

## Espacio 12

### ADICCIONES

Coordina: Vicens Faubel Agües

Colegio Oficial de Educadoras y Educadores Sociales de la Comunidad Valenciana.  
COEESCV

336

#### ÍNDICE

- 1.- DESARROLLO DE LA SESIÓN
- 2.- CUESTIONES A DEBATIR EN LOS GRUPOS Y CONCLUSIONES DE LOS MISMOS
- 3.- VALORACIÓN DE LA SESIÓN
- 4.- TEXTO EXPUESTO EN LA PRESENTACIÓN

#### **1.- DESARROLLO DE LA SESIÓN:**

A la entrada a la sala se reparte una hoja pequeña a cada participante, en ella pondrán el nombre y la Comunidad autónoma de residencia. Las hojas se recogerán al iniciar la exposición y se agruparán por Comunidades, asignándole a cada uno de cada comunidad un número del 1 al 4. Posteriormente al final de la exposición, se agruparán por números.

Se da la bienvenida y se explica el proceso de la sesión.

Se inicia la exposición de la Power.

Se agrupan los participantes por el número asignado. Se les entrega la cuestión a debatir y se inicia el trabajo en grupo. Elaboran las conclusiones.

Se exponen las conclusiones de cada grupo y se introducen en la power.

Fin de la sesión.

#### **2.- CUESTIONES A DEBATIR EN LOS GRUPOS Y CONCLUSIONES DE LOS MISMOS.**

1. ¿COMO FUNCIONAN LOS PLANES AUTONÓMICOS, RESPECTO AL PLAN NACIONAL?
2. LA FIGURA DEL/A EDUCADOR/A SOCIAL EN EL TRABAJO DE ADICCIONES.
3. LA SECCIÓN DE ADICCIONES EN LOS COLEGIOS PROFESIONALES.



#### 4. ¿EXISTE FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE ADICCIONES EN EL GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL?

##### CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS:

Se hicieron cuatro grupos de trabajo y a cada grupo se le dio una cuestión a debatir desde tres puntos de vista:

1. Lo que hay en la actualidad;
2. Lo que debería haber;
3. Lo que pueden hacer sobre el tema los Colegios Profesionales o el Consejo General.

337

#### 1. ¿COMO FUNCIONAN LOS PLANES AUTONÓMICOS, RESPECTO AL PLAN NACIONAL?

En la mayoría de las Comunidades autonómicas, los planes Autonómicos dependen y se rigen por el Plan Nacional. Y así como hace algunos años, pertenecían a las Consejerías o Direcciones Generales de Bienestar Social, en la actualidad en casi todos los territorios han pasado a formar parte de Sanidad, pasando desde un enfoque más Educativo y Social a uno más médico.

Otra tónica general es que, a raíz de los recortes por la crisis, los planes regionales se fueron diluyendo y en algunos territorios su labor es mínima, pasando a realizarlas entidades de carácter privado.

#### 2. LA FIGURA DEL/A EDUCADOR/A SOCIAL EN EL TRABAJO DE ADICCIONES.

En tratamiento, aunque la presencia de trabajo es importante, ha ido disminuyendo en favor de otras figuras profesionales más de carácter sanitario (médicos y psiquiatras) y psicólogos, que están sobre todo a la cabeza de los equipos.

La figura del/a Educador/a Social, se dedica más a tareas de acompañamiento, y organización del tiempo libre que al plano socioeducativo.

La participación de los profesionales de la Educación Social es todavía menor en el área de Prevención de las Adicciones, aunque ha quedado claro que es un área en la que tenemos mucho que decir y que hacer.

A nivel de Autonomías, los Colegios profesionales deberían incidir en las correspondientes Concejalías para incluir la figura en el diseño de los equipos multidisciplinares que trabajan en los distintos servicios: Comunidades Terapéuticas, Centros de día, pisos de reinserción, Programas de Prevención, etc.

Y el Consejo General a nivel de Plan Nacional debería dar a conocer, para que se incluya, la figura de la Educadora y Educador Social.

#### 3. LA SECCIÓN DE ADICCIONES EN LOS COLEGIOS PROFESIONALES.

Los Colegios Oficiales en su mayoría no poseen Sección Profesional o si la poseen está muy poco activa, eso sí, a excepción de honrosas excepciones.

Los Colegios deberían informarse de los colegiados que trabajan o están interesados en trabajar en Adicciones para promover una Sección Profesional que pueda poner la figura en el ámbito de actuación.

#### **4. ¿EXISTE FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE ADICCIONES EN EL GRADO DE EDUCACIÓN SOCIAL?**

Este tema es más desolador aún, si cabe. En la mayoría de planes de estudios no hay formación específica sobre adicciones en toda la carrera de Educación Social.

En algunas Universidades es un tema transversal (¿?), en otras se va a crear un Master (Galicia). En otras se hacía formación a la carta, pero con el Grado, se ha terminado (Valencia). También en otras está como optativa (Salamanca), Drogas y Educación, Intervención en Drogodependencia, etc.

Creemos que incluir en los temarios de las carreras esta disciplina es una labor muy complicada pero muy necesaria, así se propiciara un mejor acceso al terreno laboral. No olvidemos, que hoy está ocupado, en muchos casos por otras figuras profesionales (monitores, psicólogos, etc.).

#### **3.- VALORACIÓN DE LA SESIÓN**

La idea inicial de crear un espacio de reflexión por Ámbitos de intervención de la profesión, es muy buena y podría haber sido muy eficaz y rentable en cuanto a conclusiones y propuestas.

El espacio físico, así como los medios audiovisuales han sido de excelentes.

El número de personas que asistieron (alrededor de 30) ha sido el adecuado para poder trabajar tanto en grupos pequeños, como en gran grupo.

El tiempo designado para la actividad (una hora 30 minutos) no fue el adecuado, quedándose extremadamente corto. Hay que tener en cuenta que, a los asistentes, les costó bastante acceder a las salas que estaban bastante retiradas de la zona central del Congreso. Por ello, empezamos la introducción algo tarde, y aunque se acertó en la exposición teórica, no quedo casi tiempo para el trabajo en grupo y, sobre todo, no se pudo hacer la puesta en común de los grupos. Además, hubo que terminar la sesión unos minutos antes de las ocho, para poder asistir a la visita cultural.

Proponemos para otra ocasión dar más tiempo a una actividad de estas características y con esta relevancia.

#### **BIBLIOGRAFÍA.**

“BASES CIENTÍFICAS DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS”. E. Becoña Iglesias, Madrid 2002, PNSD.

“HACIA LA PERCEPCIÓN DE RIESGO BASADA EN LA EVIDENCIA” Eduardo Hidalgo Downing. ABS- Energy Control. 2004.

“IMPACTO DE LAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS”. Domingo Comas.

“PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS” Análisis y propuestas de actuación.

PNSD. 1997

“HISTORIA DE LAS ADICCIONES EN LA ESPAÑA CONTEMPORÁNEA”.

SOCIDROGALCOHOL. 2009

“LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS DE FIN DE SEMANA”. Domingo Comas.

## **ANEXO I. TEXTO EXPUESTO EN LA PRESENTACIÓN**

### **ANTERIORIDAD AL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS**

#### **Aspectos legales y jurídicos relacionados con adicciones (1972-1985)**

La Ley de Peligrosidad Social y Rehabilitación social de 1970, fue modificada en 1974, en 1977 y en 1978, hasta ser derogada en 1995.

En relación con la hospitalización y la asistencia a los pacientes adictos, fue importante y significativa la derogación en el Código Civil de 1983, de la normativa legal sobre internamiento del enfermo psíquico, por la cual la “toxicomanía” dejaba de ser una de las causas explícitas de internamiento obligatorio del “enfermo psíquico”.

Los Convenios Internacionales suscritos, y así mismo el ambiente general de alarma ante “el problema de la droga” determinaron en 1971 una reforma del Código Penal.

Posteriormente, y también ante otra alarma social, esta vez ante la dureza de las sanciones previstas y la preocupación de algún partido progresista, como el Partido Comunista, que solicitaba una despenalización total del tráfico y consumo de “drogas blandas”, dio lugar a una nueva reforma del Código Penal en 1983.

Esta reforma preveía en efecto la despenalización del consumo y la reducción de penas, así como la distinción drogas duras y drogas blandas. También relacionado con las previsiones suscritas en los Convenios, fue considerado necesario el funcionamiento en el Ministerio de Justicia de una Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, con el nombramiento de un Fiscal Especial (Jiménez Villarejo).

#### **Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes (1974-1975)**

En junio de 1974, y a propuesta del Vicepresidente 1º del Gobierno y ministro de la Gobernación, se decidió en Consejo de Ministros, la creación de una Comisión Interministerial sobre las consecuencias del Tráfico de Drogas y el Alcoholismo para que un grupo de trabajo que integrase expertos y representantes de organismos e instituciones sociales relacionadas, estudiase la situación y propusiese medidas a realizar.

El estudio tras revisar la política de actuación en España en problemas de alcoholismo y toxicomanías, dividía sus conclusiones por separado entre ambas cuestiones, y tras analizar las situaciones concretas, así como los recursos existentes, realizaba propuestas de medidas concretas, administrativas, preventivas, asistenciales, legales, investigadoras, y llegaba a proponer medidas concretas y urgentes, entre ellas, la permanencia de la estructura que hiciese posible la coordinación de los servicios afectados por los problemas, lo que habría de llegar a realizarse años después como Plan para las Drogas.

Hasta 1979, siguió algún tipo de actividad una especie de Comisión Permanente de la Comisión interministerial. El grupo de trabajo terminó y entregó su estudio en diciembre de 1974, y este fue publicado en mayo de 1975, en la Revista de Sanidad e Higiene Pública.

### **La práctica asistencial en el contexto internacional y en España: Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CTD).**

El movimiento de **Comunidades Terapéuticas** como alternativo a la asistencia hospitalaria para los trastornos adictivos, había comenzado en EEUU en las décadas anteriores. Concretamente, **Synanon** se organiza con Ch. Dederich, procedente de **AA** en 1958, **Daytop Village** (Drugs Addicts Treated On Provation) comienza con D. Deitch y grupos procedentes de Synanon.

**Phoenix House**, también comenzó en 1967, Daytop y Phoenix extendieron sus actividades posteriormente, hacia 1975 a Europa, al Reino Unido, Alemania y Holanda.

En Europa, desde 1972, Lucien Engelmeier había comenzado la organización "Le **Patriarche**" (La Boere, Francia), un modelo asistencial en régimen libre de drogas, excepto tabaco, con abstinencia sin fármacos. Esta organización experimentó una gran expansión internacional en 1979-1980, también en España. En esta experiencia asistencial específica para adicciones, se llevaban a cabo intercambios internacionales de pacientes internados, y durante mucho tiempo gozó de gran prestigio, y también padeció críticas sobre sus objetivos, medios utilizados y resultados.

El **Centro Italiano de Solidaridad**, fue organizado por Mario Pichi hacia 1975, y a él siguió en 1979 la puesta en marcha del **Proyecto Hombre** (Progetto Uomo) en principio también en colaboración con Daytop Village y en relación con la iglesia católica y con Cáritas. Este proyecto se apoyaba en programas preventivos reeducativos y terapéuticos, durante el proceso de rehabilitación y reinserción, y así mismo en la permanencia en comunidades terapéuticas de corta y larga estancia.

**Narconon**, relacionado con la Iglesia de la Cienciología y la Dianética (L.R. Hubbard) como sustrato teórico-práctico, comienza su actuación hacia 1980.

Según datos de Domingo Comas (1988), en España

- 1983, había 966 pacientes en CTD;

- 1986, había 2.858 pacientes en 81 CTD, la distribución de pacientes en las distintas redes de Comunidades Terapéuticas, era la siguiente:

- Red pública: 11 CTD, con 228 pacientes.
- Red privada: 23 CTD, con 406 pacientes.
- Red El Patriarca: 25 CTD, con 1.534 pacientes.
- Red Iglesias Evangelistas: 11 CTD, con 150 pacientes
- Red Proyecto Hombre: 7 CTD, con 200 pacientes
- Red Narconon: 4 CTD, con 250 pacientes.

- 1987, se contabilizaban casi 4000 en 114 CTD.

Comas ya hacía notar entonces la posible tendencia a cambios en el modelo y estructuración de las Comunidades Terapéuticas, no solo en aspectos cuantitativos sino también cualitativos en su funcionamiento y rol asistencial.

### **Tratamiento con técnicas de mantenimiento con agonistas y antagonistas opiáceos**

Durante la década de los años 70 y tras la comunicación de la experiencia de Dole y Nyswander con metadona en adictos a opiáceos a fines de los años 60, se produjo en general una resistencia inicial de los profesionales al cambio de los programas libres a drogas hacia los tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Por ello no se introdujo en España en forma de programas de deshabituación y mantenimiento, hasta mediados los 80.

### La inexistente prevención.

Con anterioridad a la creación del PNSD, la atención social e institucional en materia de drogas se dirige exclusivamente hacia el tratamiento de las adicciones, sin tener en cuenta otros aspectos como la prevención, la reducción de daños, la legislación para la reducción de la oferta, etc.

No es hasta la creación del Plan, cuando se tiene en cuenta la necesidad de influir en la reducción de la demanda o prevención del abuso de drogas, basada en la disminución de los factores de riesgo, tal y como la conocemos actualmente.

Las pocas “acciones preventivas” que se realizaban (cuestionadas en la actualidad), eran la exhibición de testimonios en primera persona de exadictos, que se habían rehabilitado en centros de carácter privado.

### LA CREACIÓN DEL PNSD

Aunque, como hemos visto, casi 20 años antes ya se estaba abordando esta problemática, pero desde espacios y actuaciones poco científicas, menos rigurosas y nada evaluadas, por lo tanto, no demostrables empíricamente, la creación del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) no se produce hasta 1985.

El PNSD es una Delegación del Gobierno, que nace como una iniciativa destinada a coordinar y potenciar las políticas de drogas de las distintas Administraciones Públicas y las actividades de las entidades y organizaciones sociales para hacer converger esfuerzos con independencia de ideologías o filiaciones políticas.

El PNSD se crea con la siguiente estructura de coordinación:

- **Estado:** Grupo Interministerial y Delegación del Gobierno
- **CCAA:** Consejerías responsables y Planes Autonómicos
- Todo ello apoyado en:
  - La Conferencia Sectorial
  - La Comisión Inter autonómica

Y con unas pretensiones básicas:

- Conseguir un amplio consenso social.
- Aceptación técnica: experiencias con aval científico.
- Habilitación de recursos que satisfagan demandas sociales y respondan a la situación planteada.

Los principales logros del PNSD durante estos años y según destaca el propio PNSD, han sido que **por fin se crea en nuestro país un Plan global de intervención, que desarrolla y fortalece el entramado social y la red de atención a las drogodependencias. Que además permite la institución de unas bases teóricas, ahora sí, con un fundamento científico y con un buen sistema de información. Que dotó de medios e instrumentos policiales y que adaptó las leyes para la reducción de la oferta de sustancias. Así como el haber mantenido una presencia destacada en foros internacionales, e incrementado los presupuestos de CCAA y del Estado.**

A nivel informativo-documental, en 1987, comenzó a funcionar el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), así mismo, e íntimamente relacionado con él, se desarrolló el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías (SAIT).

En 1996, se realizó una ampliación y modificación esencial de recogida de información a todas las sustancias psicoactivas, según una lista definida, se puso en marcha el Observatorio Español sobre Drogas (OED), el sistema dio lugar al Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD).

También en 1996 comenzó la edición de Memorias del Plan Nacional sobre Drogas. Más tarde, de 2002 a 2004, se fundó el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (INIFD), con el objetivo de organizar y estructurar más adecuadamente las numerosas y variadas actividades investigadoras y también las formativas realizadas y participadas por el Plan.

En 1986, comenzó a estar disponible y accesible a todos los interesados, un Centro de Documentación e Información cada vez más completo.

### **Cambios de perspectivas, perfiles y políticas sanitarias en alcohol y drogas.**

En este periodo, en Europa se fue produciendo una evolución de la perspectiva de la salud, que pasó a **centrarse en el consumo juvenil** de alcohol, la seguridad y el daño del bebedor a sí mismo y a otras personas (tráfico, violencia, etc.), así como en el coste asistencial de todo ello.

La Oficina Regional Europea de la OMS inicio en 1993 su **primer Plan Europeo sobre el Alcohol**, editando la Carta de París en 1995, y la Declaración de Estocolmo sobre Jóvenes y Alcohol en 2001. En ese año tuvo lugar la conferencia ministerial sobre jóvenes y alcohol, y por la Comisión Europea se adoptó una recomendación del Consejo Europeo también sobre el consumo de alcohol de niños y adolescentes.

El cambio que se produjo en la asistencia prestada por las CTD, no solamente consistió en la **gran reducción numérica**, sino también en el **cambio de perfiles** de consumidores, que eran de mayor edad y con distintas preferencias de sustancias.

Ya en el cambio de siglo, la droga más presente la cocaína (38.7%), a la que seguían la heroína (25%), el alcohol (22%), y la ludopatía y pastillas y fármacos (22.5%). El diagnóstico de patología dual, se presentaba en 26.5%. También habían variado sustancialmente las técnicas terapéuticas, utilizándose fármacos en 66.3% de los casos, antagonistas en 15% y ya solamente el 18.7% eran tratados en programas libres de drogas, los enfoques terapéuticos se amplían hacia programas de reducción de daños y de utilización de sustancias sustitutivas

### **La evolución de la prevención a partir del PNSD**

A lo largo de la historia y al igual que en Tratamiento de las adicciones se ha venido trabajando (la pastilla mágica) para conseguir que las personas abandonasen su adicción, en Prevención se ha intentado conseguir (la vacuna mágica) que los jóvenes no se iniciaran o progresaran en el consumo, tratando de evitar la adicción (y los factores asociados).

La prevención de las drogodependencias ha avanzado mucho en conocimientos y experiencias en las últimas décadas.

Disponemos en la actualidad no sólo de conocimientos acerca de la etiología de los consumos de drogas y de las bases teóricas que los sustentan, sino también de programas adecuados para conseguir que los adolescentes no se inicien en el consumo de drogas, retrasen la edad de inicio o consuman de un modo menos peligroso.

Se definen dos líneas de actuación en la prevención, por un lado, la reducción de la oferta (medidas legislativas) y por otro lado la reducción de la demanda.

#### **Reducción de la oferta:**

-Para regular el consumo:

En materia de publicidad

Medidas represivas hacia el consumo. Teniendo en cuenta los aspectos de la sociedad:

Legislación civil

Legislación educativa

Legislación sanitaria

Legislación laboral

### Reducción de la demanda: lo que funciona y lo que no funciona.

Vamos a ver los puntos fuertes y los débiles de cada ámbito.

#### ESCOLAR:

Es el ámbito donde generalmente más se aplica la prevención, sobre todo por la particularidad de que se puede disponer de una población cautiva.

- Puntos fuertes:

**Ya llevamos bastantes años diseñando, desarrollando y aplicando programas de todo tipo**, especialmente universales y espacialmente en la secundaria. Incluso en muchos casos estos programas ya están integrados dentro del Currículo Escolar del Centro. Todo esto debido y propiciado a que existe una mayor conciencia por parte de todo el equipo docente acerca de la efectividad de la prevención.

Por otro lado también es significativa **la gravedad que actualmente se le reconoce al consumo de drogas legales** (tabaco, alcohol, etc.), por ello la mayoría de los programas trabajan sobre estas sustancias.

Otro punto a favor es que se ha aceptado **que la información por sí sola no conlleva prevención**, por lo que los programas incluyen formación con el fin de mejorar la competencia social (habilidades sociales, autoestima, valores) y el desarrollo afectivo de los alumnos.

- Puntos débiles:

Muchas veces se cae en el error de realizar solo **acciones puntuales** sin continuidad en el tiempo.

En la aplicación de programas escolares, en **la mayoría de las veces ha primado la cantidad sobre la calidad**. Nos encontramos numerosos programas mejor o peor diseñados, pero que muchas veces llenan las estanterías de algún almacén de los Institutos, o en el mejor de los casos se han aplicado sin ninguna rigurosidad, ya que les han faltado algunas de las claves más importantes, por un lado: formación, asesoramiento, apoyo, motivación y escucha al profesorado; por otro la aplicación, que hay que ver como se realiza, cómo se supervisa y que sistemas de supervisión se utilizan y por fin la evaluación rigurosa respecto al diseño original del programa y que actualmente se ha convertido en la parte más importante.

¿Qué está pasando realmente con la **evaluación**? en muchos casos, remarco, en muchos casos, no se hace evaluación de la aplicación contando con el profesorado para saber si se implementan todas las sesiones, en qué orden, en que periodicidad, etc. La evaluación que más importa es la de **cantidad de alumnos**, y la evaluación de resultados se plantea en plan aplicación experimental para demostrar la eficacia del programa, pero **no se realiza una evaluación longitudinal** a lo largo de toda una etapa evolutiva, que sería lo adecuado.

En general **poca implicación del Ministerio de Educación**, nunca se ha planteado una aplicación en todo el territorio, y siempre se realizan a nivel local y sin apoyo.

Estamos viendo en muchas ocasiones que **la prevención escolar se ha convertido en un negocio**, por la cantidad de programas que existen y por la cantidad de dinero que mueven, esto nos puede hacer perder de vista los objetivos reales que impulsan la prevención escolar.

Además, **nos estamos apoyando mucho** (excesivamente) **en un sistema educativo en crisis**, con un discurso público por definir con respecto a cuál es su función (educar o enseñar) y con una pérdida de poder real respecto a la capacidad de influencia en el alumnado, que es consecuencia de la falta de apoyo social hacia el sistema. Sin contar, claro está, los continuos cambios en los planes de estudio y en las leyes que los sustentan.

#### FAMILIAR

Los programas familiares han crecido mucho últimamente y se ha desarrollado la mayoría de las veces junto a los programas escolares.

Suelen contener en su temario, además de información, habilidades educativas y de comunicación, así como para la resolución de conflictos.

- Puntos fuertes:

Está muy claro **que junto a la escuela, la familia es, para el niño y el adolescente un soporte básico en su educación, por lo tanto también en la prevención del consumo de drogas** y de otras conductas de riesgo.

A pesar de todo lo que se comenta y se especula respecto del desapego de los jóvenes a la familia, diversos estudios vienen demostrando que **el grado de influencia de los padres sobre los hijos es todavía notable en estas edades**, ya que los jóvenes reconocen que es en el seno de la familia donde adquieren los valores y los aspectos claves en su vida.

También sabemos de **la necesidad de los niños de tener adultos de referencia** (familiares, educadores, monitores, etc.), pero con pensamientos objetivos y actitudes coherentes.

- Puntos débiles.

**Pocas veces se ha sabido “casar” este ámbito con el escolar** e integrar una buena formación de padres a la par que se desarrollaba la de sus hijos.

Una de las principales carencias ha sido que muchas veces, también, **esta tarea se ha dejado en manos de los profesores** y cuando la ha realizado otra persona, con más voluntad que preparación, ha faltado la capacidad para **convocar a los padres, sobretodo masculino**.

**Los programas para familias de carácter selectivo**, han tenido una mejor acogida y han obtenido buenos resultados, pero son muy pocos y de difícil realización y, sobre todo, con **poco apoyo institucional** hasta el momento.

## LABORAL

Los programas de prevención laboral han recobrado gran importancia los últimos años por el alto nivel de consumo de drogas en el trabajo (drogas legales y cannabis).

Los Programas de carácter laboral suelen incluir:

- Información sobre las sustancias.
- Sensibilización para la abstinencia en el trabajo.
- Orientación para el abandono del consumo y
- Tratamiento.

## OCIO Y TIEMPO LIBRE

- Puntos fuertes.

**Debería de ser un ámbito fundamental de trabajo para la prevención**, debido a la relación ocio-consumo de sustancias. Además, sabemos que puede ser una alternativa al consumo de drogas.

Los programas de Ocio Nocturno han pasado una época en la se han puesto de moda y ello les ha propiciado **mucho apoyo institucional**.

Podemos decir que ha habido poco acierto en este terreno si exceptuamos a algunos programas, y que casualmente, se caracterizan todos ellos porque de una u otra manera **se han desmarcado de la línea institucional**.

Así cabe **destacar los primeros programas de ocio nocturno**, que salieron a partir de inquietudes de la propia población **y realizados desde el asociacionismo**. O las acciones de algunas organizaciones muy interesadas en **la reducción de riesgos en los espacios de ocio los fines de semana**.

- Puntos débiles.

La mayoría de las veces, **las instituciones** que están detrás de los programas, manejan **objetivos distintos a la prevención**.

En estudios realizados sobre la eficacia de estos programas, los resultados de **las evaluaciones no son demasiado positivos**, respecto a lo que se esperaba, sobre todo si no hay implicación de la comunidad.

Esta baja valoración también está motivada por que **no se cuenta con los jóvenes en el diseño y en el desarrollo de los programas**.

**Los monitores y mediadores que participan en algunos programas carecen de formación específica** en prevención e **incluso de cierta coherencia** para poder llevarlos a cabo. No todos valen.

La sociedad en general mantiene **cierta resistencia a adoptar estrategias preventivas tendentes a reducir riesgos** (aceptando el consumo responsable).

### ADICCIONES NO QUÍMICAS: OTROS ABORDAJES

A lo largo de los años han ido cambiando aspecto de las adicciones, sobre todo la percepción y respuesta de la sociedad. Pero el cambio más significativo está en el área del agente que produce la adicción. En los últimos años Internet no solo ha cambiado nuestra forma de relacionarnos, de acceder a la información o al ocio. Ha favorecido la aparición de nuevas adicciones no químicas, con procesos adictivos y respuestas cerebrales calcadas de las adicciones químicas.

**Las TIC's** están suponiendo un motivo creciente de petición de ayuda, en los centros de tratamiento, sobre todo entre los adolescentes. El problema se evidencia sobre todo con los **juegos con conexión en línea**.

Adolescentes que no fuman, casi no beben, pero se pasan horas, días, en su habitación, sin más relación que la de los compañeros de juego, que fácilmente residen en otra franja horaria. Relaciones familiares y sociales, deterioradas o inexistentes, compromisos académicos, abandonados. Toda una sintomatología de tolerancia y abstinencia como en una adicción química.

**El juego en línea** (póquer, ruleta, apuestas deportivas, etc.) se legaliza, mediante la Ley de Regulación del Juego, en mayo del 2011. En la actualidad somos el tercer país del mundo en oferta de juego, solo detrás de EE.UU. y Filipinas. De la ley se ha reglamentado casi todo menos el control de la publicidad y la protección de población vulnerable (los menores entre otros). Los que se acercan al juego en línea son internautas que juegan, no jugadores que se han desplazado a Internet para jugar, los canales de juego en línea y presencial responden a patrones y motivaciones diferentes. El jugador en línea es alguien ya habituado a jugar en línea, es decir alguien joven. La adicción al juego solía tardar en aparecer entre tres a cinco años, ahora ha bajado a uno o dos. La accesibilidad es absoluta, gracias a las aplicaciones para los móviles.

Estas son aportaciones desde la tecnología, que los propios padres ven con buenos ojos en un principio, es el llamado efecto niñera. Cuando se dan cuenta de que hay un problema ya solemos hablar de adicción, no nos hemos planteado antes una conducta problemática o un abuso.

**La Patología Dual.** La Organización Mundial de la Salud (OMS.) estima que, en el año 2025, el 75 % de las personas con enfermedad mental tendrán algún problema de abuso de sustancias. Así mismo, se observa un aumento en el porcentaje de trastornos mentales en los usuarios de los Centros de Tratamiento para adicciones. No sólo presenta alta prevalencia, sino que su gravedad clínica y social, así como su pronóstico, suscita la necesidad de un abordaje adecuado, global e integral, capaz de orientar las respuestas específicas en cuanto a la intervención.

### Plan de Acción sobre drogas 2013-2016

El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 contempla **36 acciones** para los 6 Ejes y los 14 Objetivos Generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, con el siguiente esquema:

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016		
EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
<b>1. Coordinación</b>	1. Coordinación Nacional.	2
<b>2. Reducción de la demanda</b>	2. Conciencia Social.	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	1
	5. Reducir el consumo.	5
	6. Reducir daños asociados al consumo.	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
	<b>3. Reducción de la oferta</b>	9. Control oferta sustancias ilegales.
10. Blanqueo de capitales.		3
<b>4. Mejora del conocimiento</b>	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
<b>5. Formación</b>	13. Formación.	1
<b>6. Coordinación Internacional</b>	14. Coordinación Internacional.	3