.9% que moitos. Nos problemas afectivos, un 73.1% que algúns, un 19.4% que bastantes e un 3.7% que moitos. Nos problemas de relación cos compañeiros, un 88.9% que algúns, un 3.7% que bastantes e un 0.9% que moitos. Nos problemas económicos, un 66.7% que algúns, un 23.1% que bastantes e un 2.8% que moitos. Nos problemas de paro na súa familia, un 76.9% que algúns, un 12% que bastantes e un 3.7% que moitos. Nos problemas de uso abusivo de teléfono



móbil, un 32.4% que algúns, un 48.1% que bastantes e un 11.1% que moitos. O uso abusivo de roupa de marca un 54.6% indican que algúns, un 24.1% que bastantes e un 4.6% que moitos. En ver a televisión en exceso un 24.1% que algúns, un 51.9% que bastante e un 21.3% que moitos. En usar o ordenador en exceso, un 49.1% algúns, un 36.1% bastante e un 9.3% moitos. En gastar moito diñeiro cando saen, un 62% algúns, un 21.3% bastantes e un 6.5% moitos. En consumir drogas, un 80.6% algúns e un 5.6% bastantes. En padecer problemas mentais, un 38.9% algúns e un 0.9% bastantes. E, en padecer enfermidades físicas incapacitantes, un 38.9% algúns e un 0.9% bastantes.

Isto coincide cos resultados obtidos no presente estudo en relación coas adiccións comportamentais. Isto indica, unha vez máis, que os profesores dos centros educativos teñen unha visión real e obxectiva do que está pasando. Por iso, potenciar o seu labor, e coñecer as súas inquedanzas é un aspecto importante para mellorar non só o noso sistema educativo, senón tamén o noso sistema social.

A parte final da enquisa foi dirixida a coñecer tamén o seu consumo de drogas, tanto legais como ilegais. En relación ao consumo de tabaco, fuma o 22.2% habendo deixado de fumar outro 12% no último ano. Os que fuman, a gran maioría, o 71.9% deles fuma menos de 20 cigarros diarios. Un 25% dos que fuman fuma 20 cigarros diarios. Isto significa que teñen unha porcentaxe de consumo de tabaco menor ao da poboación xeral, o que mostra que a prevención aplícanla tamén neles mesmos.

Respecto ao alcohol, un 92.6% tomou algunha vez na súa vida unha bebida alcohólica. Dos 100 que contestan un 66% non consome nada de viño diariamente, un 24% un vaso diario, un 8% 2 ó 3 vasos diarios e un 2% 7 vasos diarios. Un 14% toma unha cervexa ao día e un 2% dous. Os outros consumos das restantes bebidas alcohólicas consideradas son baixos ou anecdóticos. Como para o caso do tabaco, o seu consumo de alcohol é moderado ou baixo en relación coa poboación xeral.

Achega de se se ha emborrachado algunha vez, un 47.2% afirma que si. Tamén un 24.1% afirma que fumou algunha vez hachís ou marihuana. Un 6.5% afirma fumar polo menos unha vez hachís ou marihuana no último ano. Reducido ao comportamento no último mes afirman habelos consumido polo menos unha vez o 2.8%, que por día, baixa ao 0.9%. En relación ao consumo doutras drogas, como cocaína, éxtase, heroína, etc., un 7.4% afirma habelas consumido polo menos unha vez na vida. Desta porcentaxe un 0.9% é para cocaína e un 1.9% para éxtase. Estes consumos non aparecen nin para os últimos 12 meses nin para o último mes, coa excepción dun caso de tomar cocaína unha vez no último ano. Na liña do xa comentado para o tabaco e o alcohol, as porcentaxes de consumo que indican están por baixo dos resultados de que dispoñemos para a poboación xeral. De todos os xeitos, se que é interesante para esa baixa porcentaxe de persoas que consomen algunha droga ilegal, proporcionarlles información adicional sobre as mesmas e indicarlles onde buscar axuda en caso de precisalo. Aínda así, volvemos insistir, a porcentaxe de consumo que indican está por baixo da media da poboación xeral.

A continuación resúmense as principais conclusións e recomendacións que derivadas do estudo sobre esta mostra de profesores:

- A maioría dos profesores teñen información sobre as drogas e unha parte deles leva a cabo accións preventivas na aula. O 73% indica que habería que incrementar a educación sobre



drogas na escola. O 57% tamén afirma que a sociedade debería facerse máis consciente deste problema.

- Detectan que están xurdindo novos problemas entre os seus alumnos, que eles especifican en porcentaxes do seguinte modo (para a categoría “moito” das utilizadas): ver a televisión en exceso (21.3%), uso abusivo do teléfono móbil (11.1%), usar o ordenador en exceso (9.3%), gastar moito diñeiro cando saen (6.5%), problemas académicos (5.6%), consumir drogas (5.6%), uso abusivo de roupa de marca (4.6%), entre os máis relevantes.
- Dos resultados obtidos cos profesores dos centros educativos pódese afirmar que eles teñen unha visión real e obxectiva do que está pasando cos seus alumnos e na sociedade. Por iso, potenciar o seu labor, e coñecer as súas inquietudes, é un aspecto importante para mellorar non só o noso sistema educativo senón tamén o noso sistema social.
- Débese potenciar o que poidan acceder a información actualizada sobre o consumo de drogas, os seus efectos e sobre como previr efectivamente o seu consumo. Esta información debe complementarse con outros aspectos relacionados coa educación en xeral, e coas drogas, como indican eles mesmos para a educación moral e cívica, educación sexual, etc.
- Dado que para a maioría dos profesores a súa principal fonte de obtención de información sobre as drogas é a través dos medios de comunicación, estes deben ser informados para que transmitan a toda a sociedade (os lectores, oíntes ou telespectadores) información sobre drogas que sexa obxectiva, realista e non se emitan informacións en sentido tremendista, distorsionado ou sensacionalista.
- Que se organice polo menos unha vez ao ano unha Xornada, curso, ou outra actividade, que lles permita obter información ou actualizar a información da que xa dispoñen sobre as drogas e a súa prevención. Xunto a iso considérase esencial que se potencien actividades nas que poidan aprender habilidades específicas para que poidan levar a cabo accións ou programas preventivos do consumo de drogas entre os seus alumnos.
- Deberían potenciarse os Centros de Orientación dos Centros escolares tanto para a detección deste problema, como doutros, para axudar ás persoas que poidan ter problemas. Tamén detectar outros problemas que se relacionan co consumo de drogas (ex., Adiccións comportamentais, problemas psicopatolóxicos, problemas familiares, etc.).
- Débese crear no recinto escolar un ambiente preventivo tanto relacionado co consumo de drogas como para todas aquelas condutas que favorezan o desenvolvemento integral da persoa, a súa maduración e o que poidan conseguir os seus obxectivos educativos, persoais e sociais.

#### 2.1.4 ALGUNHAS ACCIÓNS QUE SE PROPOÑEN PARA A PREVENCIÓN E CONTROL DO CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS E ADICCIÓNS COMPORTAMENTALES NOS/AS MOZOS/AS EN FUNCIÓN DOS RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO

##### 2.1.4.1 COMO ORGANIZAR A PREVENCIÓN E O CONTROL DO CONSUMO ABUSIVO

A implantación dun programa integral para a prevención e control do consumo abusivo de drogas e Adiccións comportamentais en mozos/as ten que ter uns obxectivos delimitados, como poden ser neste caso os seguintes:

1. Prevención do consumo de alcohol, tabaco e cannabis, especialmente, nos menores de idade, tanto referido a facilitar manter a abstinencia como a atrasar a idade de inicio no consumo desas drogas. Aquí cobra gran relevancia o reforzamento da abstinencia nos que nunca consumiron ou,



nos que xa consumiron, que deixen de consumir ou se manteñan en niveis de consumo moderados ou esporádicos.

2. Reducción de danos naqueles que empezan a consumir alcohol, tabaco, cannabis, cocaína e outras drogas. Aquí é especialmente importante ter en conta os novos patróns de consumo, como é ben representativo a forma de consumo do “botellón” ou nos que o seu obxectivo ao beber alcohol é chegar á embriaguez no menor período de tempo, así como actuar sobre o fenómeno máis global da vida recreativa nos seus aspectos negativos.
3. Previr que a persoa chegue a facer un uso abusivo dos instrumentos tecnolóxicos que levan á adicción (teléfono, internet, xogo, compras, etc.). Naqueles que o fan que deixen de facelo ou reduzan a gravidade da súa adicción.
4. Mellorar a calidade de vida e a satisfacción dos/as mozos/as cando saen a divertirse ou cando usan do seu tempo libre. Isto significa partir do punto de vista da saúde, por unha banda, e do dos/as mozos/as, por outra, para que con esta combinación poidan conseguir un adecuado desenvolvemento físico, psicolóxico, afectivo e social e que, ao tempo, teñan un tipo de diversión sa e libre de moitos dos riscos que carrega o consumo abusivo de alcohol e drogas, sexa puntualmente cando o obxectivo é a borracheira, ou alterar o estado de conciencia, ou cando este se realiza xa dun modo sistemático.
5. Reducción da morbi-mortalidade nos/as mozos/as que saen e beben abusivamente alcohol, fuman tabaco, cannabis, consomen cocaína ou outras drogas, especialmente referido a accidentes de tráfico, como ocorre nos menores de idade nos que utilizan a motocicleta para desprazarse, coche se son maiores de idade, ou fan do seu uso unha forma de diversión con condutas de risco claras na súa conducción. Tamén a evitar comas etílicos ou intoxicacións que leven a outras condutas de risco, como son as relacións sexuais non desexadas, sen protección, etc., para a prevención do VIH, embarazos non desexados, etc.
6. Detección dos/as mozos/as con consumos abusivos e repetitivos de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntese, etc., e a posibilidade da súa derivación a un centro de tratamento ou a poder realizar con eles distintos tipos de intervención ou axuda que permitan que non teñan problemas importantes a curto, medio e longo prazo polo seu consumo problemático ou abusivo de drogas. Aquí hai que prestar unha especial atención ao consumo de alcohol, tabaco e de cannabis, por ser porta de entrada a outras drogas, polos problemas de psicopatoloxía que se asocian ao seu consumo persistente e para evitar problemas físicos a curto e medio prazo.
7. Detección dos/as mozos/as con problemas de uso abusivo ou dependencia das distintas adiccións comportamentais. Aqueles que se detecten debería ofrecérselle a posibilidade da súa derivación a un tratamento ou a realizar con eles distintos tipos de intervención ou axuda que permitan que non teñan problemas importantes a curto, medio e longo prazo polo seu adicción comportamental.
8. Xunto aos puntos anteriores hai que necesariamente incluír outro que se relaciona coa concienciación da poboación respecto de as consecuencias negativas que trae o consumo abusivo de drogas e do abuso das novas tecnoloxías ou do consumismo. Malia a clara base sociocultural do consumo de alcohol, da relación do cannabis co lecer e tempo libre, do tabaco como modulador do estado de ánimo, entre outros exemplos que poderíamos expoñer, é imprescindible sensibilizar a toda a poboación, especialmente aos adultos, en moitos casos pais de nenos e adolescentes, das negativas consecuencias do consumo excesivo das drogas e do uso descontrolado da tecnoloxía e da necesidade de reducir ou abandonar o consumo de distintas drogas tanto na súa casa (ex., para o alcohol e o tabaco) como en celebracións festivas, onde o consumo en grandes cantidades de alcohol e de tabaco son unha parte delas (ex., celebracións



sociais como festas, vodas, bautizos, etc.). Ao mesmo tempo é importante facerlles ver, e mostrarlles, as vantaxes que teñen as celebracións e a diversión sen drogas, tanto sen bebidas alcohólicas, como sen tabaco, sen cannabis, e sen outras drogas, tanto para os/as mozos/as como para os adultos (estar máis descansado, evitar accidentes de tráfico, ter menos problemas de estómago, resacas, etc.). O mesmo vale para non abusar do consumismo e da tecnoloxía, como é ben claro nos últimos anos co abuso claramente observable pola rúa do teléfono móbil, as compras excesivas, etc.

Con relación á poboación diana para os programas de prevención, deberían diferenciarse tres grupos:

- O primeiro son os/as mozos/as escolarizados, fundamentalmente desde o primeiro ciclo da ESO (12 anos en diante), incluíndo o segundo ciclo da ESO, Bacharelato e Formación Profesional (ata os 18 anos). Este grupo correspóndese con persoas de 12 a 18 anos, menores de idade.
- O segundo grupo, a aqueles que seguen a estas idades e que están na Universidade ou noutro tipo de estudos, aos que non traballan, aos que están en paro ou os que están traballando, pero saen habitualmente de marcha. Este sería un grupo que comezaría nalgúns casos aos 16 anos de idade, aínda que a maioría estarían nos 18 anos de idade e continuaríase a intervención naquelas persoas ata os 30 anos de idade, nalgúns casos antes, que coincide coas persoas que non establecen unha relación estable de parella, non teñen un traballo estable e non se consideran adultos no sentido madurativo e social actual deste termo.
- E, o terceiro grupo, aos nenos e nenas de Ensino Primario, xa desde a escola, nos que é ideal que se poida comezar a facer con eles temperamente prevención para evitar que no futuro teñan problemas. Cando antes se comece con eles, moito mellor será o resultado.

Para o grupo de 12 a 18 anos, é claro que as medidas máis relevantes teñen que orientarse á educación e á prevención porque legalmente non poden beber alcohol, fumar tabaco nin consumir drogas ilegais como o cannabis ou outras. Tamén a que vaian atopando os lugares adecuados de diversión cos seus compañeiros e iguais. Aquí vai ser importante a dispoñibilidade de alternativas de lecer e tempo libre onde non estea presente o alcohol, tabaco ou outras drogas, ou onde se impida o acceso ás mesmas. En casos puntuais pódense poñer en marcha outros programas de redución de danos ou de tratamento.

Para as persoas de 18 ou máis anos, os programas teñen que orientarse á educación, prevención e redución de danos, incidindo en mellorar a calidade de vida e á satisfacción da diversión e do tempo libre. Dado que a maioría de idade aos 18 anos implica o libre acceso ao alcohol, ao tabaco, e unha maior facilidade para conseguir cannabis, cocaína, drogas de síntese, etc., adestrar a estas persoas en non consumir ou en facer consumos moderados vai ter unha gran relevancia e debe ser un elemento que debe guiar a nosa intervención.

A variable de xénero tamén é moi importante en todo o tema do consumo de drogas. Polo momento, as mulleres teñen en xeral un menor consumo, pero ese patrón está cambiando rapidamente. Como exemplo, para o consumo de alcohol, na mesma cantidade consumida, ten un efecto moito máis negativo na muller que no varón (depresión para o tabaco, embriagueces máis frecuentes co alcohol). O motivo diso está nunha cuestión biolóxica. Así, no caso do alcohol a muller pesa menos que o varón á vez que ten unha maior cantidade de graxa, o que facilita a maior absorción de alcohol



e un maior efecto que no varón coa mesma cantidade consumida. Por iso, en adultos, considérase que é necesaria unha intervención terapéutica, considerando as unidades de bebida estándar, cando a muller supera as 21 unidades/semana e o varón as 35 unidades/semana (1 unidade = 1 vaso de viño ou unha cervexa; 2 unidades = unha copa de coñac, xenebra, whisky, etc.). Dado que no momento actual a porcentaxe de mulleres que beben alcohol en exceso é unha porcentaxe importante, e xa se equipara ao do varón nos/as mozos/as, é necesario unha intervención específica e máis intensiva nas mulleres novas para evitar problemas físicos a curto, medio e longo prazo. O mesmo podemos dicir para o tabaco e para o cannabis.

Tampouco hai que esquecer, e iso afecta por igual a ambos sexos, que as persoas que teñen 12, 13 ou máis anos, están nun período de crecemento. Sustancias tóxicas como o alcohol, o tabaco, o cannabis, etc., poden ter unha influencia negativa en devandito crecemento ou no xurdimento de problemas de tipo físico ou psicolóxico prematuros facilitados polo consumo das distintas drogas ou por un consumo que fixeron puntual pero abusivamente (ex., borracheira).

#### 2.1.4.2 ACCIÓNS CONCRETAS A REALIZAR

Son varias as accións concretas a realizar para conseguir o anterior. Algunhas delas xa están en vigor a través dos recursos preventivos e asistenciais, outras implican reforzar o xa existente e algunhas habería que poñelas en práctica. Estas serían as seguintes:

##### 2.1.4.2.1 ACCIÓNS INFORMATIVAS E EDUCATIVAS PARA MOZOS, PAIS E POBOACIÓN XERAL

En función dos resultados obtidos neste estudo na cidade de Vigo é claro que un dos primeiros pasos é informar á poboación de cal é o estado da situación, aos mozos/as, aos pais, aos profesores e aos profesionais implicados directa ou indirectamente coas persoas destas idades.

Isto pode facerse mediante a comunicación directa a través de prensa, radio e televisión. Igualmente a través da elaboración de folletos informativos, para mozos/as e pais, anuncios en prensa, envío de notas aos medios de comunicación de masas (prensa, radio e televisión). Igualmente incidir na Escola, Institutos e Centros de FP e Universidade, dispoñendo de información sobre as consecuencias do consumo das distintas drogas e da existencia dunha porcentaxe significativa de Adiccións comportamentais. Débese proporcionar información obxectiva sobre isto e sobre as consecuencias negativas que pode ter ese consumo ou conductas adictivas. Viría ben facer cursos de formación para os profesores e outros profesionais cara á concienciación de todos os que se relacionan directamente cos/as mozos/as, para a detección, abordaxe ou derivación das persoas que teñan problemas aos recursos asistenciais públicos (centros asistenciais de drogodependencias, unidades de alcoholismo, servizos sociais, saúde mental, etc.).

Tamén, polo que hoxe sabemos, é de gran relevancia formar adecuadamente aos mediadores sociais que se vinculan cos/as mozos/as, como educadores de rúa, donos de locais de copas, persoal da hostalería, etc.

##### 2.1.4.2.2 ACCIÓNS PREVENTIVAS PARA OS/AS MOZOS/AS E PAIS





A prevención escolar debe ter como guías para a súa acción:

- incidir no non consumo e nos efectos negativos de consumir drogas, con datos obxectivos, malia que en moitos casos está amplamente estendido o consumo entre os adultos e novos (ex., alcohol, tabaco, cannabis)
- que teñan clara a diferenciación entre o consumo social, normativo –no que a persoa ten control do consumo, ou autocontrol-, do consumo descontrolado, da dependencia das distintas drogas e das graves consecuencias que carrega o consumo abusivo a nivel persoal, familiar, físico e social; o mesmo é aplicable para as adicións comportamentais
- que coñezan que o botellón non é unha conducta normativa e que a persistencia no seu uso pode carrexar problemas co alcohol (borracheiras, perda de control, accidentes de tráfico, comas etílicos, etc.)
- que saiban que o consumo abusivo de alcohol vai unido ao consumo de tabaco, cannabis e outras drogas en moitos casos
- que adquiran habilidades para afrontar calquera situación vital por eles mesmos sen necesidade de ter que acudir ás drogas, ao alcohol, aos psicofármacos ou ás adicións comportamentais
- que vexan as vantaxes que ten a mellora dos estilos de vida saudables, como poden apreciar a través do deporte, vida ao aire libre, asociacionismo, etc.
- que coñezan que a diversión é unha parte do seu desenvolvemento vital, que divertirse e estar cos amigos é algo bo e saudable e que hai modos de facelo sen necesidade de consumir drogas ou realizar conductas adictivas en exceso
- que coñezan como funciona a publicidade sobre o alcohol e o tabaco e saiban facerlle fronte aos seus efectos de modo crítico
- que coñezan os intereses que subxacen á venda e distribución das drogas ilegais (especialmente o que subxaz á cultura procannabis) e ás distintas adicións comportamentais (ex., os móbiles, as compras, etc.)
- que todo iso se integre dentro dun programa preventivo a nivel escolar, e que se complementa con outras accións a nivel familiar e comunitario.

Un dos motivos desta problemática está no cambio de valores producido na familia e na nosa sociedade en xeral nas últimas décadas, xunto á mellora das condicións económicas, o actual consumismo e a non menos importante vida recreativa. Hoxe o noso sistema social é moi distinto ao de fai varias décadas. O consumo de drogas, o abuso das tecnoloxías, e o xurdimento de problemas inexistentes fai anos a nivel físico e mental, debido a eses consumos abusivos, é algo novo en perspectiva histórica. Por iso, é moi importante incidir na prevención familiar tanto pola súa relevancia como pola responsabilidade que os pais teñen, como pais e a nivel legal, dos seus fillos menores de idade. Por iso, xunto aos programas familiares de tipo preventivo que se poden implantar desde a escola, polo menos no período de escolarización obrigatoria dos seus fillos, tamén se considera relevante facer o seguinte:

- Elaborar e enviar sistematicamente cartas, folletos e/ou vídeos á casa dos pais dos/as mozos/as, por sistemas de distribución eficaces, con información e habilidades para afrontar nos seus fillos o problema do inicio, consumo e abuso de alcohol, tabaco, cannabis e doutras drogas, así como previr o seu consumo e mellorar a comunicación e relación cos seus fillos. O mesmo é aplicable para o abuso das compras e doutros instrumentos tecnolóxicos, como o teléfono móbil,



- Internet... Este tipo de accións debe manterse no tempo, pola relevancia actual e futura desta problemática, variando os contidos para que sigan sendo atractivos conforme pasa o tempo
- Ciclos de conferencias para pais sobre o botellón, o consumo doutras drogas, as adicións comportamentais e a súa responsabilidade como pais, realizados por profesionais expertos (que poden ser da propia cidade) e en lugares accesibles para os pais (ex., nunha asociación veciñal, nun centro cultural, etc.), co que se facilita que estes acudan e que haxa a súa correspondente información nos medios de comunicación de masas
  - Escola de pais, especialmente para aqueles que teñen fillos con problemas, sexan específicos sobre o consumo abusivo de alcohol, cannabis, adicións comportamentais ou outros problemas que lles poden levar a consumir estas ou outras sustancias
  - Envío de notas á prensa desde os organismos coordinadores das accións preventivas, asistenciais e sociais sensibilizando aos pais, e ao resto da sociedade, desta problemática, e da súa responsabilidade no control dos seus fillos menores de idade e na necesidade de que os seus fillos teñan unha educación integral e un adecuado afecto para un desenvolvemento psico-afectivo normal.

#### 2.1.4.2.3 ACCIÓNS ENCAMIÑADAS AO CUMPRIMENTO DAS NORMATIVAS EXISTENTES SOBRE O NON CONSUMO DE DROGAS NOS MENORES E/OU MAIORES DE IDADE.

Accións de tipo normativo e legal son importantes para poder consolidar todo o anterior, ou ata para poder poñelas en práctica. Dado que no momento actual dispoñemos de suficientes normativas a nivel nacional, autonómico e local, o máis relevante deste punto sería:

- En caso de non estar clara a normativa a nivel local elaborar unha específica, transmitindo á poboación que esta se aplica para mellorar a saúde pública e o benestar de todos os cidadáns, para que nunca a vexan como algo represivo algo que realmente nono é;
- Facer cumprir a normativa mediante inspeccións e outras accións realizadas polos responsables locais; é relevante manter estas accións no tempo e coordinalas co resto das accións que estamos indicando;
- Facer cumprir as ordenanzas municipais sobre horarios, idade para o consumo de alcohol e tabaco, espazos limitados para a venda de alcohol, sancións para os que venden alcohol a menores, control da publicidade orientada a menores colocada en vallas, marquesiñas, control do acceso a menores a locais para maiores de 18 anos onde hai máquinas tragaperras, etc.

#### 2.1.4.2.4 ACCIÓNS DE POTENCIACIÓN DO LECER E TEMPO LIBRE DIRIXIDO Á MOCIDADE, CO OBXECTIVO DE MELLORA DA CALIDADE DE VIDA E UNHA DIVERSIÓN SANA, SEN ALCOHOL NIN DROGAS

Sen ningunha dúbida, as accións anteriores quedarían coxas se non se potenciase un elemento que está, en parte, na base deste novo problema: os lugares onde consomen drogas os/as mozos/as, os lugares onde van divertirse, os lugares onde fan as súas compras, os lugares que consideran como seus. Así, algunhas prazas, parques, rúas, convertéronse para unha parte dos/as mozos/as no seu lugar de encontro, onde divertirse no seu tempo libre, onde ocupar as longas horas das noites do fin de semana. Uns fano no lugar do botellón, outros en bares e discotecas, outros en pisos de amigos, outros fóra da cidade pero con patróns semellantes aos citados.



Hoxe temos que saber que cada vez máis a noite se está convertendo no espazo social dos/as mozos/as, é dicir, estase convertendo no espazo social que lles permite diferenciarse dos adultos. Por iso, considérase que un modo de facilitar o control e a solución deste problema é potenciar actividades alternativas, ou proporcionarlles lugares de encontro, lecer, tempo libre e diversión para para eles. Estas accións deben orientarse a:

- a) Proporcionarlle locais ou sitios adecuados de encontro.
- b) Facilitarlles o acceso a actividades do seguinte tipo:
  - culturais: bibliotecas, lectura, internet, teatro;
  - deportivas: pavillóns, deportes;
  - lúdicas: xogos, baile, música;
  - outras.

Isto esixe unha política xuvenil pola que se facilite o acceso a locais por parte dos/as mozos/as naqueles lugares onde non existen, se habiliten outros existentes e se financien e potencien actividades culturais, deportivas e lúdicas orientadas especificamente aos mozos/as. Isto significa en moitos casos a creación de infraestruturas e lugares de encontro para os/as mozos/as. Ou, o que é o mesmo, que os/as mozos/as sexan os protagonistas ou, dito doutro xeito, os adultos precisamos coñecer o que queren e o que lles gusta. Polo que sabemos, o que hoxe añoran basicamente é relacionarse entre si, ter lugares de encontro para eles. Tamén ir aos lugares onde hai maior cantidade de mozos/as, por iso é polo que prefiren as concentracións multitudinarias, como igualmente ocorre cando beben en grupo, a poder ser nun gran grupo. Pero cando hai un concerto a situación é a mesma aínda que centrada basicamente, e para case todos, no baile, a diversión e o pasalo ben, non no consumo de drogas (aínda que unha minoría o fan porque probablemente xa teñen problemas de dependencia a unha ou máis drogas). Hoxe sabemos que o consumo de alcohol, mesmo no botellón, é complementario para os/as mozos/as, aínda que se incrementa o risco de consumo se o alcohol está presente. O que máis lles importa é estar xuntos, relacionarse con outras persoas, coñecer persoas do outro sexo, etc. (Calafat et ao., 2005). O relevante sería que tivesen adecuados lugares de encontro e libres de alcohol e outras drogas, como así xa ocorre en asociacións xuvenís, locais da mocidade, etc. Nesta liña é importante potenciar as asociacións de mocidade con obxectivos saudables (ex., asociación dedicada á escalada, ao sendeirismo, a actividades culturais, teatro, deporte, etc.). Tamén é por iso importante facilitarlles o acceso a lugares onde poidan verse, como campos deportivos, polideportivos, bibliotecas, etc. Tamén estudar a posibilidade de facilitar e potenciar actividades de lecer e tempo libre na noite, o que se denominou lecer alternativo, pero sen abusar do seu uso, dado que hoxe sabemos que a nivel preventivo é pouco eficaz ou en moitos casos contrapreventivo (Aceiro, Moreno, Moreno e Sánchez, 2002; Hermida e Secades, 2004); isto é, ineficaz para previr o consumo de drogas se se diseña mal, como ocorreu con moita frecuencia ata agora.

#### 2.1.4.2.5 PENEIRA DE GRUPOS E PERSOAS NO ALTO RISCO, PARA REALIZAR ACCIÓNS PUNTUAIS E ESPECÍFICAS PARA QUE O SEU CONSUMO ABUSIVO NON SE CONVERTA EN CONSUMO DE ALTO RISCO OU DEPENDENCIA

Entre os/as mozos/as que saen de marcha e beben abusivamente, fuman, consomen cannabis, cocaína, etc., como entre os que xa adquiriron unha dependencia a algunha droga (especialmente ao



alcohol, nicotina, cannabis ou cocaína), unha intervención máis especializada sería unha boa alternativa. Por iso é polo que é de gran relevancia a súa pronta detección e facilitarlles ou convencerlles de que acudan a un tratamento. Aínda que isto non é fácil, a utilización de mediadores, ou adestrar aos mozos/as en detectar entre os seus amigos a este tipo de persoas, pode ser relevante para evitar problemas de dependencia na súa vida adulta.

Tamén a nivel laboral, e ata escolar, poderíanse facer peneiras para detectar a estas persoas, tanto os que beben abusivamente o fin de semana como os que xa están bebendo de modo perigoso ou arriscado a diario, os que consomen esporadicamente ou con frecuencia cannabis, os que tontean coa cocaína cada vez máis frecuentemente, os que están todo o día enganchados ao móbil, os que teñen outros problemas que lles levan a consumir drogas, etc.

O seu derivación aos distintos recursos sanitarios existentes, sexan de atención primaria, centros de drogodependencias, unidades de alcoholismo ou servizos sociais, facilitaría unha intervención adecuada cos mesmos.

#### 2.1.4.2.6 CONSEGUIR A COLABORACIÓN DA INDUSTRIA HOSTALEIRA E DO TEMPO LIBRE

É indubidable o peso e poder que actualmente ten a industria hostaleira e a do tempo libre, nas súas asociacións que inclúen bares, restaurantes, discotecas, pubs, etc., na vida nocturna e na diversión. Esta industria ten que cumprir toda unha serie de normas e ao mesmo tempo procurar obter o máximo de beneficio nos seus negocios. Por todo iso, é relevante facer varias accións con eles para optimizar ao máximo un programa de accións globais para reducir o consumo de drogas. Estas serían as seguintes:

- Educativas, para que coñezan a realidade do problema e cales son os límites sanitarios e sociais que poden tolerarse coas adiccións por abuso de drogas. A formación a estes profesionais pode serlles moi útil tanto para a atención aos seus clientes, os límites do consumo e das normas en vigor, así como para que poidan solicitar axuda se algún deles ou os seus empregados o precisa (Calafat et ao., 2005).
- Chegar a acordos de colaboración coa industria hostaleira, de distribución de bebidas alcohólicas e propietarios de locais de copas da cidade, onde se vende alcohol, para que colaboren en que os seus clientes fagan un consumo de alcohol responsable e non vendan ou sirvan alcohol a menores de idade. Isto pode facerse a través de convenios, cursos de formación, folletos, etc., cos mesmos
- Chegar a acordos de colaboración para que erradiquen do seu locais o trapicheo, que teñan unha normativa clara respecto diso e un sistema eficaz de control para iso. Un protocolo de actuación acordado con eles é importante para que se cumpra a nivel de erradicación do consumo ilegal de drogas, pechadura de locais, normas hixiénicas no mesmo, etc.

Ter coidado en non caer na “pseudoprevención” que ofrecen os grandes lobbies alcohólicos (ex., Fundación Alcohol e Sociedade), os cales ofrecen teóricos programas preventivos, gratis e financiados por eles, e que é o que tecnicamente denominamos “programas do lobo coidando as ovellas” (ex., programas de conductor alternativo ou abstemio, pseudoprogramas escolares de tipo preventivo, etc.) e cuxo obxectivo final é incrementar o consumo de alcohol (isto é, levar a cabo



accións contrapreventivas). O mesmo pretende a industria do tabaco (ex., o pseudoprograma preventivo que ofrece gratuitamente Philips Morris).

#### 2.1.4.3 AXENTES INTERVENIENTES

Son múltiples os axentes que teñen que intervir para poñer en práctica un programa integral para o control e prevención do consumo abusivo de drogas e Adiccións comportamentais, matizado polo tipo de idade e o sexo ao que se dirixen. Entre os máis importantes estarían os seguintes:

- Coordinación das accións:
  - Plan Local de Drogas
  - Participantes
  - Todos os membros que forman parte do Plan Local de Drogas.
- Derivación cando sexa necesario a:
  - Centros de atención primaria
  - Centros de drogodependencias
  - Centros de alcoholismo
  - Servizos sociais municipais
  - Outros servizos municipais, sanitarios, sociais ou doutro tipo
- Implantación a través de, ou en colaboración con:
  - Asociacións xuvenís
  - Escolas, institutos, centros de formación profesional
  - Universidade
  - Concello, concellerías
  - Concello, policía local
  - As outras forzas da orde pública (garda civil de tráfico, policía nacional, policía autonómica)
  - Sistema xudicial
  - Asociacións de veciños
  - Movementos veciñais
  - Recursos sanitarios dispoñibles (en drogodependencias, alcoholismo, conductas adictivas, saúde mental, atención primaria, etc.)
  - Autoescolas
  - Asociacións locais de hostalería ou propietarios de locais de copas, nocturnos ou bares

### 3. PLDA 2006-2008: LIÑAS XERAIS

O PLDA 2006-2008 elaborouse sobre dúas grandes liñas xerais:

- Continuidade temporal: A experiencia práctica derivada da execución do PLDA 2002-2004 e os resultados obtidos durante ese período son a base a partir da cal estruturáronse os obxectivos e accións propostas para o PLDA 2006-2008. Neste sentido, perséguese unha continuidade do traballo sobre aqueles obxectivos insuficientemente cumprimentados durante o período anterior. Do mesmo xeito, a análise das dificultades achadas durante a execución do PLDA 2002-2004 ten a súa continuidade en novas propostas suscitadas para 2006-2008.



- **Actualización de contidos:** O primeiro estudo epidemiolóxico sobre consumo de drogas e outros problemas adictivos en Vigo pode considerarse, á vez, o logro máis relevante do PLDA 2002-2004 e a referencia fundamental para o deseño dos obxectivos do PLDA 2006-2008. Complementariamente, a experiencia acumulada e a detección de novos problemas emerxentes, contribuíron á forma final dos obxectivos e accións que se propoñen.

A partir destas dúas grandes liñas xerais, cada área afronta os seus propios retos específicos, tal como se sintetiza a continuación:

**Área de organización:** A estrutura organizativa e os instrumentos do PLDA son basicamente os mesmos que se propoñían no documento anterior, pero buscando o seu consolidación a través da adaptación á figura de Consello Sectorial recollida na normativa sobre participación cidadán nas administracións locais. Preténdese conseguir a continuidade dun modelo organizativo baseado na participación, que demostrou ser eficaz, e dotar de estabilidade temporal á oficina e demais instrumentos do PLDA. En consecuencia, a consolidación da oficina do PLDA representa un dos obxectivos fundamentais para a continuidade no futuro deste proxecto.

En conxunto, esta área de organización debe ser capaz de proporcionar o soporte adecuado ao PLDA, para manter as funcións principais de:

1. Observatorio permanente da realidade sobre a que desenvolvemos a nosa actividade
2. Facilitar a participación e coordinación entre as entidades do PLDA.
3. Coordinación institucional entre entidades e administracións
4. Implantación de programas integrados

**Área de prevención:** propóñense, desde un punto de vista xeral, os seguintes obxectivos e liñas estratéxicas:

1. Coordinar desde ou Plan as diferentes intervencións no ámbito preventivo a realizar na cidade, tanto por parte de institucións como de entidades.
2. Incrementar e potenciar intervencións preventivas na rúa e ligadas ó lecer xuvenil, a través de mediadores sociais, facendo fincapé non uso responsable máis que na prohibición do uso.
3. Potenciar a figura do mediador-educador non ámbito das escolas, encargado de coordinar toda a información sobre a educación para saúde
4. Devolver as familias a súa responsabilidade como primeiros axentes preventivos e creadores de hábitos saudables
5. Implicar a sectores sociais da comunidade, ademais do educativo e sanitario, como corresponsables da prevención
6. Diseñar estratexias para achegar os recursos de orientación e asesoramento a propia comunidade, fomentando unha coordinación áxil entre institucións que permita a detección precoz de problemas e a intervención temperan na comunidade.
7. Implicar aos medios de comunicación social na prevención. Traballar a sensibilización sobre o seu papel como creadores de opinión, para evitar as contrapreventivas e a alarma social innecesaria, e solicitar a súa colaboración nas campañas de prevención.
8. Incrementar e coordinar as actuacións en prevención secundaria ou terciaria sobre as poboacións en risco



**Área de asistencia:** o obxectivo principal nesta área é mellorar a calidade dos programas asistenciais e o seu accesibilidade para os diferentes colectivos de usuarios, adaptando a oferta asistencial aos cambios que se produzan na demanda de atención. Para iso, é necesario seguir desenvolvendo mecanismos de coordinación institucional e colaboración entre as entidades e accións de formación continuada e investigación entre os profesionais da rede asistencial.

Considérase fundamental continuar avanzando no proceso de normalización asistencial e de integración da rede asistencial de drogodependencias dentro do sistema xeral de saúde, como camiño para a modernización dos dispositivos asistenciais e para a adecuación do seu funcionamento aos niveis de calidade esixibles na actualidade.

Outro aspecto importante é a redución do impacto das condutas adictivas nos ámbitos persoal, familiar e social, e o impulso dos programas de incorporación social.

**Área de incorporación:** Considérase que as principais liñas estratéxicas para o traballo en incorporación social son as seguintes:

1. Resposta á marxinalidade e a exclusión social, mediante:

- Potenciar programas e recursos de emerxencia social e redución do dano, facendo fincapé na cobertura das necesidades básicas
- Promover a creación de programas adaptados as esixencias dos usuarios, tratando de mellora-la calidade de vida dos mesmos
- Impulsar programas de protección dos menores con problemas de adicción ou ou pais consumidores
- Mellora-la atención aos reclusos e ex-reclusos, con problemas de dependencia
- Mellora-la a coordinación e coñecemento dos programas de incorporación social en Vigo

2. Creación dun soporte estable:

- Promover a creación dunha rede de incorporación social, baseada nas directivas Europeas, e nas recomendacións do Plan Nacional de Drogas e do Plan de Galicia sobre Drogas
- Potenciar programas de saúde, habilidades sociais
- Promover a figura do titor de referencia nos programas de incorporación personalizados
- Incrementar a participación nas accións formativas, tanto normalizadas como específicas, mellorando a participación de entidades e institucións
- Potenciar programas de emprego, tanto formativos como de planificación. (Técnicas de BAE, Traballo Protexido, etc) . Implicar a outros concellos dentro da area metropolitana de Vigo, para garantir propostas estables de traballo.
- Potenciar programas de socialización dos pacientes en contornas máis sans (voluntariado, tempo libre...)
- Mellora-la comunicación e traballo intercentros

3. Actualización profesional e calidade:

- Promover a creación dun espazo de encontro permanente en materia de incorporación, onde exista unha información fluída, e actual dos programas nos que se están traballando
- Promover a participación dos profesionais non deseño de xornadas e seminarios de interese
- Facilitar ou intercambio e a formación de novos profesionais nun deseño homologado dos prácticum e un acercamento maior a universidade
- Elaborar un estudo sobre as condicións de traballo dos profesionais e a súa repercusión na integración dos pacientes

4. A Imaxe social das adicción:



- Promover unha imaxe social das adiccións máis real, que contemple a problemática social na que se desenvolve, non xorde como un feito casual, forma parte da persoa e do contexto non que vive
- Dar continuidade aos encontros cos medios de comunicación
- Crear espazos informativos xornais, nos principais medios de comunicación

## **4. O PLDA. ÁREA DE ORGANIZACIÓN**

### **4.1 INTRODUCCIÓN**

O PLDA 2006-2008 é o produto da vontade común dunha serie de entidades sen ánimo de lucro e a dos servizos municipais vinculados á asistencia e prevención en materia de drogodependencias, de lograr a coordinación de recursos e a coherencia nas actuacións das persoas, profesionais, institucións e entidades dedicadas á asistencia, prevención e incorporación social en materia de drogodependencias na cidade de Vigo.

O PLDA 2006-2008 dá, ademais, continuidade ó Plan anterior 2002-2004, trala súa finalización e avaliación por parte de tódalas entidades que o compoñen e impulsaron.

Para o desenvolvemento, o PLDA 2006-2008, conta cos seguintes instrumentos básicos:

- Un documento no que se conteñen as estratexias, obxectivos e accións máis relevantes de carácter xeral e en materia de asistencia, prevención e incorporación social para o período 2006-2008.
- Unha estrutura organizativa que permite a integración e traballo conxunto e coordinado das institucións e entidades interesadas e a súa participación na política e actuación municipal en materia de drogodependencias e outras adiccións: o Consello Local sobre Drogodependencias e outras Adiccións (CLDA en adiante), no que se constitúen unha Comisión Permanente e Comisións técnicas de traballo.
- O Director/a do PLDA, que será un técnico/a designado polo Concello de Vigo ben entre profesionais da súa cadro de persoal, ben como contratación externa con cargo ó financiamento do Programa.
- Unha estrutura técnica de apoio, a Oficina Técnica Municipal do PLDA, dependente do Concello de Vigo e destinada a servir de cobertura técnica e administrativa para o funcionamento do Consello Local e a implantación das accións contidas no documento do Plan.
- Os Servizos municipais con implicación directa na problemática das drogodependencias e aqueles outros que pola súa materia teñan relación con algún aspecto desa problemática.

### **4.2 A ORGANIZACIÓN DO PLDA 2006-2008**

A estrutura organizativa definida no PLDA 2002-2004, que se caracterizaba e definía como de carácter autónomo, tivo un funcionamento continuado e eficaz, pero se atopou e atópase neste momento, sen soporte xurídico ningún, polo que o seu regulamento e acordos non teñen máis virtualidade que aquela que lle conceden os seus propios membros, sen que puidera, en ningún caso, nin ter recursos propios, nin establecer acordos, convenios ou contratos con terceiros, sexan estes privados ou públicos, contrariamente á vontade expresada nos seus obxectivos e organigrama.





Cómpre pois, apoiándose na experiencia de funcionamento destes anos, dotar á estrutura organizativa do PLDA dunha personalidade xurídica adecuada, dunha organización con vocación de permanencia, para o cumprimento dos seus fins, e posta en práctica dos seus programas e actuacións.

Analizadas as distintas alternativas de organización das entidades que compoñen esa “vontade” de reflexión e actuación conxunta que representa o PLDA (Federación, Fundación, e constitución dun Consello Local ó abeiro da normativa municipal sobre participación cidadá), óptase por esta última, xa que representa a forma regulada pola lexislación de réxime local para garantir a participación pública nas áreas de competencia municipal.

A normativa actual nesta materia permite conservar –tan só lixeiramente modificada- a estrutura organizativa actual, que se ten amosado eficaz. A constitución do CLDA supón un xeito axeitado para institucionalizar a presenza das organizacións sociais na política local, coordinar as actuacións e servir como elemento de intercambio de información, proposta de actuacións, e asesoramento á Corporación, en materia de drogodependencias.

Por outra banda, a temática das drogodependencias é unha materia que pola súa singularidade e tratamento específico na lexislación e nos programas estatais e autonómicos (Plans de drogodependencias), merece un tratamento particularizado dentro dos órganos de participación cidadá da administración local.

#### **4.2.1 O CONSELLO LOCAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS ADICCIÓNS (CLDA)**

Conforme ó artigo 37 do Regulamento, os consellos municipais de sector son órganos de participación, información, consulta, seguimento e proposta á xestión municipal, referida aos distintos sectores de actuación nos que o Concello ten competencias.

As entidades que se integran no PLDA, e que se citan no apartado correspondente, conformarán –xunto coas representacións dos partidos políticos presentes na Corporación Municipal, Federación de Asociacións de Veciños e de Pais-, o Consello Local sobre Drogodependencias e outras Adiccións (CLDA), conforme ó disposto Capítulo Primeiro do vixente Regulamento Municipal de Participación Cidadá do Concello de Vigo. A súa creación e posterior regulamento será aprobado polo Pleno da Corporación Municipal.

O CLDA terá as seguintes facultades e atribucións:

- Fomentar a protección e a promoción da calidade de vida dos sectores implicados.
- Fomentar a participación directa das persoas, entidades e dos sectores afectados ou interesados, establecendo para este efecto os mecanismos necesarios de información, estímulo e seguimento das súas actividades.
- Promover e fomentar o asociacionismo e a colaboración individual e entre organizacións.
- Asesorar ao municipio nos diferentes programas e actuacións que se dirixan ao colectivo obxecto do consello.



- Debater e valorar os asuntos que presente o Concello, especialmente a información, o seguimento e avaliación dos programas anuais.
- Potenciar a coordinación entre as diferentes institucións ou entidades que actúen no ámbito obxecto do consello, xa sexan públicas ou privadas.
- Fomentar a aplicación de políticas e actuacións municipais integrais encamiñadas á defensa dos dereitos das persoas.
- Elaborar propostas relativas ao seu ámbito de actuación, con plena capacidade para sometelas ao debate no Pleno municipal.
- Promover a realización de estudos, informes e actuacións vinculadas ao seu ámbito de actuación.
- Recabar información, tras a petición razoada, dos temas de interese para o Consello.
- O estudo, elaboración, seguimento e avaliación dos Plans Locais sobre Drogodependencias
- Asesorar á Corporación Municipal en tódolos asuntos relacionados coa asistencia, prevención e inserción social en materia de adiccións.
- Servir como plataforma de reflexión, intercambio de experiencias, coordinación, e información en materia de Drogodependencias a escala local, entre as distintas entidades interesadas, a sociedade e os órganos políticos e técnicos do Concello de Vigo
- Servir como órgano de impulso de políticas, plans, programas e accións en materia de promoción da saúde no termo municipal de Vigo.
- Aproba-las accións a desenvolver, acordos coa filosofía do PLDA
- Dá-las directrices xerais que deberá executar a dirección técnica do plan.
- Facer cantas propostas e iniciativas sexan necesarias para mellorar o funcionamento do Consello e o desenvolvemento do PLDA.

A organización definitiva do CLDA será a que finalmente aprobe o Pleno da Corporación Municipal, como órgano competente.

Non obstante, dende as entidades que conforman o PlsDA actual, propónse a seguinte, por analogía coa existente ata o momento:

- **Presidencia:** conforme ao regulamento de participación cidadá, será exercida pola alcaldesa ou persoa en quen delegue.
- **Pleno:** formado canto menos por:
  - un representante por cada unha das entidades integrantes do PLDA que se recollen no apartado correspondente
  - un representante por cada un dos grupos políticos presentes na Corporación municipal
  - un representante pola Federación de Asociacións de Veciños
  - un representante de cada unha das federacións de ANPAs
  - técnicos municipais dos servizos vinculados á prevención de drogodependencias, asistencia e incorporación un representante por cada unha das entidades integrantes do PLDA que se recollen no apartado correspondente
  - un representante por cada un dos grupos políticos presentes na Corporación municipal
  - O Director técnico do Plan
- **Comisión Permanente:** Constitúe un órgano operativo, que actuará por delegación da asemblea, e está composto por:



- A presidencia do CLDA
  - Os coordinadores das comisións de traballo (Prevenición, Asistencia e Incorporación Social)
  - Director do PLDA
  - Un técnico municipal, vínculo entre o labor da comisión e os servizos municipais.
- **Comisións de traballo:** Integradas por técnicos pertencentes ás entidades que conforman o Pleno. Existirán tres Comisións de Traballo, unha por cada área do plan, nas que participará un membro de cada unha das entidades, facendo unha contribución técnica ao mesmo:
- Comisión de Prevenición
  - Comisión de Asistencia
  - Comisión de Incorporación Social.

Cada unha das comisións contará cun coordinador técnico, elixido polos seus membros de entre eles.

Con todo, poderán crearse outras comisións de estímulo pertinente as entidades, ben específicas por programas ou áreas de interese, ben de carácter organizativo.

#### 4.2.2 O DIRECTOR TÉCNICO DO PLDA

O PLDA deberá contar cun director técnico, que se vai responsabilizar da dirección do mesmo. Será un técnico/a designado polo Concello de Vigo, ben entre profesionais da súa cadro de persoal, ben como contratación externa con cargo ao financiamento do Programa.

##### 4.2.2.1 FUNCIÓNS DO DIRECTOR TÉCNICO DO PLDA

- Dirección xeral da actividade do plan
- Supervisión xeral e impulso da actividade dos grupos de traballo do Plan
- Dirección da Oficina Técnica do Plan, e do seu persoal.
- Representación técnica superior do Plan

#### 4.2.3 A OFICINA TÉCNICA MUNICIPAL DO PLDA

De nova creación, composta inicialmente por un técnico superior e por un técnico medio, contratados a tempo total co Concello, mediante contrato por obra ou servizo vinculado ó desenvolvemento do Plan, con local, medios e equipamento específicos, cunha fonda coordinación co actual equipo de Infancia e familia e cos servizos sociais municipais e co resto dos recursos municipais asociables. Contará co apoio dos coordinadores das comisións de traballo do plan. Puntualmente, con persoal técnico das entidades que o compoñen, para proxectos concretos. Esta oficina permitirá axilizar o plan, o seu desenvolvemento cotián.

O seu obxectivo fundamental será artellar unha estrutura técnica que sirva de apoio e coordinación entre as diferentes entidades que o conforman, e de promoción e difusión cara ó exterior, do Plan local sobre drogodependencias e outras adicións do Concello de Vigo, nos diferentes ámbitos da promoción da saúde.



#### **4.2.3.1 FUNCIÓNS DA OFICINA TÉCNICA MUNICIPAL DO PLDA**

- Será a encargada de servir de soporte técnico da necesaria coordinación, planificación e avaliación de tódalas accións desenvolvidas polas entidades que compoñen o plan no ámbito das drogodependencias e outras adiccións na cidade de Vigo. Farao mediante o consenso técnico.
- Actuará como unha base técnica que sexa observatorio de consumos e problemáticas.
- Será a encargada de fundamenta-las intervencións que supoñan afronta-las necesidades que existan na cidade no ámbito da promoción da saúde.
- Actuará como referente para tódalas e tódolos profesionais que traballen nese ámbito.
- Servirá para avalia-lo que se fai. Formar a quen traballa no ámbito da promoción da saúde na cidade. Xerar documentación e ser referente para outras iniciativas semellantes.
- Permitirá manter un foro de debate continuo para as e os profesionais da cidade e seu contorno, que servirá como lugar de encontro. Buscará a participación das e dos cidadáns no deseño, desenvolvemento e avaliación dos programas, sempre que sexa posible.
- A Oficina Técnica do Plan local de drogodependencias e outras adiccións, en canto á avaliación deste, articulará as medidas adecuadas para a avaliación do grao no que as accións de promoción de saúde acadan os resultados estimados con anterioridade.
- A avaliación das actividades do plan, como tódalas actividades de promoción da saúde, deberán ser participativas, implicando a tódalas persoas que teñan interese na iniciativa, interdisciplinaria, e integrada en tódalas fases do desenvolvemento e aplicación das iniciativas no plan.

#### **4.2.3.2 OBXECTIVOS DA OFICINA TÉCNICA DO PLDA**

##### **4.2.3.2.1 APOIO TÉCNICO**

A oficina do PLDA será a encargada de articular os medios e medidas para que o labor do plan se faga seguindo as directrices marcadas pola normativa referida á prevención, tratamento e incorporación social das drogodependencias e outras adiccións.

##### **OBXECTIVOS ESPECÍFICOS:**

- **Formación:** unha formación técnica e profesional común a todas e tódolos profesionais da cidade. Farase coa elaboración dun programa formativo anual que recolla tódalas necesidades formativas daqueles, coa procura dos medios necesarios para que aquela poida ser desenvolvida.
- **Investigación:** encargaranse de propor, e coordina-las actividades de investigación que se desenvolvan na cidade, como estudio de necesidades e a realidade social das drogodependencias e adiccións, e promoverá as investigacións cando sexa posible e necesario.
- **Apoio técnico** a programas concretos que sexan iniciados polas entidades que compoñen o plan na cidade, cos recursos posibles.
- **Información:** actuando de canle de transmisión entre as entidades que compoñen o plan, e destas cara a outras fóra do Plan, así como na recepción de información externa ó plan.
- **Colaborando** na elaboración de material impreso, ou sendo a súa elaboradora, como servicio ó conxunto do plan.



#### 4.2.3.2.2 COORDINACIÓN

Con esta oficina técnica preténdese crear mecanismos adecuados que garantan a participación e colaboración entre as distintas entidades que o compoñen, unificando actuacións, permitindo que o plan actúe como unha unidade representativa da promoción da saúde na cidade de Vigo.

##### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Actuará como voceiro dunha única forma de afronta-las intervencións que no ámbito da promoción da saúde se desenvolvan na cidade.
- Será o órgano encargado de convoca-las necesarias reunións de traballo, comisións específicas temporais necesarias, ou grupos ad hoc para iniciativas puntuais. Os seus técnicos actuarán como secretaría técnica nas Comisións técnicas do CLDA.
- Articulará os medios para que o nivel de información do conxunto do plan sexa igual e adecuado.

#### 4.2.3.2.3 PROMOCIÓN E SENSIBILIZACIÓN

Esta oficina técnica pretende ser un transmisor do labor técnico desenvolvido polo plan, e dos principios que o guían, cara a outros profesionais, ás administracións e institucións implicadas, e a poboación en xeral.

##### OBXECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Difusión da actividade profesional conxunta das entidades que o conforman, en foros técnicos.
- Elaboración de materiais que recollan a actividade desenvolvida polo plan.
- Busca de recursos técnicos e mesmo financeiros para o labor do plan no seu conxunto.
- Participación da comunidade nas accións globais do plan.

#### 4.2.3.3 *PERSOAL DA OFICINA TÉCNICA DO PLDA*

O persoal necesario para o seu funcionamento será, como mínimo, de 2 persoas, coas seguintes características profesionais básicas:

- Un/unha técnico/a superior (licenciado/a) con experiencia acreditada no ámbito das drogodependencias e a promoción da saúde.
- Un/ha técnico/a medio con experiencia en xestión e no ámbito das drogodependencias

Como se indica noutro apartado, o plan local vai contar cunha figura que será a encargada de dirixir este, e que será o director técnico. Este vai depender directamente da concellería delegada, e será vía de transmisión dos acordos da asemblea ou órgano colexiado de participación das entidades.

A oficina técnica vai depender do director técnico do PLDA. O persoal técnico pode desenvolver algúns labores propios da figura do director, cando por delegación así se considere.



## 4.2.4 OUTROS INSTRUMENTOS PARA O DESENVOLVEMENTO DO PLDA

**4.2.4.1 SERVIZO DE BENESTAR SOCIAL:** estrutura xeralista do Concello de Vigo, encargada de xestionar o conxunto das actuacións relacionada co Plan, ben sexa directamente, a través da oficina municipal de drogodependencias ou de forma indirecta por medio de convenios ou acordos con outras entidades e/ou administracións.

**4.2.4.2 CEDRO:** Centro asistencial de drogodependencias dependente do Concello de Vigo que desenvolve distintos programas de asistencia.

**4.2.4.3 COMISIÓN INTERDEPARTAMENTAL:** conformada por técnicos de departamentos municipais directa ou indirectamente vencellados co tema da saúde e mesma composición e obxectivos recollidos no Plan 2002-2004.

**4.2.4.4 FINANCIAMENTO:** mediante unha partida específica no orzamento municipal para o desenvolvemento dos contidos do Plan Local

**4.2.4.5 CONVENIO COA CONSELLERÍA DE SANIDADE:** para o cofinanciamento de programas e accións integrables no Plan Galicia sobre Drogodependencias

**4.2.4.6 BIBLIOTECA E CENTRO DE DOCUMENTACIÓN:** cun soporte físico nas dependencias da Oficina Técnica Municipal do PlsDA e coa creación dun Centro de Documentación virtual, mediante a selección e posta a disposición de documentos en formato electrónico

**4.2.4.7 LISTA DE DISTRIBUCIÓN ELECTRÓNICA:** moderada e aberta a tódolos profesionais integrados nas entidades do CLDA

## 5. O PLDA. ÁREA DE PREVENCIÓN

### 5.1 INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista xeral, enténdese o traballo de prevención no ámbito das drogodependencias e outras condutas adictivas como un labor de educación para a saúde e da promoción de estilos de vida saudables. Desde este punto de vista, non se trata só de proporcionar información senón -sobre todo- de promover cambios en individuos e colectivos sociais, que favorezan a autocompetencia para o desenvolvemento de actitudes e condutas dirixidas a evitar situacións de risco e preservar a saúde.

No que se refire ao consumo de drogas, os expertos indican que a variable operativa máis importante en prevención é conseguir atrasar o máximo posible a idade de inicio no consumo.

Se temos en conta os datos epidemiolóxicos sobre inicio no consumo de drogas nos/as mozos/as de Vigo (Becoña 2005), vemos que ten lugar entre os 14 e 16 anos, cunha desviación típica entre 1.5 e 2 anos. Isto indicaría que os programas de prevención terían que comezar aos 12 anos, xa de modo intensivo, e mantelos ata os 16 anos con alta intensidade. Nestas idades, os/as mozos/as afrontan etapas fundamentais da súa maduración cerebral, desenvolven a autonomía persoal, e adquiren / consolidan hábitos e condutas que condicionarán a súa futura competencia para o autocuidado e mantemento da saúde. Xa que logo, parece razoable propoñer que a maior parte do esforzo en actividades de prevención se centre nesta franxa de idade.



Aínda que familia e escola representaron tradicionalmente o ámbito case exclusivo para a adquisición de educación e valores, hoxe en día cederon terreo ante a influencia doutros axentes sociais que utilizan técnicas publicitarias e medios de comunicación, no contexto da actual sociedade de consumo. En consecuencia, as intervencións en prevención deben centrarse, non só nos ámbitos familiar e escolar, senón tamén no comunitario e social.

Ademais de ter a mensaxe a transmitir, deben utilizarse estratexias adecuadas de comunicación que permitan facer chegar as mensaxes á poboación diana. Neste aspecto, os medios de comunicación social desempeñan un papel cruce, como principais responsables na formación de opinión entre a poboación.

Os mediadores sociais, entendidos como figuras situadas estratexicamente na comunidade para transmitir información entre iguais, poden desempeñar unha importante contribución para mellorar a interiorización das mensaxes preventivas en colectivos específicos. Neste sentido, destácase a conveniencia de levar a cabo accións estables de formación de mediadores sociais que se vaian adaptando aos fenómenos emerxentes.

No que se refire aos contidos e forma das accións en prevención non vale todo. Os programas de prevención deben respectar criterios de calidade no seu deseño, execución e avaliación, e estar fundamentados cientificamente.

Outro elemento fundamental é a continuidade. O carácter sostido no tempo das actuacións é unha variable decisiva para a obtención de cambios significativos e perdurables. Esta continuidade debe afectar, tanto ao mantemento lonxitudinal de accións coa mesma poboación, como á continuidade das intervencións sobre distintos colectivos.

Desde o punto de vista dos diferente ámbitos de actuación, tamén debe contemplarse unha continuidade. Os programas dirixidos á familia e escola deben completarse con estratexias enfocadas ao ámbito laboral, social e de lecer.

Finalmente, resaltar o fenómeno emerxente das novas conductas adictivas comportamentais relacionadas coas compras, internet, telefonía móbil e videoxogos, tal como se desprende do estudo epidemiolóxico realizado en mozos/as de Vigo, como indicador da necesidade de desenvolver accións encamiñadas a conter o seu crecemento.

## **5.2 O PLDA 2002-2004**

No que se refire ao área de prevención, o PLDA 2002-2004 non foi quen de poñer en marcha accións específicas propostas desde este grupo de traballo, diferentes ás que xa se viñan realizando desde as entidades. Pero se cumpriu o obxectivo de ser un foro útil para mellorar o coñecemento mutuo entre as entidades, debater e unificar criterios sobre prevención, a posta en marcha e avaliación de programas. Froito do anterior, elaborouse unha guía de boas prácticas para o desenvolvemento de actividades de prevención en Vigo.

Do traballo desenvolvido durante estes anos, destácanse as seguintes conclusións:



- Segue existindo falta de información, sobre todo sobre actividades puntuais que levan a cabo as diferentes entidades, o que suxire a necesidade de actualizar permanentemente a información e mellorar a coordinación.
- Vese necesario revisar e actualizar os diferentes convenios que o concello de Vigo mantén con diversas entidades e empresas para a realización de accións en prevención, sobre todo no ámbito educativo. É necesaria unha maior coordinación para evitar solapamentos.
- Dentro da prevención escolar, valórase que o PLDA desatendeu a formación permanente e ben coordinada do colectivo de educadores e profesores dos centros educativos da cidade. Neste sentido, o estudo epidemiolóxico sobre mozos/as de Vigo indica que as condutas adictivas son un tema que preocupa aos educadores, quen ademais teñen unha visión clara sobre o problema, aínda que lles faltan instrumentos para operar en prevención.
- Cómpre estender a Educación para Saúde no ámbito familiar máis alá dos ámbitos da actuación dos propios Plans Comunitarios.
- No que se refire ás relacións institucionais dirixidas a mellorar a prevención comunitaria, detectamos as maiores dificultades a hora de coordinarnos coa forzas de orde pública, tanto Policía Nacional como Municipal, tanto no que se refire á forma de intervención como no caso da formación.
- A eficacia no funcionamento do PLDA estivo condicionada pola descontinuidade profesional, tanto no caso de técnicos designados polo Concello para a oficina técnica, como de técnicos de diferentes entidades.
- Como última conclusión, desexamos deixar constancia de que as dificultades máis importantes atopadas para levar adiante as propostas específicas da comisión de prevención deriváronse da carencia de orzamento e a descontinuidade dos profesionais da oficina técnica.

### **5.3 PROPOSTAS DA COMISIÓN DE PREVENCIÓN PARA O PLDA 2006-2008**

#### **5.3.1 REALIZAR UNHA CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN DIRIXIDAS A POBOACIÓN XERAL E AS FAMILIAS EN CONCRETO SOBRE OS RISCOS ASOCIADOS AO CONSUMO DE SUBSTANCIAS E OUTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS**

##### Obxectivos:

- Incrementar entre a poboación xeral a percepción sobre os riscos do uso recreativo de substancias e outras condutas que poden crear adicción.
- Incrementar entre as familias a necesidade de tomar decisións discriminando ou que poidan ser situacións de risco na familia.
- Diminuír a sensación de invulnerabilidade entre os consumidores noveles ou esporádicos.
- Facilitar a intervención precoz, tanto non ámbito familiar como non comunitario.

##### **ESTRATEGIAS:**

- Cuestionamento da pasividade ante as modas e do consumo de drogas como unha forma de integración cultural.
- Cuestionamento da sensación de invulnerabilidade (*a min non me vai pasar, eu controlo*).

##### **AREAS DE INTERVENCIÓN:**





Medios de comunicación social, emisoras locais de radio e de TV e prensa local, a través de:

- Mensaxes ou anuncios publicitarios.
- Entrevistas con profesionais.
- Entrevistas con axentes ou mediadores sociais.
- Entrevistas con afectados ou familiares.

Distribución sociocomunitaria: Centros de saúde, centros educativos, centros comunitarios, asociacións culturais, deportivas, etc.

- Guía informativa sobre drogas, efectos e riscos (revisión das guías ou folletos xa existentes Ex: Consello da Xuventude de Galicia)
- Guía de recursos da cidade.

Publicidade en medios ou instalacións do Concello de Vigo:

- Revistas, publicacións locais
- Slogans non campo do Celta
- Slogans nas escolas deportivas municipais
- Instalacións do propio Concello de Vigo
- Mobiliario urbano. Marquesiñas do transporte público

Outras institucións diferentes ao Concello de Vigo:

- Universidade de Vigo.

**5.3.2 EXTENSIÓN, RACIONALIZACIÓN E AFIANZAMENTO DOS DIFERENTES PROXECTOS DE PREVENCIÓN NON ÁMBITO EDUCATIVO, EVITANDO A DUPLICIDADE OU SOLAPAMENTO DALGÚNS DELES E A DESINFORMACIÓN POR PARTE DE ALGÚNS CENTROS EDUCATIVOS.**

Obxectivos:

- Dar continuidade programas escolares.
- Lograr a coordinación desde ou Plan Local de todas as entidades implicadas nestes programas.
- Mellorar a coordinación cos diferentes centros educativos.
- Sensibilizar aos profesores dos centros educativos como axentes directos da prevención.

Actuacións:

- Revisión e actualización dos diferentes programas con actual subvención por parte do Concello.
- Mellorar a coordinación das entidades que realizan prevención non ámbito educativo, posibilitando un mellor coñecemento actualizado dos programas que realizan para evitar solapamentos ou desconcerto nos centros educativos.
- Talleres de formación para ou profesorado a través dos CEFORE (mediadores)



### 5.3.3 AFIANZAR E INCREMENTAR OS PROXECTOS DE PREVENCIÓN NOS LUGARES DE CONSUMO DE SUBSTANCIAS ILEGAIS E ALCOHOL.

#### Obxectivos:

- Contribuír a diminución do nº de mozos/as que están a consumir substancias
- Previr cos consumidores esporádicos cheguen a estruturar unha drogodependencia, fomentando o uso responsable do alcohol e outras drogas drogas ilegais.
- Traballar na concienciación do risco que supón en si mesmo o abuso puntual.

#### Actuacións:

- Incremento do nº de intervencións e de profesionais cualificados para o asesoramento e información nos puntos quentes da cidade.
- Introducendo mediadores xuvenís, para a súa intervención en contextos de risco.
- Establecendo puntos de análise de substancias de forma anónima.
- Concienciando aos empresarios de hostalería para que faciliten cursos de formación para os seus empregados (mediadores) que funcionen como axentes sociais a cambio dalgunhas vantaxes.
- Facilitando medios de transporte seguro.
- Establecendo mecanismos de control da venda de bebidas alcohólicas adulteradas ou a menores de idade.

### 5.3.4 POSTA EN MARCHA DE ESTRATEXIAS NAS AUTOESCOLAS.

#### Obxectivos:

- Promover non sector das autoescolas da necesidade de contribuír na concienciación dos seus alumnos dos riscos de conducir baixo ou efecto de substancias.depresivas, estimulantes ou distorsionadoras do SNC.
- Que ou alumnado das autoescolas interiorice os riscos de asociar drogas e conducción.
- Que as autoescolas dispoñan de módulos sobre ou tema.

#### Actuacións:

- Asesorar e dar apoio informativo as diferentes autoescolas co soliciten
- Inclusión de unidades de información sobre os efectos das drogas na conducción

### 5.3.5 IMPLICAR AOS AXENTES SOCIAIS NO ÁMBITO LABORAL EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN LABORAL.

#### Obxectivos:

- Fomentar a redución do uso de drogas legais como ou tabaco e ó alcohol non ámbito laboral.
- Fomentar a redución do baixo rendemento e accidentabilidade laboral por causa do alcohol.
- Detección precoz do abuso de substancias non medio laboral.



Actuacións:

- Formación dos axentes sociais do medio laboral (mediadores).
- Apoiar con medios técnicos as actuacións dos sindicatos neste ámbito.
- Solicitar maior vixilancia na aplicación da lexislación vixente nesta materia no ámbito laboral.

5.3.6 POSTA EN MARCHA DUN SISTEMA DE ATENCIÓN, INFORMACIÓN E ASESORAMENTO PERSOAL A NIVEL COMUNITARIO.

Obxectivos:

- Tentar evitar ou contacto co nivel asistencial cando non sexa preciso.
- Favorecer a detección precoz de situacións de risco.

Actuacións:

- Incrementar e dotar axeitadamente os puntos de orientación e asesoramento persoal na propia comunidade.
- Fomentar a coordinación destes puntos de asesoramento comunitario cos colexios da zona.
- Traballo con familias en risco.

5.3.7 DESENVOLVEMENTO DE ACCIÓNS FORMATIVAS DIRIXIDAS A COLECTIVOS ESPECÍFICOS EN RISCO.

Obxectivos:

- Favorecer a redución da incidencia do VIH, tuberculose, enfermidades de transmisión sexual, etc.
- Fomentar as estratexias sobre autocoidados de saúde.
- Facilitar o contacto frecuente cas redes asistenciais.

Actuacións:

- Garantir a continuidade dos programas que facilitan ou contacto cos colectivos específicos en risco.
- Incrementar ou persoal cualificado que existe nestes recursos.
- Garantir a formación continuada destes mediadores.

5.3.8 ESTENDER A FORMACIÓN E EDUCACIÓN PARA A SAÚDE NON ÁMBITO DAS FAMILIAS.

Obxectivos:

- Favorecer nas familias o desempeño do seu papel como axentes preventivos.
- Dotar as familias dos coñecementos e habilidades necesarias para o desempeño desa función.



### Actuacións:

- Potenciar e incrementar a implantación das Escolas de Pais nas ANPA dos colexios.
- Potenciar e incrementar a implantación das Escolas de Pais en tantos ámbitos comunitarios como sexa posible

## **6. O PLDA. ÁREA DE ASISTENCIA**

### **6.1 INTRODUCCIÓN**

En Galicia, as competencias en materia de asistencia sanitaria pertencen á administración autonómica e son desenvolvidas a través do SERGAS. Malia isto, a rede asistencial para drogodependentes creouse e mantivo, ata a data, como unha organización paralela non integrada no sistema normalizado de saúde. Como excepción, a asistencia para dependencia de alcohol e dependencias comportamentais mantívose dentro do SERGAS, a través dos recursos normalizados de saúde mental.

Desta forma, a maior parte dos dispositivos asistenciais de drogodependencias son xestionados por concellos, asociacións cidadás e ONGs. Esta situación determina unha realidade asistencial non homoxénea que se evidencia en diferenzas de orzamentos, dotacións de persoal, condicións laborais e retributivas, e -en definitiva- da oferta asistencial.

En consecuencia, a principal necesidade detectada no área asistencial é a normalización da rede asistencial de drogodependencias e outras condutas adictivas, mediante a súa integración no sistema xeral de saúde, dentro da área de saúde mental.

Este proceso de integración debería ser quen de resolver os problemas estruturais da rede asistencial, respectando o modelo de equipo profesional e de intervención multidisciplinar.

Con este fin, o Concello de Vigo propuxo en diversas ocasións o inicio do proceso de transferencia do seu centro asistencial de drogodependencias (CEDRO) á administración autonómica, a última delas en resposta a unha suxestión do responsable autonómico en materia de drogodependencias, formulada durante as V Xornadas do PLDA, en novembro de 2005.

### **6.2 PLAN LOCAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS ADICCIÓNS 2002-2004**

No anterior PLDA 2002-2004 apostábase, sobre todo, por clarificar a oferta asistencial, traballar de xeito coordinado e protocolizado, e intentar mellorar os diferentes programas existentes.

Como resumo da actividade realizada, pode concluírse que se alcanzaron os seguintes obxectivos:

1. A representación na comisión de asistencia de todos os dispositivos específicos implicados na asistencia ás condutas adictivas.
2. A elaboración e distribución dunha guía de recursos asistenciais



3. Mellora na coordinación entre os recursos e os profesionais da rede de drogodependencias e, en menor medida, coa rede asistencial xeneral.
4. Mellóra da accesibilidade asistencial para calquera tipo de trastorno adictivo.
5. A promoción de programas de urxencia, redución do dano, e intervención en rúa.
6. A colaboración co Concello de Vigo para a posta en marcha de programas de emprego e outras iniciativas encamiñadas á integración social.

Entre os obxectivos insuficientemente alcanzados, destacaríamos o escaso nivel de coordinación que aínda existe con algúns dispositivos asistenciais normalizados, tanto sanitarios (atención primaria, saúde mental, urxencias) como sociais (servizos sociais, menores, xustiza). Tamén se considera escasa a oferta asistencial específica para colectivos especiais (minorías, prostitución, detidos e reclusos). Outro aspecto a mellorar é a promoción dunha maior participación do entramado social e dos programas de coordinación comunitaria.

### **6.3 OBXECTIVOS PARA 2006-2008**

#### **6.3.1 CONSEGUIR A REPRESENTACIÓN NA ÁREA DE ASISTENCIA DOS RECURSOS XERAIS DE CARÁCTER SANITARIO E SOCIAL IMPLICADOS NA ASISTENCIA DE PACIENTES CON CONDUCTAS ADICTIVAS**

##### Obxectivos

- Conseguir a incorporación na comisión de asistencia dun representante de saúde mental e outro de servizos sociais municipais na comisión de asistencia.
- Conseguir a participación de representantes de atención primaria, servizos de urxencias, unidades de VIH, e programas de saúde pública

##### Actuacións

- Invitar ao servizo de saúde mental e aos servizos sociais municipais a que colaboren nesta comisión de forma estable
- Invitar aos demais servizos de carácter xeral a participar puntualmente na comisión de asistencia.

#### **6.3.2 PROMOVER ESTRATEXIAS DE INFORMACIÓN DA OFERTA ASISTENCIAL COLABORANDO CO ÁREA DE PREVENCIÓN**

##### Obxectivos

- Mellorar a información, entre a poboación xeral, sobre os dispositivos e programas asistenciais da nosa cidade dedicados á atención das conductas adictivas.

##### Actuacións

- Diseñar campañas de información e sensibilización dirixidos á poboación atendida por cada recurso específico



- Programar sesións de traballo coa comisión de prevención para conseguir que as campañas de divulgación sexan adecuadas e eficaces.

### 6.3.3 CONSENSUAR, MEDIANTE A PARTICIPACIÓN DE TODOS OS AXENTES IMPLICADOS, O DESENVOLVEMENTO DE PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN E ACCIÓNS ESTRATÉXICAS PARA CUMPRIR OS OBXECTIVOS DO PLDA EN MATERIA DE ASISTENCIA, NO ÁMBITO LOCAL

#### Obxectivos

- Mellorar a colaboración entre os axentes implicados no abordaxe das condutas adictivas.

#### Actuacións

- Manter, revisar e mellorar os protocolos de atención e derivación entre recursos.

### 6.3.4 ESTABLECER AS ACCIÓNS NECESARIAS PARA MELLORAR A COORDINACIÓN ENTRE OS RECURSOS QUE INTEGRAN OS TRES NIVEIS DO CIRCUÍTO TERAPÉUTICO

#### Obxectivos

- Conseguir o diagnóstico precoz das condutas adictivas.
- Facilitar o acceso aos recursos asistenciais das persoas que o precisen.

#### Actuacións

- Favorecer os encontros de traballo entre os profesionais implicados.

### 6.3.5 MELLORAR E/OU CREAR OS DIFERENTES PROGRAMAS DIRIXIDOS A COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS

#### Obxectivos

- Minimizar as consecuencias nos fillos/as dos problemas de adicción dos seus pais.
- Diagnosticar precozmente situacións psicosociais de risco na poboación xuvenil.
- Reducir os problemas asociados ás condutas adictivas na muller.
- Promover programas dirixidos aos detidos e á poboación reclusa.

#### Actuacións

- Mellorar e/ou crear programas destinados aos menores con problemas no campo das adiccións.
- Fomentar a coordinación entre familias, profesorado e profesionais implicados.
- Mellorar a colaboración cos servizos penitenciarios.



### 6.3.6 PROMOVER PROGRAMAS DE URXENCIA, REDUCCIÓN DE DANOS, E DE INTERVENCIÓN EN RÚA

#### Obxectivos

- Responder ás necesidades máis básicas destas persoas mentres non acceden aos recursos asistenciais normalizados.
- Afianzar as estratexias de achegamento aos usuarios que se atopan fóra da rede asistencial.

#### Actuacións

- Aumentar a cobertura dos programas existentes

### 6.3.7 CREAR UN CENTRO DE URXENCIA SOCIAL PERMANENTE NA CIDADE

#### Obxectivos

- Facilitar a cobertura de necesidades básicas para persoas en situación de exclusión e promover o seu acceso a outros niveis asistenciais.

#### Actuacións

- Diagnóstico social das persoas atendidas.
- Deseño de itinerario individualizado de asistencia e incorporación social.

### 6.3.8 ESTABLECER MECANISMOS DE AVALIACIÓN CONTINUADA DA OFERTA ASISTENCIA E A SÚA CALIDADE NO ÁMBITO LOCAL, MEDIANTE O USO DE INDICADORES E INSTRUMENTOS OBXECTIVOS

#### Obxectivos

- Impulsar o funcionamento interdisciplinario dos equipos.
- Incrementar a formación dos equipos asistenciais.
- Desenvolver proxectos de investigación básica e clínica no ámbito da atención ás condutas adictivas.

#### Actuacións

- Consensuar un sistema de indicadores de calidade.
- Buscar os recursos necesarios para alcanzar a calidade asistencial.
- Promover o mantemento e a creación de programas, para adaptarse ás novas demandas e as necesidades existentes en materia de condutas adictivas, no ámbito local.

### 6.3.9 FAVORECER A COMPLETA INTEGRACIÓN DA REDE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ÁS CONDUCTAS ADICTIVAS NA REDE XERAL DE SAÚDE



### Obxectivos

- Normalizar a asistencia sanitaria dos pacientes con conductas adictivas.
- Garantir unha asistencia pública e de calidade á poboación.

### Actuacións

- Promover mecanismos de integración funcional co SERGAS
- Entrevistarse cos interlocutores das administracións implicadas, para aportar opinións e colaborar na axilización do proceso de integración dos dispositivos da rede asistencial de drogodependencias e doutras conductas adictivas dentro do sistema xeral de saúde.

## **7. O PLDA. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL**

### **7.1 INTRODUCCIÓN**

Un dos obxectivos fundamentais da comisión de incorporación social é contribuír na adaptación das directivas europeas e estratexias nacionais e autonómicas, en materia de drogodependencias, á realidade de Vigo e a súa área de influencia. Esta adaptación debería levarse a cabo tendo en conta a situación actual real dos distintos colectivos de afectados, e prestando especial atención aos que se atopan en situación de marxinalidade e exclusión social.

Considérase importante que as accións desenvolvidas para a incorporación social poidan contemplar distintos niveis de esixencia, ao obxecto de adaptarse aos diferentes grados de necesidade do colectivos, e que se guíen por principios de accesibilidade, continuidade e permeabilidade entre niveis.

Outro aspecto importante é mellorar a coordinación entre entidades, de cara a unha oferta de programas integrais baseados na colaboración interinstitucional que consiga, a través do aproveitamento dos recursos dispoñibles, unha maior eficiencia nas accións desenvolvidas,.

Por suposto, no ámbito da calidade, é necesario promover o desenvolvemento da formación continuada e a investigación, mediante a accións formativas específicas e foros de encontro entre os profesionais da rede e outros sectores socio-sanitarios.

Finalmente, sinalar que as accións en incorporación social deben contribuír tamén a mellorar a imaxe pública das persoas con problemas de adicción

### **7.2 O PLDA 2002-2004**

Desde un punto de vista xeral, e tendo en conta de que se trataba da primeira experiencia na execución do PLDA, o traballo desenvolvido desde esta comisión non foi capaz de abordar todos os obxectivos suscitados no documento de referencia, pero se permitiu dar pasos concretos importantes, tales como a refundición de obxectivos nun decálogo de liñas de actuación, o deseño, proposta e aprobación polo Pleno do Concello de Vigo dun proxecto de Centro de Urgencia Social,





a participación no Proxecto Compás para a promoción de empresas de incorporación sociolaboral, e a elaboración de informes técnicos sobre vivendas de acolleita, entre outras.

Tamén se quere sinalar que o traballo desta comisión viuse interferido como consecuencia da discontinuidade no funcionamento da oficina técnica do PLDA, xa que o seu persoal desempeñaba un importante labor de apoio, fundamental para a coordinación entre entidades e a posta en marcha de iniciativas sobre accións e programas. Esta situación orixinou desánimo entre os membros da comisión, dando lugar a algúns abandonos. Xa que logo, é necesario resolver este aspecto para mellorar a participación e a continuidade do traballo.

A continuación, se enumeran os principais obxectivos alcanzados:

- Informes técnicos sobre recursos de urxencia social para a atención a drogodependentes.
- Guía de recursos de atención a drogodependentes en Vigo.
- I Seminario de Urxencia Social en Vigo: Proposta para a creación dun Centro de Urxencia Social en Vigo, aprobada polo Pleno do Concello de Vigo.
- Informe sobre empresas de incorporación social e de traballo protexido.
- Participación nun seminario, coa Iniciativa Europea do Proxecto Compás Ecuil e Erasmus, co obxecto de que dentro do Plan dera lugar a unha iniciativa empresarial de emprego, testemuña que recolle a Fundación Érguete Integración.

Como obxectivos pendentes, destácanse os seguintes:

- O Centro de Emerxencia Social que aínda que se aprobou en Pleno no seminario de traballo quedaron comisionados os responsables da área de incorporación social de facer un seguimento sobre o mesmo que non se puido levar a cabo.
- Potenciar e apoiar a implantación de programas de incorporación sociolaboral que se adapten ás características dos pacientes.
- Promove-lo encontro e coñecemento entre profesionais, para mellora-los programas de incorporación social.
- Editar a guía de recursos de incorporación social de Vigo.

Como conclusión podemos valorar o traballo realizado durante o período 2002-2004 como positivo, pero mellorable. Neste sentido, debe mellorarse a continuidade na participación e dotarse de estabilidade á oficina técnica.

Finalmente, sinalar que falar de integración social en Vigo é referirse a unha dimensión que supera o ámbito municipal, debido á crecente realidade que conforma o área metropolitana.

### **7.3 OBXECTIVOS PARA 2006-2008**

Con relación ao funcionamento da comisión, proponse:

- Mellorar a participación dos grupos que traballan neste area e incorporar aqueles colectivos profesionais (traballan con presos e casas de acollida) que non están representados
- Reparto de accións entre os distintos membros do grupo



- Creación dun calendario de traballo onde figuren puntos de seguimento de obxectivos e avaliación

### 7.3.1 OBXECTIVOS XERAIS

- Mellora-la rede de incorporación social de atención a drogodependentes e outras condutas adictivas do Concello de Vigo
- Promover a coordinación e unidade de criterios entre os distintos dispositivos que traballan a area de incorporación social.
- Acadar os recursos materiais e humanos necesarios, para que os programas de incorporación social poida facerse con criterios de calidade, sen ser excluíntes e atendo a razoamentos científicos, medibles e avaliáveis.
- Estimular os encontros e intercambios profesionais, tratando de mellorar as condición de traballo e a calidade do mesmo.
- Mellora-la imaxe social das persoas con problemas de adicción

### 7.3.2 OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

#### 7.3.2.1 IMPULSAR A CREACIÓN DUN CENTRO DE URXENCIA SOCIAL

##### Obxectivos

- Dispoñer dun dispositivo específico para facilitar a accesibilidade aos programas asistenciais e de incorporación social dos colectivos en situación de exclusión

##### Accións:

- Procura activa de espazos ou instalacións que se adapten a aos requisitos que se estableceron non seminario realizado sobre emerxencia social e apoiados pola corporación municipal
- Promover a elaboración dun proxecto de actividade que permita a optimización dos recursos, que contemple tanto as necesidades de persoal, como materiais e equipos necesarios. Tamén é importante a redacción dunha normativa e regulamento de boas practicas no traballo do Centro de Urxencia Social.

#### 7.3.2.2 INCREMENTAR AS ENTIDADES E INSTITUCIÓNS QUE PARTICIPAN, NA REDE DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE VIGO FACILITANDO OS COÑECEMENTOS, A COORDINACIÓN E OS ACCESO DAS PERSOAS

##### Obxectivos

- Mellora-la relación co CIS de Vigo e a Integración de Reclusos drogodependentes
- Promove-los programas de participación social e voluntariado, como ferramenta de socialización ideal na incorporación

##### Accións

- Establecer contacto co CIS de Vigo co obxecto de que entren a formar parte da comisión de Incorporación



- Establecer contactos coa federación veciñal e co programa de voluntariado do Concello

### 7.3.2.3 UNIFICAR CRITERIOS NO DESEÑO DOS ITINERARIOS DE INTEGRACIÓN E SEGUIMIENTO DOS PROGRAMAS PERSONALIZADOS

#### Obxectivos

- Conseguir niveis homoxéneos de calidade nas accións desenvolvidas

#### Accións

- Promover a aplicación do catálogo de boas prácticas consensuado

### 7.3.2.4 MELLORA-LA PARTICIPACIÓN DOUTROS CONCELLOS DA ÁREA DE INFLUENCIA DE VIGO NA REALIZACIÓN DOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

#### Obxectivos

- Adaptar as accións en incorporación social ás necesidades reais e os recursos dispoñibles

#### Accións

- Establecer reunións co equipo de traballo da Mancomunidade e do Concello de Vigo, para ver iniciativas nos eidos da integración socio-laboral e infraestruturas de emerxencia social estables.

### 7.3.2.5 PROMOVE-LOS PROGRAMAS DE RÚA E DE AXENTES DE SAÚDE ENTRE IGUAIS, PARA ATENDER AOS COLECTIVOS MÁIS DESFAVORECIDOS

#### Obxectivos

- Aumentar os programas de intervención no medio, entre iguais, con mediadores e a calidade deste tipo de actuacións.

#### Accións

- Incrementa-los equipos que están traballando na rúa así como a súa área de traballo e a conexión coas distintas entidades do plan
- Realizar seminarios formativos, intercentros, de axentes de saúde

### 7.3.2.6 POTENCIACIÓN E COORDINACIÓN DOS RECURSOS RESIDENCIAIS URBANOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENTES

#### Obxectivos

- Consolidar e desenvolver a precaria rede de recursos residenciais, adaptándoa ás necesidades reais
- Mellorar a súa regulación normativa e financiamento

#### Accións

- Sensibilizar ás administracións competentes para a normalización destes recursos e o seu adecuado financiamento



- Mellora-las infraestructuras e o persoal dos recursos existentes

#### 7.3.2.7 PROMOVER EMPRESAS DE INSERCIÓN E TRABALLO PROTEXIDO

##### Obxectivos

- Promove-la creación de empresas de inserción e traballo protexido así como unha lei que as protexa e dea contido.

##### Accións

- Apoiar as iniciativas existentes
- Promover novas iniciativas non eido das empresas reinserción e protexidas
- Realizar un informe que recolla os regulamentos existentes e presentalos a quen proceda para a súa discusión e aprobación

#### 7.3.2.8 CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL E FORMACIÓN REGRADA

##### Obxectivos

- Facilitar o acceso aos cursos de formación profesional e formación regulada

##### Accións

- Mellora-la información que chega aos centros
- Potenciar os contactos coas entidades que promoven cursos de formación profesional e de adultos
- Mellora-los equipos educativos de apoio a este colectivo

#### 7.3.2.9 PROGRAMAS DE APOIO AS FAMILIAS

##### Obxectivos

- Potenciar programas de apoio ás familias

##### Accións

- Realizar un informe sobre o traballo que se está a facer neste campo en Vigo
- Promover o encontro, unificación de criterios e actuacións neste campo

#### 7.3.2.10 PROGRAMAS DE PROTECCIÓN DOS MENORES CON PAIS DEPENDENTES

##### Obxectivos

- Promover programas de protección dos menores con pais dependentes, favorecendo a conciliación familiar e o coidado do menor

##### Accións

- Propiciar encontros para unificación de criterios profesionais neste campo

#### 7.3.2.11 TRABALLO COS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL



### Obxectivos

- Dispoñer de espazos de traballo conxunto cos medios de comunicación social presentes na cidade

### Accións

- Dar continuidade as reunións de traballo cos medios de comunicación social de Vigo

## 7.3.212 SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

### Obxectivos

- Mellorar a sensibilización e implicación dos diversos axentes sociais nos procesos de incorporación social

### Accións

- Potenciar as datas relevantes en materia de prevención e loita contra as adicción e enfermidades asociadas
- Crear un boletín do PLDA de carácter trimestral
- Promover seminarios sobre as actuacións ético-profesionais



## 8.- O PLDA. ENTIDADES

**Cítanse deseguido as institucións, entidades e asociacións que conforman o actual PLSDA e que participaron na elaboración do PLDA 2006-2008:**

### **CONCELLO DE VIGO. SERVIZO DE BENESTAR SOCIAL**

ENDEREZO: Praza do Rei, s/n 36202 VIGO  
TELÉFONO: 986 810129  
FAX: 986 810153  
E-MAIL: ofi.bensocial@vigo.org

### **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS "CEDRO"**

ENDEREZO: Pintor Colmeiro 9, 36211 VIGO  
TELÉFONO: 986 48 27 50  
FAX: 986 48 30 19  
E-MAIL: francisco.otero@vigo.org

### **UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS "ALBORADA"**

ENDEREZO: Rúa Isaac Peral, 6, 36201 VIGO  
TELÉFONO: 986 22 48 48  
FAX: 986 43 59 77  
E-MAIL: alborada@alborada.org

### **UNIDADE ASISTENCIAL DE ALCOHOLISMO "ASVIDAL"**

ENDEREZO: Escultor Gregorio Fernández 8 baixo, 36204 VIGO  
TELÉFONO: 986 22 62 69  
FAX: 986 22 62 40  
E-MAIL: asvidal@vigonet.com

### **"ÉRGUETE" ASOCIACIÓN DE AXUDA AOS TOXICÓMANOS**

ENDEREZO: Avda. Martínez Garrido 21 interior, 36205 VIGO  
TELÉFONO: 986 25 02 40/25 25 80  
FAX: 986 26 70 17  
E-MAIL: erguete@terra.es

### **MADRES EN DEFENSA DE LOS JÓVENES DROGODEPENDIENTES "MADRO"**

ENDEREZO: r/Tranviarios,6 - 3º 36210 VIGO  
TELÉFONO: 986 20 88 74  
FAX: 986 20 88 74  
E-MAIL: madro@telefonica.net



#### **MÉDICOS DO MUNDO**

ENDEREZO: Illas Baleares, 15 baixo, 36203 VIGO

TELÉFONO: 986 48 43 01/ 630 98 00 81

E-MAIL: vigo@medicosdelmundo.org, outreach.vigo@medicosdelmundo.org

#### **CÁRITAS DIOCESANA DE TUI-VIGO**

ENDEREZO: Avda. de García Barbón 104 baixo 36203 VIGO

TELÉFONO: 986 44 33 10

FAX: 986 22 31 70

E-MAIL: cdtui\_vigo@caritas-espa.org

#### **PLAN COMUNITARIO DE TEIS**

ENDEREZO: Coutadas 59. 36207 VIGO

TELÉFONO: 986 28 16 70

FAX: 986 28 16 70

E-MAIL: planteis@cgrabajosocial.es

#### **PROXECTO HOME**

ENDEREZO: Rúa Ramón Nieto 245-Lavadores, 36205 VIGO

TELÉFONO: 986 37 46 46/37 44 37

FAX: 986 37 44 88

E-MAIL: phg\_vigo@teletel.es

## **9. VIXENCIA DO PLDA**

O presente Plan terá vixencia ata o 31 de decembro de 2008. A Corporación municipal poderá decidir, en función das circunstancias concorrentes e da avaliación dos seu desenvolvemento e resultados, a aprobación dun novo Plan para o período de tempo que se considere oportuno. Para a elaboración e aprobación, se é o caso, dese novo Plan, deberá contarse coa participación e dictame do CLDA e das súas Comisións técnicas.