

PROYECTO PREVENTION OH

CONVENIO DE FINANCIACIÓN FEDER Nº EFA 199/16

PROJET PREVENTION OH

CONVENTION DE FINANCEMENT FEDER Nº EFA 199/16

PREVENTION

Diagnóstico Inicial

Diagnostic Initial

Interreg
POCTEFA



ES

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN DE LOS SOCIOS	4
1.1. GOBIERNO DE LA RIOJA	4
1.2. GOBIERNO DE ARAGÓN	8
1.3. ASOCIACIÓN BIZIA	12
1.4. ASOCIACIÓN ANPAA 31	14
2. DIAGNÓSTICO: DATOS DE POBLACIÓN Y DE CONSUMO	17
2.1. LA RIOJA	17
2.2. ARAGÓN	21
2.3. DATOS ESPAÑA	25
2.4. ASOCIACIÓN BIZIA	29
2.5. ASOCIACIÓN ANPAA 31	32
2.6. DATOS FRANCIA	40
3. BUENAS PRÁCTICAS Y RECURSOS DISPONIBLES:	44
3.1. GOBIERNO DE LA RIOJA	44
3.2. GOBIERNO DE ARAGÓN	51
3.3. ASOCIACIÓN BIZIA	59
3.4. ASOCIACIÓN ANPAA 31	64

Resumen del documento

Título entregable: Diagnóstico Inicial Proyecto Europeo PREVENTION OH

Programa: POCTEFA 2014-2020

Proyecto: PREVENTION OH

Convenio de financiación FEDER: Nº EFA 199/16

Acción 3: Red de Trabajo – Taller 1 Diagnóstico Inicial

Autor: Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones del Gobierno de La Rioja

Socios de Proyecto: Gobierno de Aragón, Asociación BIZIA (FR) y Asociación ANPAA 31 (FR)

Fecha de fin de proyecto: Diciembre 2020

Introducción

La zona elegible del POCTEFA 2014-2020 agrupa el conjunto de los departamentos y provincias próximas a la frontera franco-española y del territorio de Andorra. Se extiende por una superficie de 115.583 Km² poblada por 15 millones de habitantes.



Esta área de cooperación agrupa en concreto las siguientes zonas:

- España: Bizkaia, Gipuzkoa, Araba / Álava, Navarra, La Rioja, Huesca, Zaragoza, Lleida, Girona, Barcelona y Tarragona.
- Francia: Pyrénées-Atlantiques, Ariège, Haute-Garonne, Hautes Pyrénées, Pyrénées-Orientales
- Andorra: todo el territorio

En el caso de Prevention-OH los socios son Gobierno de La Rioja, Gobierno de Aragón, Asociación BIZIA (FR) y Asociación ANPAA 31 (FR).

A raíz de la realización de un taller transfronterizo al comienzo del proyecto Prevention-OH - febrero de 2018- en el que todos los socios y expertos del sector interesados participaron, se realiza un intercambio de experiencias sobre programas e iniciativas en materia de prevención de conductas adictivas y de reducción de riesgos asociados (sexualidad).

A partir de la creación de esta RED DE TRABAJO TRANSFRONTERIZO formada por los cuatro socios del proyecto, se crea el presente documento denominado Diagnóstico Inicial sobre el consumo de drogas en el territorio y un inventario sobre los recursos existentes en materia de prevención en las áreas descritas.

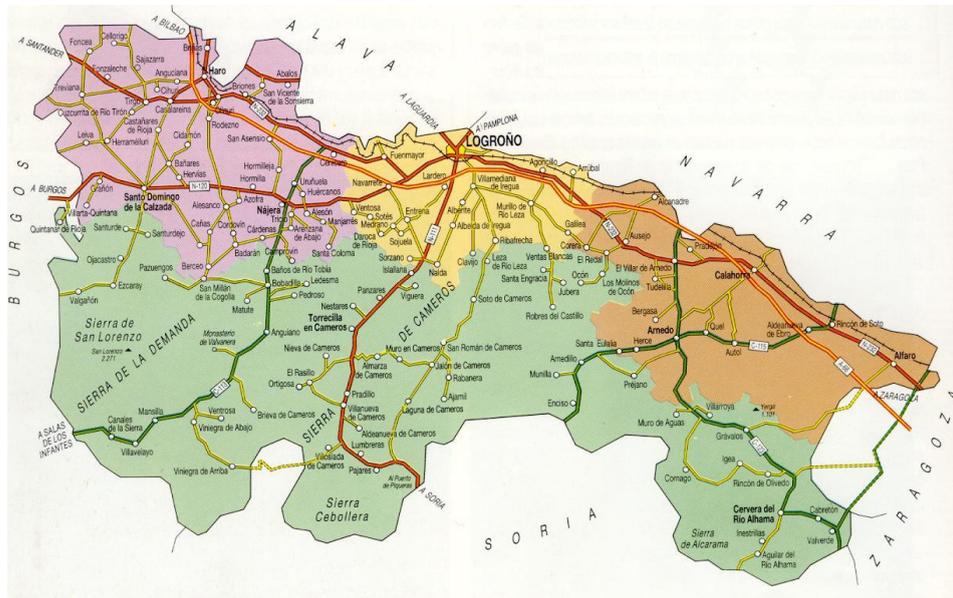
1. PRESENTACIÓN DE LOS SOCIOS

1.1. LA RIOJA

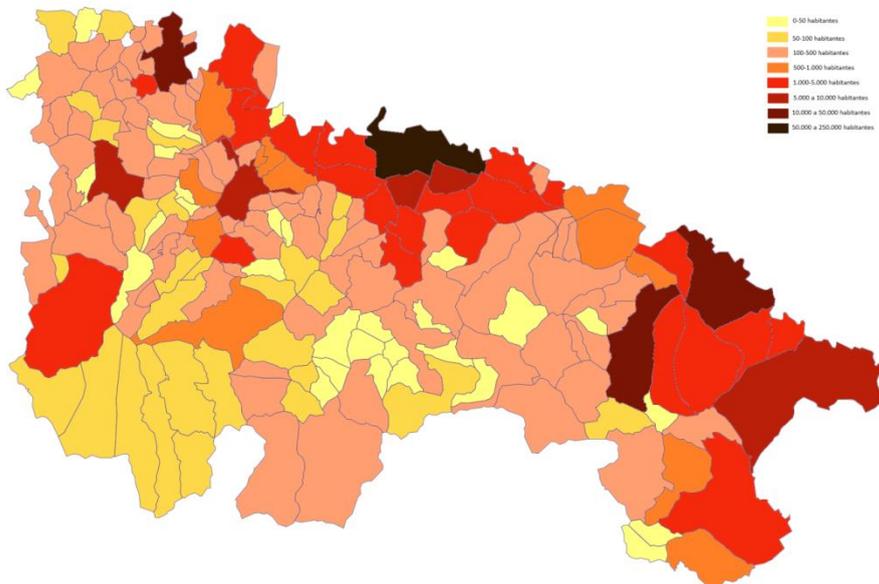
La Rioja es una comunidad autónoma de España situada en el norte de la península ibérica. Abarca parte del valle del Ebro en su zona septentrional y del sistema Ibérico en el sur. Geográficamente está dividida por siete ríos que descienden desde la montaña hacia el Ebro, el cual vertebra la región, es por ello que a La Rioja le dicen: "la de los siete valles". El área norte, la de valle, presenta un clima mediterráneo y la zona sur, la montañosa, uno más húmedo y continental.

De forma tradicional se divide en tres subregiones de oeste a este, siguiendo el curso del Ebro: La Rioja Alta, La Rioja Media y La Rioja Baja. Cada una de ellas con sus correspondientes municipios centrales y de servicios.

La comunidad es uniprovincial, por lo que no existe diputación y se encuentra organizada en 174 municipios. La capital y ciudad con mayor número de habitantes es Logroño. Su población es de 315 381 habitantes (INE 2017).



Logroño, la capital riojana tiene 150 876 habitantes (2016), también es su localidad de mayor población —concentrando casi la mitad del total— así como su centro económico, cultural y de servicios. El resto de la población está concentrado principalmente en el valle del Ebro, y muy baja densidad en los 7 valles. Poblaciones de más de 10.000 habitantes fuera del área metropolitana de Logroño: Calahorra, Arnedo, Haro, Alfaro (9.500hab.)



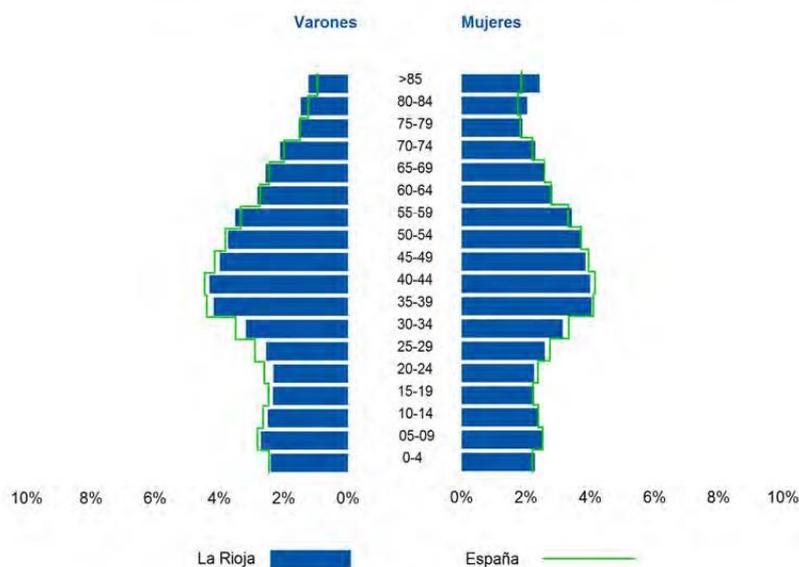
La baja densidad de población en el medio rural y la elevada distancia para acceder a los recursos es una característica remarcable de esta Comunidad Autónoma.

	2017 (P)	
	Nº municipios	% de población
TOTAL	174	100,0
Menos de 101	60	0,9
101 - 500	74	5,4
501 - 1.000	12	2,7
1.001 - 2.000	7	2,9
2.001 - 5.000	12	11,1
5.001 - 10.000	5	13,2
10.001 - 20.000	2	8,3
20.000 - 50.000	1	7,5
50.000 - 100.000	-	-
Más de 100.000	1	47,9

FUENTE: Estadística del Padrón Continuo. INE.

(P): Datos provisionales.

PIRÁMIDE DE EDADES. LA RIOJA AÑO 2016 Y PERFIL ESPAÑA AÑO 2016



- Población joven (Anuario Estadístico de La Rioja, datos provisionales 2017)

Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL
De 10 a 14 años	7.997	7.752	15.749
De 15 a 19 años	7.475	7.133	14.608
De 20 a 24 años	7.134	7.115	14.249
De 25 a 29 años	7.848	7.948	15.796

1.1.1. Servicio de Drogodependencias y otras adicciones del Gobierno de La Rioja - La oficina de información y documentación

El Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja, es la unidad administrativa que coordina, gestiona e impulsa actuaciones de información, asesoramiento, prevención, investigación y formación en el campo de las adicciones.

Asimismo, planifica las prioridades de los programas de asistencia y prevención que desarrollan específicamente en esta materia las entidades públicas y de iniciativa privada.

Este servicio está dotado de los recursos personales, técnicos, económicos y administrativos necesarios para el desarrollo de sus funciones.

La oficina de Información y Documentación es uno de los recursos básicos del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones. Desde esta Oficina son atendidas las consultas y solicitudes que realicen:

- los ciudadanos en general
- los consumidores de sustancias o que presenten cualquier problema de adicción, así como personas cercanas a ellos (familia, amigos...) y
- los profesionales e instituciones públicas y privadas interesadas en esta área de conocimiento

Esta Oficina es un centro de información y de orientación. En la oficina, entre otras cosas, se ofrece asesoramiento a las personas afectadas, directa o indirectamente, por el consumo problemático de sustancias y en su caso derivación a las redes asistenciales.

La oficina responde:

El personal especializado que atiende la oficina responde a las consultas y ofrece información y orientación de modo concreto, anónimo y personalizado sobre:

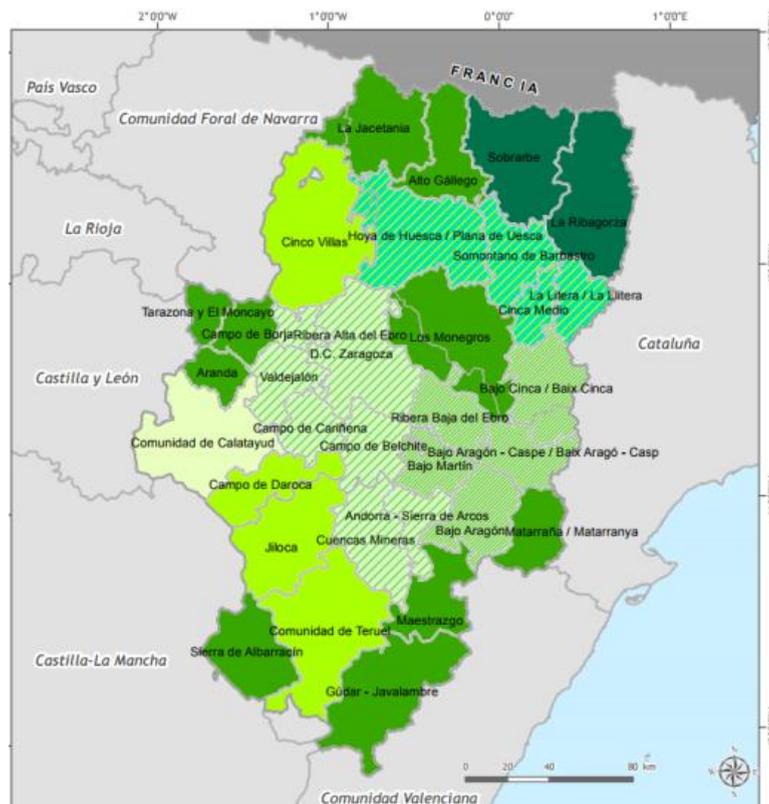
- información actualizada sobre las drogas y las consecuencias de su consumo

- publicaciones y guías editadas en el Servicio
- pautas de actuación en casos o situaciones concretas
- guías de recursos de prevención
- guía de recursos asistenciales y de tratamiento existentes en nuestra Comunidad y fuera de ella
- información y asesoramiento sobre la normativa vigente sobre esta materia

1.2. ARAGÓN

Aragón es una región del interior ubicada en el nordeste de España, compuesta por las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel. La atraviesa el río Ebro y la coronan los Pirineos.

La población de Aragón, 1.307.395 habitantes, según el padrón de 2017, representa el 2,86 % de la población española, ocupa un territorio de 47.720 km² y prescindiendo de las capitales regionales, tiene una densidad de población de 14,2 hab/km² Aragón, la más baja de todas las comunidades autónomas



La población se distribuye en 1.541 asentamientos, de los cuales 895 cuentan con menos de 100 habitantes y solo 13 superan los 10.000 habitantes, acogiendo al 65,9 % de la población aragonesa. El municipio de Zaragoza ha incrementado progresivamente su población, situándose cerca de los 700.000 habitantes.

Aragón se caracteriza por un desequilibrio demográfico, con un desigual reparto de la población en el territorio: la ciudad de Zaragoza y su entorno aglutina a más del 50% de la población aragonesa. El sistema de asentamientos supone un elevado coste para la prestación de servicios y dotación de equipamientos básicos.

El avanzado proceso de envejecimiento de la población afecta de forma general a todo Aragón y, especialmente, al mundo rural, pese a los importantes movimientos migratorios registrados en la última década.

Un problema frecuente, entre la población en edad escolar de los pequeños asentamientos, es el necesario desplazamiento del alumnado a centros docentes de otras localidades, ya que no hay alumnos suficientes para mantener determinados equipamientos educativos. Este fenómeno se presenta en los tres niveles formativos: educación primaria, secundaria y bachillerato.

La población con algún tipo de discapacidad alcanza el 8,41 % del total, superando ligeramente la media española, que se sitúa en el 8,20 % (INE 2008).

Las especiales características del territorio aragonés dificultan la prestación de servicios que necesitan sus habitantes, con el objetivo de mejorar el desarrollo y la vertebración del territorio de Aragón se impulsó un modelo de organización territorial, la comarcalización, entidad local territorial con personalidad jurídica propia que goza de capacidad y autonomía para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo la oferta de servicios públicos básicos y corrigiendo los desequilibrios territoriales.

Población de las comarcas de la provincia de Huesca limítrofes con Francia:

	Padrón 2017			Padrón 2016		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Aragón	1.308.750	645.895	662.855	1.308.563	647.206	661.357
La Jacetania	17.744	8.991	8.753	17.863	9.061	8.802
Alto Gállego	13.480	6.819	6.661	13.539	6.845	6.694
Sobrarbe	7.317	3.902	3.415	7.411	3.943	3.468
La Ribagorza	12.067	6.290	5.777	12.115	6.332	5.783

Por otro lado, no hemos de olvidar que la existencia de viviendas residenciales o viviendas secundarias genera una importante fluctuación de población en estas comarcas con un

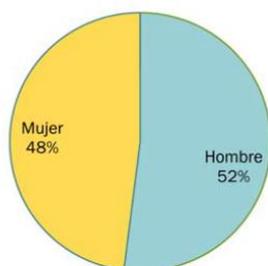
importante flujo turístico. Muchas poblaciones duplican y triplican su población durante los fines de semana y temporadas turísticas. La existencia de viviendas de segunda residencia supone un dato importante a tener en cuenta a la hora de hablar de la población de determinadas zonas de Aragón.

En concreto, en las comarcas de la provincia de Huesca limítrofes con Francia, vemos claramente la importancia de este fenómeno.

Comarca	viviendas principales	viviendas secundarias
Alto Gallego	5.915	10.236
La Jacetania	7.571	17.477
Ribagorza	5.319	7.946
Sobrarbe	3.005	3.456
TOTAL	21.810	39.115

- Población joven en Aragón por edad y sexo (Informe 2010 del Instituto aragonés de la juventud)

Población joven por sexo



Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
14	11.595	5.913	5.682
15	11.644	6.000	5.644
16	12.043	6.108	5.935
17	11.929	6.043	5.886
18	12.129	6.308	5.821
19	13.188	6.882	6.306
20	14.027	7.160	6.867
21	14.504	7.353	7.151
22	15.194	7.769	7.425
23	15.953	8.304	7.649
24	16.550	8.732	7.818
25	17.042	8.988	8.054
26	18.468	9.670	8.798
27	19.483	10.245	9.238
28	20.749	10.987	9.762
29	21.395	11.300	10.095
30	22.401	11.893	10.508
Total 14-30 años	268.294	139.655	128.639
Población total	1.345.473	673.819	671.654

Aragón está situado al Norte y al Este de la Península Ibérica tiene una extensión de 47.720 Km2 formado por las provincias de Huesca, Teruel y Zaragoza, limita al Norte con Francia al Oeste con Navarra, La Rioja, Castilla León, Castilla La Mancha, al Sur con Castilla La Mancha y la Comunidad Valenciana al Este con la Comunidad Valenciana y con Cataluña.

1.2.1. Departamento de Sanidad/ Adicciones del Gobierno de Aragón:

La Sección de Drogodependencias del Gobierno de Aragón depende de la Dirección General de Salud Pública. Los objetivos concretos medibles que ahora mismo se plantea la Sección de Drogodependencias, teniendo en cuenta sus funciones y composición, son:

- a) Evaluación del II Plan Autonómico de drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016. Elaboración, desarrollo e impulso del III Plan Autonómico.
- b) Mejorar la coordinación y seguimiento de las actuaciones de prevención de drogodependencias con los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) y las ONG.
- c) Mejorar los Sistemas de información y la elaboración de análisis e informes. Potenciar el Observatorio Aragonés de Drogodependencias.
- d) Dar continuidad a las labores anuales para impulsar la Prevención de Adicciones en nuestra comunidad, es decir: Convenios con entidades locales y comarcas; Líneas de subvenciones (convocatorias, justificación, etc.) con asociaciones y ONGs, etc.
- e) Dar continuidad a las labores anuales de prevención financiadas por el Ministerio de Sanidad y/o enmarcadas en el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).
- f) Desarrollar en Aragón el Proyecto EFA 199/16 PREVENTION_OH.

Algunas de las funciones serían de este Servicio serían:

- Planificar desde el análisis de las necesidades, demandas y recursos relacionados con la prevención de drogodependencias de acuerdo con los principios rectores de la Ley 3/2001 de asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- Asesorar a las corporaciones locales en la elaboración de sus planes y programas relacionados con la prevención de las drogodependencias y otras conductas adictivas.
 - Elaboración de los convenios realizados con Entidades Locales (Ayuntamientos y Comarcas) en materia de drogodependencias
 - Supervisión de los convenios y de las actividades desarrolladas por las Instituciones
 - Conocer las prioridades y objetivos del Plan Nacional sobre Drogas para adecuarlas a las actuaciones a desarrollar en los Centros de Atención y Prevención y de la Comunidad Autónoma.
 - Dotar de herramientas a las entidades locales para que lideren, de acuerdo con los objetivos marcados desde el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, las funciones de coordinación de las actividades de prevención que se desarrollen en su territorio.
- Establecer un sistema centralizado de información sobre drogodependencias y otras adicciones que permita el seguimiento y evaluación continua del consumo de drogas y de los problemas asociados.

1.3. ASOCIACIÓN BIZIA

El Centro de Especialidades para el cuidado de personas con problemas de drogadicción ubicado en Bayona fue creado en 1994 por Médicos del Mundo. Desde enero de 2000, es administrado por el Centro BIZIA, organización sin fines de lucro "LOI 1901". El Centro gestiona un CAARUD desde 2006.

El Centro BIZIA en 2009 recibió la aprobación para la creación de un Centro de Cuidado y Apoyo y Prevención de Adictología (CSAPA) en lugar de la denominación "Centro especializado para la atención de adictos" (CSST) existente en la perspectiva de evolución del sector de prevención y atención en adictología articuladora de la salud, medico-social y medicina local.

El CAARUD de CSAPA y las actividades que se realizan están ubicadas en un lugar principal de Bayona y cerca de San Juan de Luz para proporcionar al usuario un acceso más cercano y accesible para cuidar al máximo los problemas de adicción. El campo de intervención es el de las adicciones, ya sea con sustancias o del comportamiento, es decir, prácticas que generan abuso y / o dependencias y pérdida de control. Sus actividades se enmarcan en las líneas de la Información, Orientación, Atención (psiquiátrica, psicológica, apoyo socioeducativo y médica), prevención (primaria, secundaria) y la reducción del riesgo.

El Centro BIZIA ofrece atención integral y multidisciplinaria en un entorno de atención ambulatoria.

a) El contexto geográfico y socio-sanitario.

El contexto geográfico y socio-sanitario en el que se encuentra CSAPA / CAARUD está marcado por los siguientes factores:

- El departamento de Pirineos Atlánticos ocupa el noveno lugar en el campo del uso de drogas ilícitas entre los jóvenes.
- El consumo y las prácticas de consumo múltiple son constantes. Debemos permanecer en constante vigilancia para detectar estas prácticas emergentes y determinar las respuestas que deben darse.
- El territorio de referencia de BIZIA dada su situación geográfica (la frontera con España y los hábitos de los usuarios, implica el desarrollo de un enfoque concertado con los socios españoles).
- El problema del uso de drogas, ya sea adictivo o no, también incluye los problemas de otros usos (consumo abusivo con o sin daño, consumo festivo, consumo asociado, prácticas emergentes, dimensiones transfronterizas, etc.).

- Los usuarios con alguna adicción a menudo permanecen bajo cuidado durante varios años, porque este tipo de patología generalmente evoluciona en la cronicidad.

1.3.1. Misión de la Asociación BIZIA

La misión del CSAPA se lleva a cabo con respecto al anonimato, si la persona lo solicita en virtud del artículo L.3414-1, párrafo 2 de la CSP y de acuerdo con la ética y la ética profesional de la asociación BIZIA .

Misiones obligatorias:

- La recepción, información y orientación de la persona, así como el acompañamiento de quienes la rodean.
- Evaluación médica psicológica y social.
- Un cuidado médico, psicológico, social y educativo y un proyecto de cuidado desarrollado con el paciente.
- Prescripción y seguimiento de tratamientos de sustitución.
- Reducción de riesgos.
- El acompañamiento a personas a procesos judiciales relacionados: obligación de apoyo

Misiones opcionales:

- Una consultoría dedicada específicamente a los consumidores jóvenes y sus familias o su entorno.
- Apoyo para las mujeres embarazadas con el objetivo de preservar la salud del feto y la madre e información constante de qué repercusiones tiene la droga y / o alcohol.
- Intervenciones dirigidas a personas detenidas o que salen de la cárcel.
- Apoyo e información a personas con hepatitis.
- Actividades de prevención.
- Consultas locales e identificación temprana de usos nocivos para jóvenes y adultos en sus primeras etapas de consumo.
- Actividades de formación e investigación.

La misión de la institución es desarrollar y adaptar los tratamientos de adicciones para diversas personas afectadas por el uso o abuso de sustancias y por cualquier tipo de adicción, bien sean los consumidores jóvenes con una adicción específica, el apoyo a los padres, el trabajo con los reclusos y los exrecluso en el seno de la Asociación en colaboración con la UCSA de la prisión de Bayonne y la organización de consultas médicas en la prisión.

También establece unidades de tratamiento específicas para responder al consumo específico (psicoestimulantes, tabaco, adicciones sin sustancias ...). Las actividades de la entidad se llevan a cabo, cuando lo requieren, en colaboración con los socios interesados, que en su mayor parte están vinculados al Centro por convenio.

1.4. ASOCIACIÓN ANPAA 31

La Asociación Nacional de Prevención en Alcohólicos y Adicciones es una asociación nacional unitaria basada en principios humanísticos y una bases éticas.

Sus objetivos son promover y contribuir a una política integral de prevención de los riesgos y consecuencias del uso, mal uso y abuso del alcohol, tabaco, drogas ilícitas y psicotrópicas, prácticas de juego excesivas y otras adicciones sin sustancia.

Sus fundamentos son parte de los valores humanos que se enfocan al respeto y la dignidad de todas las personas, a su capacidad de autonomía y responsabilidad, a la libertad de expresión y elección con respecto a su proyecto de vida, independientemente de cualquier organización filosófica, política o religiosa, para promover el progreso social y la protección de las presiones económicas y ambientales que favorecen las adicciones.

Su intervención, en la proximidad y en el largo plazo, es parte de un proceso continuo de prevención e intervención temprana para la reducción del riesgo, la atención y el apoyo desde una perspectiva global, psicológica, biomédica y social.

La ANPAA nace con el enfoque de promocionar la salud para cambiar opiniones y políticas públicas en Francia y Europa.

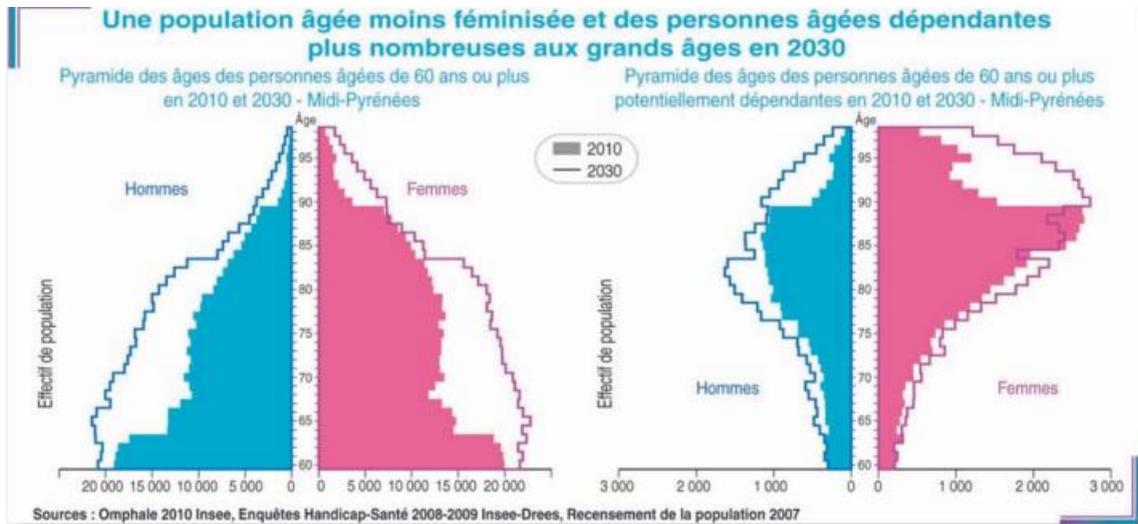
ANPAA, junto con sus socios asociativos e institucionales, desempeña un papel de promotor e innovador en la alcoholología y la adictología, para guiar y acompañar la implementación de políticas de salud en la adictología y adaptar sus intervenciones a la evolución.

El territorio Territorio del Piamonte pirenaico que se extiende sobre 3 departamentos:

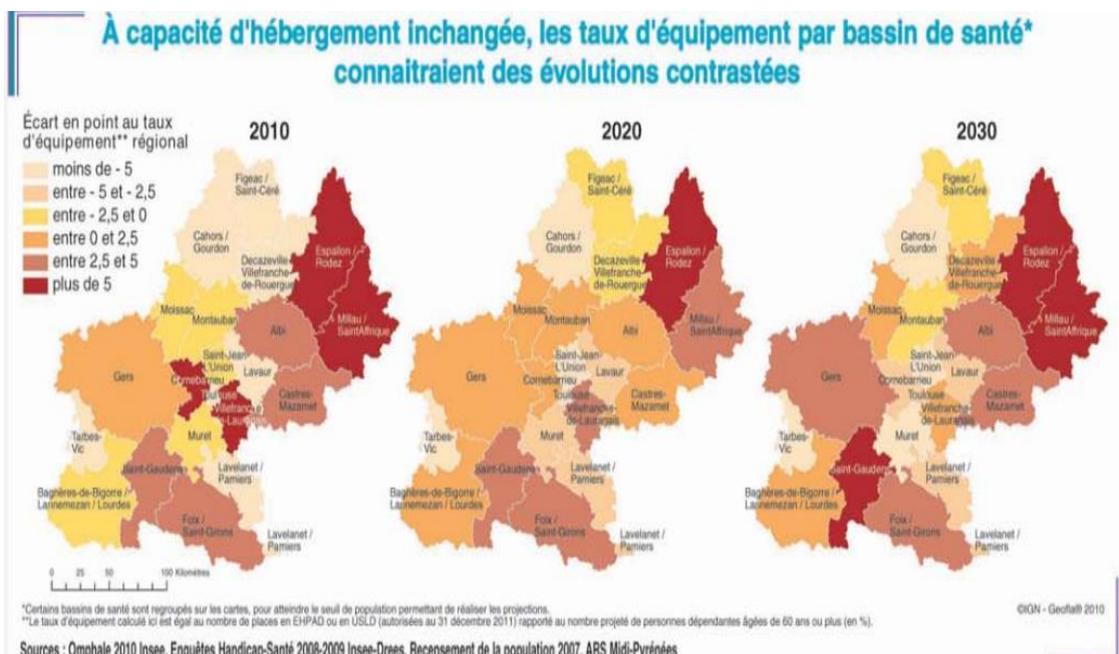
Ariège (09), Alta Garoña (31), Altos Pirineos (65).

- Zona Rural vs Área Metropolitana de Toulouse (que concentra la mayoría de los recursos)
- Poca red de transporte: eje principal de la autopista A64 que une Toulouse con Bayona / Idem para la red ferroviaria
- Valles de montaña media o montañas con poblaciones aisladas.
- Dificultades de acceso: salud, cultura, trabajo, etc.
- Zonas transfronterizas con España que facilitan el comercio.

- La región Midi Pyrénées es una de las 8 regiones más pobladas de Francia.
- Ha experimentado un fuerte crecimiento de la población desde 2009, lo que ha beneficiado al área urbana de Toulouse, que ocupa el cuarto lugar en Francia.



Géraldine Labarthe (Insee)
avec la collaboration de l'ARS Midi-Pyrénées



1.4.1. Misión de la Asociación ANPAA

Las personas voluntarias y profesionales de ANPAA contribuyen a que todas las acciones individuales y/o colectivas iniciadas por la Asociación busquen una mayor calidad de vida y el vínculo social, del bienestar y la ayuda. Contribuyen así mismo a no dar lugar a una toma de riesgos indiscriminada y pérdida inaceptable de la vida o de la libertad.

Campo de acción:

Persona NO consciente; un símbolo de los riesgos que pueden generar las adicciones. El campo de acción de ANPAA en la actualidad cubre todas las adicciones: uso, mal uso y abuso del alcohol, tabaco, drogas ilícitas y psicotrópicas, prácticas de juego. Adicciones excesivas y otras sin producto. Los riesgos asociados con estos comportamientos para el individuo, su entorno y la sociedad se abordan desde una perspectiva global, psicológica, biomédica y social.

La intervención de ANPAA es parte de un continuo que va desde la prevención y la intervención temprana hasta la reducción del riesgo, la atención y el apoyo.

Resultados 2009 ORSMIP	Region Midi Pyrénées	09 Ariège	31 Haute Garonne	65 Hautes Pyrénées
Habitantes	2862707	151117	1230700	229670
Superficie	45347.9 km2	4889.9	6303.5	4464
Densidad	< moyenne nationale	< moyenne nationale	> moyenne nationale	< moyenne nationale
Nº nacimientos		1452	15316	2161
Nº fallecimientos		1753	8346	2557
Tasa de jóvenes no diplomados		> moyenne nationale	< moyenne nationale	< moyenne nationale
75 años y +	10.4% > 8.7% moyenne nationale	12.5%	7.6%	12.5%
Familias monoparentales		23%	22%	23%
Tasa de trabajadores		249/100	66/100	220/100

2. DIAGNÓSTICO: DATOS DE POBLACIÓN Y DE CONSUMO

2.1. LA RIOJA

El panorama general de los consumos de drogas en La Rioja está caracterizado por la presencia que tienen el alcohol, el tabaco, los derivados del cánnabis y los hipnosedantes entre la población de la Comunidad. Aproximadamente el 95%, 78%, 38% y 16% de la población de entre 15 y 64 años habría consumido alguna vez en su vida estas sustancias, respectivamente y el 62%, 36%, 4% y 8% lo hizo en al menos una ocasión en los últimos **30 días**. **Los consumos de otras drogas ilícitas, distintas al cánnabis, a pesar de su relevante impacto sanitario y social, tienen una presencia marcadamente minoritaria.**

Respecto a los más jóvenes, los datos de la encuesta ESTUDES 2016 (La Rioja) muestran cómo, a pesar de su edad, los escolares de 14 a 18 años declaran frecuencias de consumos cercanas a los adultos, o incluso los superan (consumo de alcohol en el último mes, y consumos de cannabis en los últimos 12 meses y últimos 30 días).

Policonsumo

En el último año, las personas que han consumido alguna sustancia lo han hecho en su mayoría consumiendo una sola (46,2%) o dos sustancias simultáneamente (30,6%). El 8,2% de los encuestados ha referido haber consumido simultáneamente 3 sustancias, y el 1,8% 4 o más sustancias. Desde una perspectiva de género, la proporción de mujeres abstemias (17,3%) es doble de la de hombres (9,3%), y que hay entre ellas una tendencia algo menor a simultanear los consumos de diferentes sustancias.

La etapa de la adolescencia es el momento paradigmático para las actuaciones de prevención de consumos, excepto respecto a los hipnosedantes, que tienen edades de inicio mucho más extendidas. Respecto al alcohol, ESTUDES 2016 muestra estabilidad en la edad media de inicio de consumo, que permanece por debajo de los 14 años (13,8 años). La primera borrachera entre personas que consumen alcohol se sitúa de media a los 14,6 años. El consumo semanal se establece a los 15,1 años de media.

El tabaco tiene una edad media de inicio de consumo en 14,2 años. El consumo diario aparece menos de medio año después, a los 14,6 años.

El cannabis se empieza a consumir sobre los 14,8 años, sin tendencias reseñables en los últimos 20 años.

Los hipnosedantes prescritos por el médico son consumidos desde los 13,8 años de media, y 14,1 sin receta médica.

Síntesis de los datos principales sobre consumo y uso de drogas y adicciones

El alcohol es una sustancia omnipresente y su consumo está normalizado en adultos y adolescentes. A la par, la percepción de riesgo para esta sustancia es muy baja, en clara contradicción con los costes sanitarios, sociales e individuales de su consumo.

3 de cada 10 personas fuman a diario, dato relativamente estable entre adultos, y en descenso entre adolescentes (menos de 1 de cada 10 alumno de entre 14 y 18 años declara fumar a diario). Al igual que en el caso del alcohol, la edad de inicio se sitúa en la adolescencia temprana (13,8 años para el alcohol y 14,2 años para el tabaco según ESTUDES 2016).

Los hipnosedantes han protagonizado un fuerte aumento de consumos en la última década, especialmente entre las mujeres, incremento que parece estar ralentizándose. Entre adolescentes, el consumo sin receta se ha equiparado al consumo con receta médica.

El consumo de cannabis sube ligeramente respecto la anterior encuesta EDADES, y la percepción de riesgo por consumirlo es relativamente baja. Los estudiantes (14 a 18 años) afirman consumirlo con mayor frecuencia que la población general (15 a 64 años) en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. La encuesta EDADES 2015 da cuenta de consumos de cannabis inferiores en La Rioja respecto a la media nacional.

La cocaína presenta una tendencia a la baja entre la población general (0,9% la han consumido en el último mes – EDADES 2015), aunque sin volver a las cifras anteriores al año 2000, y con una incorporación de nuevos consumidores en aumento. Se vuelve a observar como los jóvenes admiten un consumo más elevado que los adultos. La heroína sigue siendo una sustancia de consumo minoritario (0,1% de las personas encuestadas refieren, haberla consumida en el último mes o en el último año – EDADES 2015), pero la vía de la encuesta domiciliaria puede dejar de detectar una proporción importante de esta población. A nivel nacional, otros indicadores como el número de admisiones a tratamiento y el número de episodios de urgencias relacionados con heroína muestran una tendencia a la baja.

Alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, inhalables volátiles: se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos, con cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas para la mayoría de las sustancias.

Las bebidas energéticas son consumidas habitualmente por los adolescentes, incluso desde edades anteriores a la encuesta ESTUDES. La mitad de los varones de los chicos de 14 a 18 años las han consumido en el último mes, así como un tercio de las chicas (ESTUDES 2016 La Rioja). Su relación con el consumo posterior de estimulantes ha sido puesta en evidencia.

Desde la perspectiva de género, los consumos de alcohol y el tabaco entre mujeres y hombres jóvenes tienden a reducir sus diferencias históricas. Los hipnosedantes son consumidos en mayor medida por mujeres, mientras que las sustancias ilegales son mayormente consumidas por hombres. Los hombres demandan mayor atención sanitaria por el abuso de drogas. Esta incidencia se debe al mayor número de hombres que abusan de las sustancias, pero en alguna

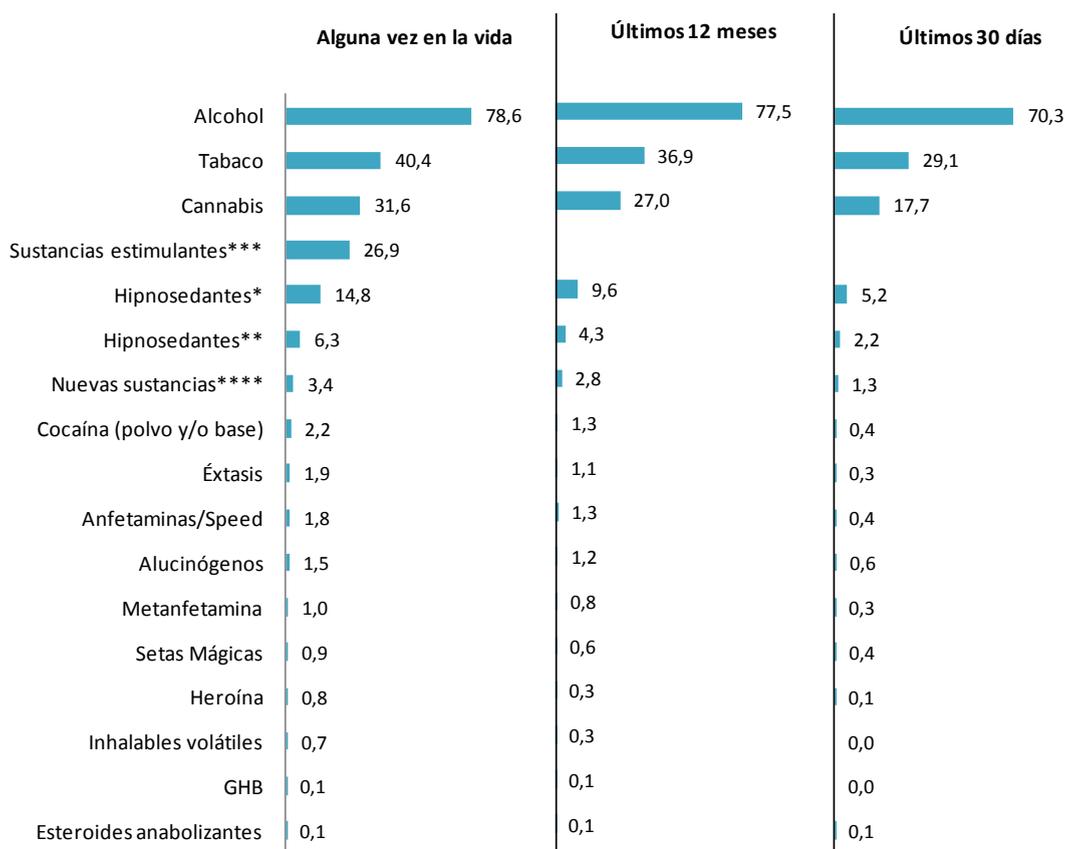
medida también al estigma social que pesa sobre las mujeres adictas: los adictos se consideran enfermos, mientras que las adictas son vistas como mujeres moralmente censurables por faltar a su deber de cuidadoras.

Respecto a internet, se constata una prevalencia de personas cuyo uso interfiere con su desempeño cotidiano, particularmente entre la juventud.

El trastorno por juego se presenta en todas las edades y entornos sociales. Se aprecia un crecimiento en las apuestas deportivas (particularmente adictivas), y la modalidad de juego online (sostenida por la población más joven). Es de destacar el bajo acceso a tratamiento por parte de las personas que lo sufren.

Datos de consumo y conductas de riesgo de alcohol y otras sustancias (destacando la población joven) en el territorio. Relación con conductas de riesgo (ITS, embarazo no deseado, accidentes de tráfico, etc.)

Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). La Rioja 2016.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

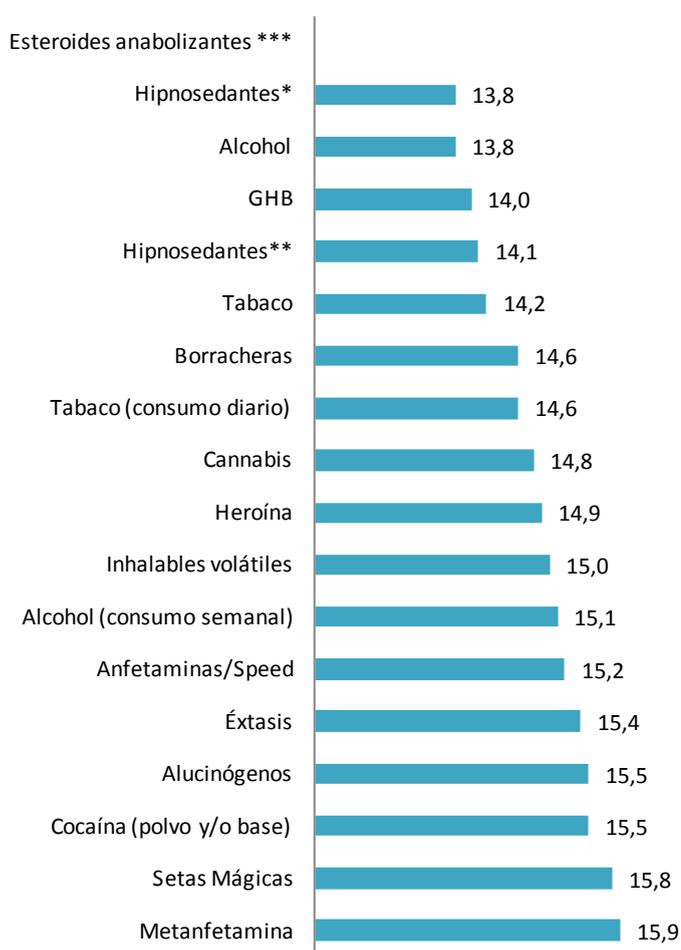
* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta

*** Sustancias estimulantes, sin receta médica, con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio: Metilfenidato, Piracetam, Modafinilo, Donepezilo, Durvitan, Elvanse, Adderall, Complejos vitamínicos, Productos que contienen ginkgo biloba, guaraná, jalea real..., Anfetaminas o Speed, Cocaína, Bebidas energéticas,...

**** Nuevas sustancias: Ketamina, Spice, Mefedrona o Salvia

Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (años). La Rioja 2016.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta

*** No hay ninguna respuesta para la edad de inicio del consumo de esteroides anabolizantes

2.2. ARAGÓN

Datos de consumo de alcohol y otras sustancias (destacando la población joven) en el territorio. Relación con conductas de riesgo (ITS, embarazo no deseado, accidentes de tráfico, etc.)

Breve resumen del consumo de sustancias adictivas. Problemas fundamentales:

A partir del indicador Admisión a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, sabemos que los inicios de tratamiento en los centros de referencia de 2010 a 2015 han mantenido una tendencia descendente pasando de 1887 casos en 2011, a 1373, en 2015.

Las personas que acuden a tratamiento son mayoritariamente hombres durante todo el período de estudio 2010-2015, la razón de masculinidad está en torno a 4. El 50%, a lo largo del período, tenían entre 21 a 40 años. Entre 21 a 30 años iniciaron tratamiento en mayor medida por cocaína y, entre los 31 a 40 años, por alcohol.

El alcohol es la sustancia por la que más tratamientos se han iniciado en todo el período, en torno al 40% del total. El tabaco no se notifica como sustancia de abuso por lo que este indicador no dispone de información sobre los tratamientos de deshabituación tabáquica.

Los inicios de tratamiento por cocaína han experimentado un descenso importante en los últimos cinco años, pasando de ser la segunda sustancia por la que se iniciaban tratamientos en 2011 (23,4%) a ser la tercera sustancia en 2015 (13%).

Por el contrario, el cannabis ha experimentado un importante incremento, pasando del 16% en 2010, a ser la segunda sustancia por la que se inician más tratamientos, llegando a suponer el 26% del total en Aragón en 2015. Las anfetaminas y otros estimulantes presentan un ligero ascenso desde 2010, alcanzando las cifras más altas en 2013, para descender hasta alcanzar el 6% en 2015.

La vía parenteral en estos últimos dos años ha sufrido un decremento importante en Aragón, llegando al 2,3% de usuarios que la utilizaban en 2015.

Según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), elaborada por el MSSSI y el Plan Nacional sobre Drogas, el alcohol y el tabaco son las drogas legales consumidas por un mayor porcentaje de personas y el cannabis es la droga ilegal más consumida.

En Aragón, el consumo de tabaco diario según esta encuesta ha descendido ligeramente, pasando del 34,4% en 2005 al 30,8% en 2015. El consumo de alcohol en los últimos 30 días ha pasado del 70,6 en 2005 al 65,2% en 2015 y el de cannabis se mantiene estable del 6,9 al 6,7% de la población entre 15 a 64 años.

El consumo de todas las drogas ilegales, alcohol y tabaco está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Sólo el consumo de hipnosedantes está más extendido entre las mujeres.

El patrón de policonsumo está muy extendido y se concentra entre hombres de 25 a 34 años. Incluye muy frecuentemente (90%), el consumo de alcohol y cannabis y se asocia a consumos de riesgo.

La información proporcionada por la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), a población escolar de 14 a 18 años, señala al alcohol como la sustancia psicoactiva más extendida, de tal forma que el 83,3% lo ha consumido en alguna ocasión. Más de la mitad del alumnado se ha emborrachado alguna vez. La media de edad que señalan de la primera borrachera es de 14,3 años y el 65% de los estudiantes admite haber hecho botellón en los últimos 12 meses, que por otro lado, se encuentra más extendido entre las chicas. Los lugares más recurrentes para adquirir bebidas alcohólicas son los bares o pubs (45,7%) y los supermercados (45,4%).

La segunda droga de mayor prevalencia es el tabaco. El primer consumo de tabaco se produce a los 13,5 años y la prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días es del 11,8%. Aproximadamente, la mitad del alumnado convive con alguna persona que fuma a diario, siendo la proporción de estudiantes que fuman tabaco cada día superior entre aquellos que conviven con algún fumador. Un 17,3% de los estudiantes ha fumado cigarrillos electrónicos alguna vez.

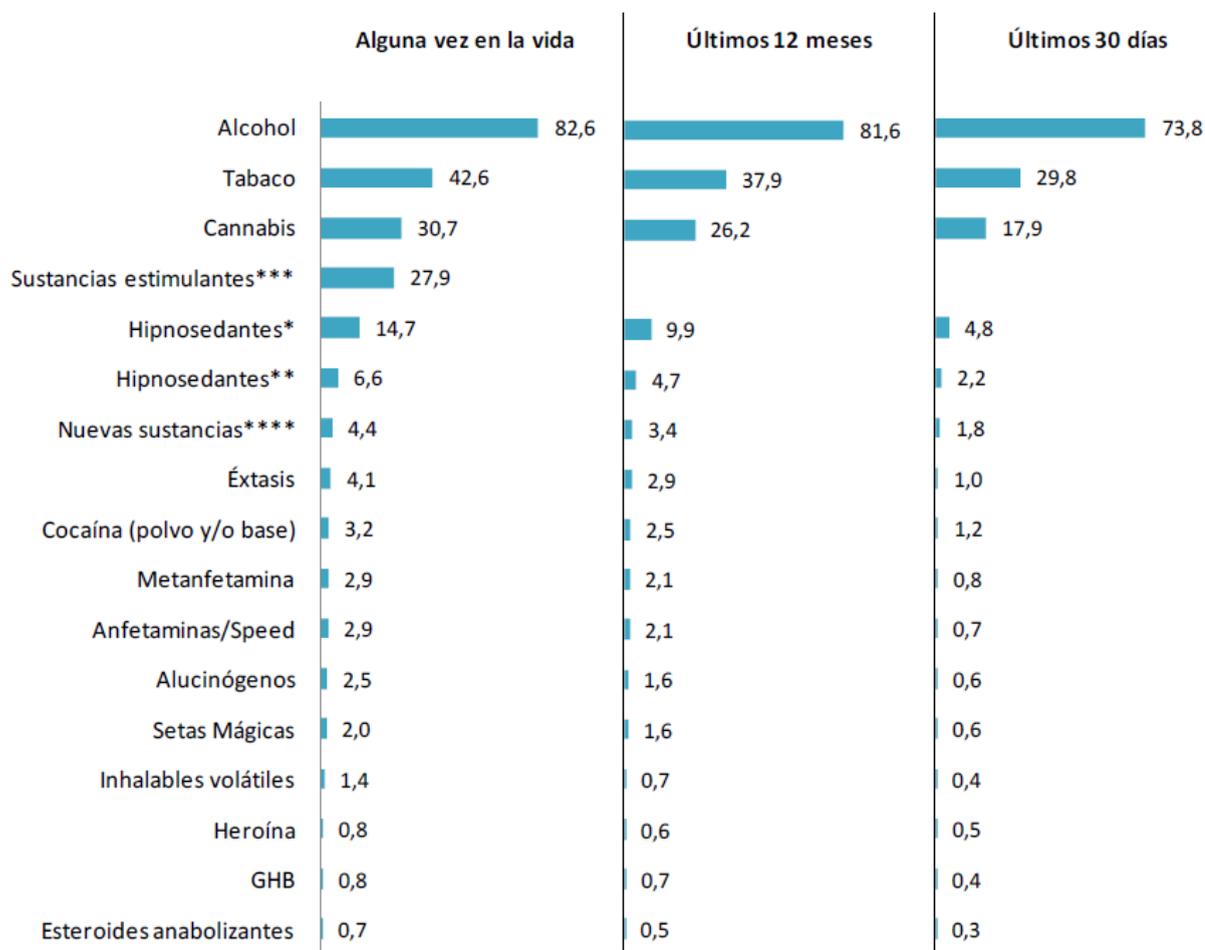
El cannabis constituye la tercera sustancia más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años: el 12,2% manifiesta haberla consumido alguna vez, mientras que en el segmento de 16 años la prevalencia asciende al 34,9%. Entre los chicos el consumo se encuentra más extendido. Analizando la escala CAST, que mide el nivel de consumo problemático del cannabis, el 69,3% de los estudiantes entre 14 y 18 años presentarían un consumo no problemático, aunque aquellos que si tendrían un consumo problemático representan el 11%.

Un dato singularmente relevante es que el 14,4% del alumnado ha tomado hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) en alguna ocasión. El primer consumo de esta sustancia se produce a los 13,9 años y el 6,5% admite que los ha tomado sin que se los haya recetado un médico, siendo más prevalente entre las chicas y en el segmento de 18 años. Para el resto de sustancias analizadas (cocaína, alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, GHB, inhalables volátiles, heroína) se observan unas prevalencias por debajo del 5%.

La percepción de riesgo ante el consumo de alcohol es menor en Aragón que a nivel nacional. En cuanto al cannabis, el 88,1% opinan que su consumo habitual puede conllevar problemas, pero ante un consumo puntual el riesgo desciende al 51,4%. Más del 90% del alumnado de 14 a 18 años no aprecia ninguna dificultad para conseguir bebidas alcohólicas o tabaco y el cannabis es la droga ilegal que se considera más accesible.

Los padres de los estudiantes que se han emborrachado o han bebido alcohol son más permisivos, existe mayor permisividad con el consumo de alcohol que con el de tabaco.

Figura nº 1. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). Aragón 2016.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta

*** Sustancias estimulantes, sin receta médica, con el fin de mejorar el rendimiento en el estudio:

Metilfenidato, Piracetam,

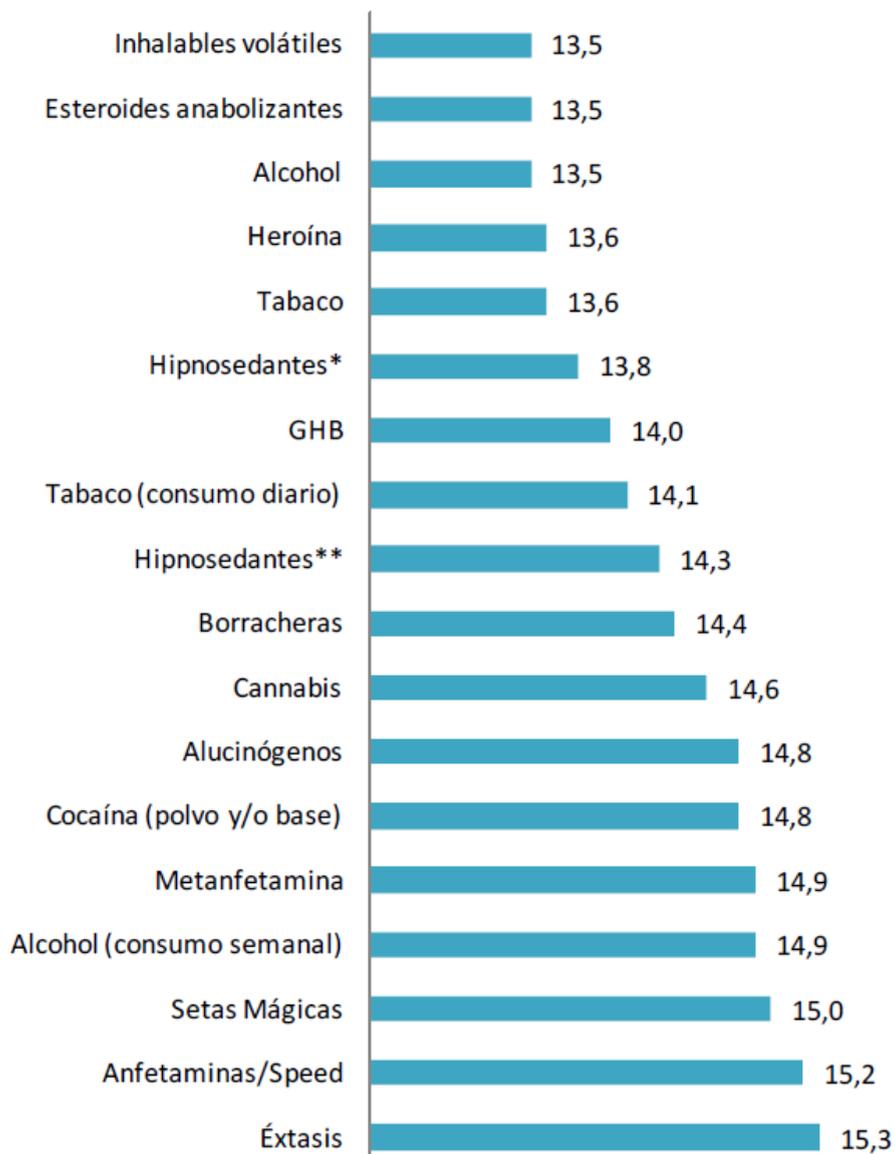
Modafinilo, Donepezilo, Durvitan, Elvanse, Adderall, Complejos vitamínicos, Productos que

contienen ginkgo biloba, guaraná,

jalea real..., Anfetaminas o Speed, Cocaína, Bebidas energéticas,...

**** Nuevas sustancias: Ketamina, Spice, Mefedrona o Salvia

Figura nº 2. Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (años). Aragón 2016.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

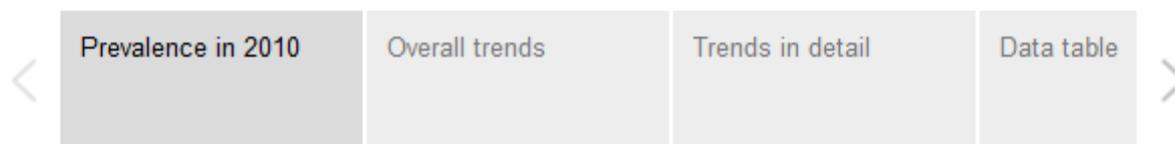
* Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes/sedantes y/o somníferos sin receta

2.3. DATOS ESPAÑA

Weekly smoking among 15 year olds in Europe

Young people were asked how often they smoke tobacco. Response options ranged from "I do not smoke" to "every day". The findings presented here are the proportion who reported smoking at least once a week.

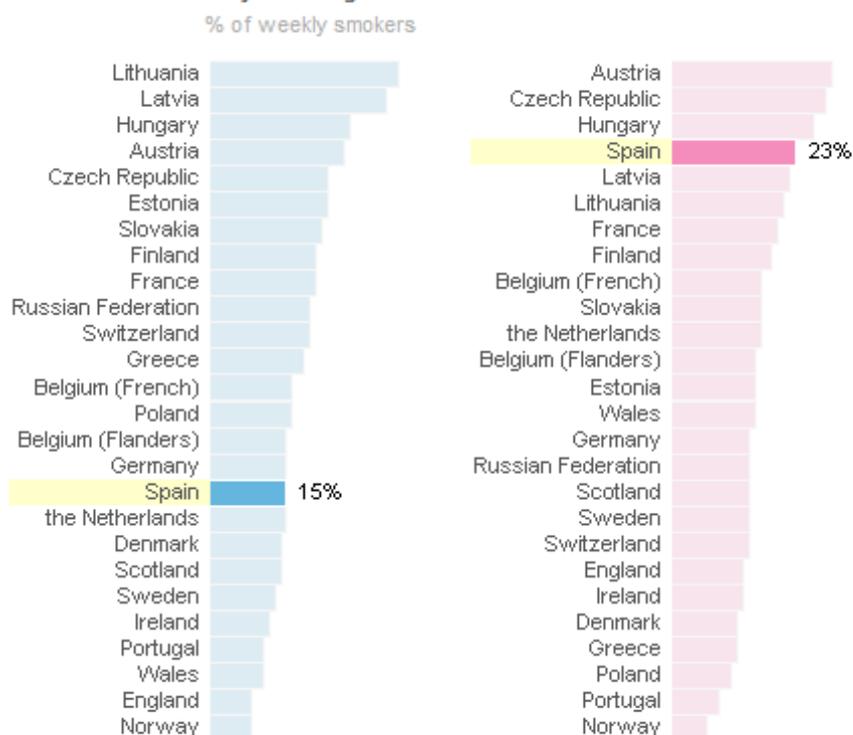


Click below to filter charts by European area:

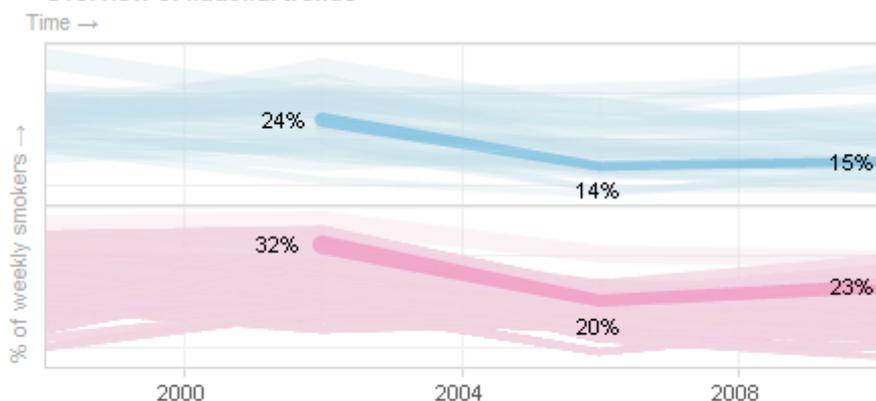
- East
- North
- South
- West

Hover over bars to highlight country data and reveal labels

Prevalence of weekly smoking in 2010



Overview of national trends



Legend

- Gender
- boys
 - girls

Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. World Health Organization

Trends in regular drunkenness among young people

Young people were asked whether they had ever had so much alcohol that they were "really drunk". Response options range from "no, never" to "yes more than 10 times". The findings presented here show the proportions who reported having been drunk more than 10 times.

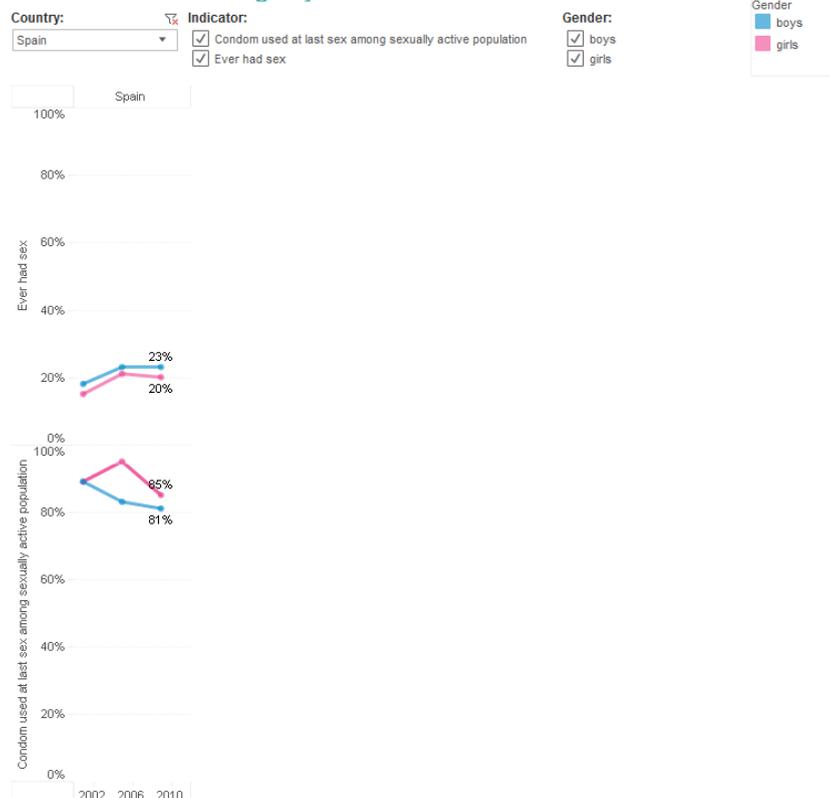
Age: 15

	1986		1990		1994		1998		2002		2006		2010	
	Boys	Girls												
Italy									5%	2%	6%	2%	4%	2%
Latvia			4%	0%	8%	2%	13%	3%	10%	3%	16%	7%	18%	7%
Lithuania					4%	1%	5%	3%	20%	8%	20%	8%	24%	10%
Luxembourg											9%	3%	5%	3%
Malta									5%	2%	2%	2%		
Netherlands									8%	2%	6%	2%	3%	1%
Norway					10%	7%	13%	12%	14%	12%	8%	8%	7%	6%
Northern Ireland					19%	12%	26%	18%						
Poland			3%	1%	7%	2%	11%	2%	10%	4%	14%	3%	11%	4%
Portugal							10%	2%	5%	2%	5%	2%	5%	2%
Romania											13%	2%	12%	2%
Russia					6%	1%	7%	3%	9%	3%	12%	6%	7%	4%
Scotland	14%	9%	13%	7%	20%	16%	20%	18%	15%	18%	16%	15%	16%	14%
Slovakia					11%	1%	9%	2%			14%	6%	13%	6%
Slovenia									16%	9%	14%	5%	16%	8%
Spain					5%	3%			7%	4%			10%	10%
Sweden	13%	7%	10%	7%	15%	10%	13%	11%	14%	10%	9%	7%	7%	6%
Switzerland							7%	2%	11%	5%	8%	3%	6%	3%
TFYR Macedonia									3%	0%	6%	2%	4%	1%
Ukraine									20%	6%	11%	3%	8%	3%
USA							13%	8%	14%	5%	7%	5%	5%	3%
Wales	20%	10%	20%	10%	25%	18%	31%	21%	18%	13%	17%	13%	12%	13%

Legend: Prevalence (Color scale from 0% to 31%)

Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). World Health Organization Collaborative Cross-national study. <http://www.hbsc.org>

Sexual behaviour among 15 year olds



Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. World Health Organization <http://www.hbsc.org>



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%).

Últimos 12 meses. Población 15-64 años



- Las drogas más **consumidas** son **el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes**
- El **cannabis** es la **droga ilegal más consumida**

* con o sin receta
** sin receta
*** polvo y/o base

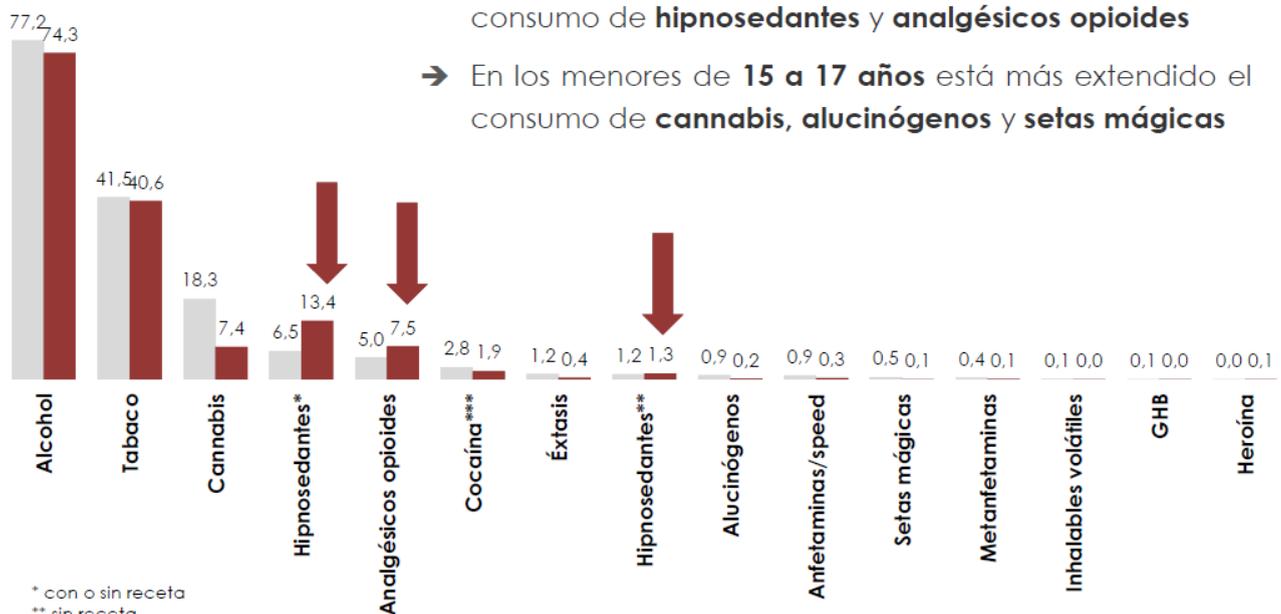
EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%) por edad

Últimos 12 meses. Población 15-64 años



- En los mayores de **35 a 64 años** está más extendido el consumo de **hipnosedantes y analgésicos opioides**
- En los menores de **15 a 17 años** está más extendido el consumo de **cannabis, alucinógenos y setas mágicas**

* con o sin receta
** sin receta
*** polvo y/o base

EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS

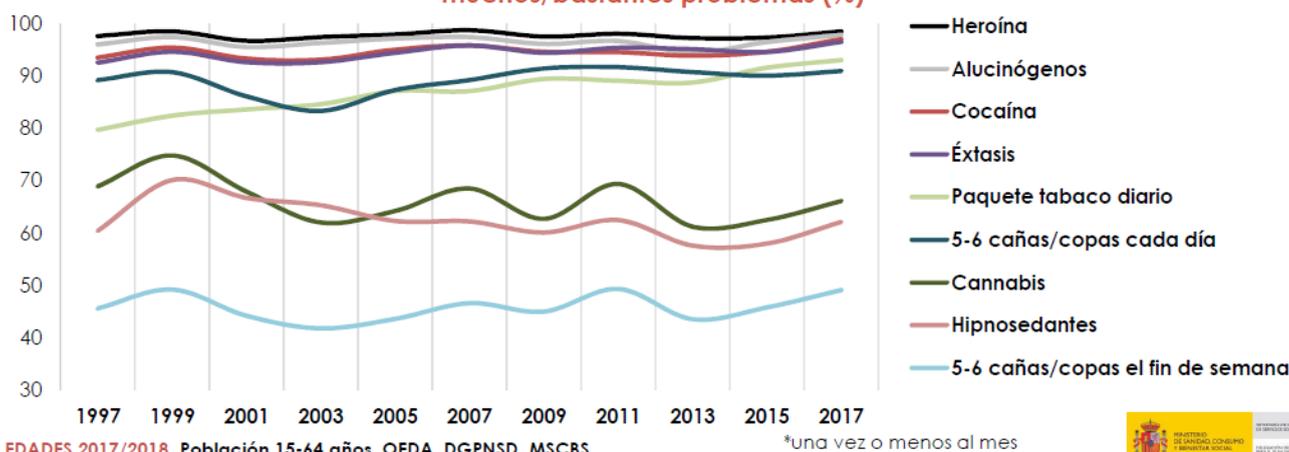




Riesgo percibido

- **Aumenta** el riesgo percibido ante el consumo de la **mayoría de las drogas**
- **Mayor** percepción de riesgo en las **mujeres**
- El **alcohol** es la sustancia que **se percibe** como **menos peligrosa**: **Menos de la mitad** de la población considera que **consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana** causa **muchos o bastantes problemas**

Porcentaje que piensa que consumir cada sustancia (esporádicamente*) puede producir muchos/bastantes problemas (%)



EDADES 2017/2018. Población 15-64 años. OEDA. DGPNSD. MSCBS.

*una vez o menos al mes



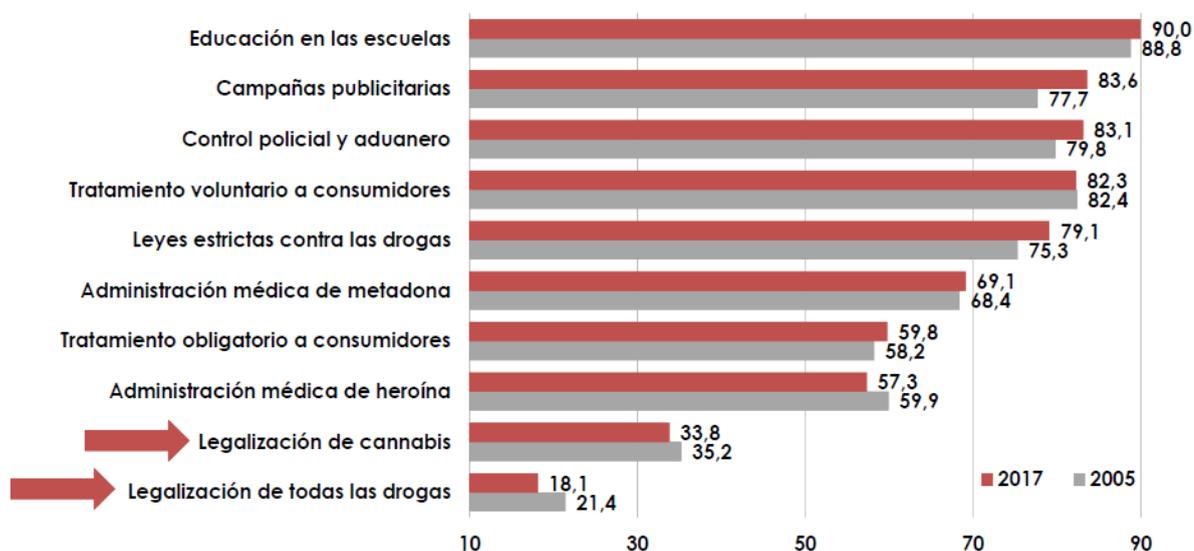
Acciones contra las drogas



Población 15-64 años

- La **legalización de las drogas** se encuentra entre las **menos valoradas**.

Porcentaje que considera importante cada medida para solucionar el problema de las drogas (%)



EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS

Legalización del cannabis (2015): 37,4%
Legalización de todas las drogas (2015): 21,0%



2.4. ASOCIACIÓN BIZIA

a) Los problemas de adicción de la población de nuestro ámbito de actuación:

Adicción a sustancias: consumidores o consumidores de múltiples sustancias de alcohol, tabaco, opiáceos, cocaína / crack, cannabis, psicoestimulantes (anfetamina, MDMA, metanfetamina, etc.), drogas psicotrópicas y / o tratamientos de sustitución desviados. , etc., con una o más adicciones y / o comorbilidades psiquiátricas y / o infecciosas (VIH, VHC, etc.) y / o problemas sociales asociados.

Adicción sin sustancia: pacientes con adicción al comportamiento: adicción al juego, adicción sexual, adicción a los videojuegos o internet, compras compulsivas, etc.

b) El informe de actividades 2014-2015-2016 de las dos estructuras.

CSAPA	2014	2015	2016
Archivo Activo	<p>Nº de personas vistas al menos una vez: 721 (540H, 181M)</p> <p>Número de personas vistas una vez: 77</p> <p>De qué número de nuevos pacientes: 279</p> <p>Adicción con sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol: 16.5% - Tabaco: 4,5%. - Cannabis: 16,5%. - Opiáceos: 43.8% - Cocaína / crack: 4.3%. - Anfetamina, éxtasis. 0.1% - Drogas psicotrópicas desviadas: 0.8% - Tratamiento de sustitución desviado: 4.3. % - Otros productos: 1.7% <p>Adicciones sin sustancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones al juego. Y de casualidad: 1,8%. - Ciberadicciones: 0, 7%. - Adicciones S Compras sexuales, compulsivas: 1.9%. 	<p>Nº de personas vistas al menos una vez: 774 (595H, 179M)</p> <p>Número de personas vistas una vez: 83</p> <p>De qué número de nuevos pacientes: 307</p> <p>Adicción con sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol: 31,4%. - Tabaco: 18%. - Cannabis: 22.1% - Opiáceos: 15%. - Cocaína / crack: 6.3%. - Anfetamina, éxtasis. 0.3% - Drogas psicotrópicas desviadas: 1.0% - Tratamiento sustitutivo de sustitución: 1.4. % - Otros productos: 0,1% <p>Adicciones sin sustancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones al juego. Y de casualidad: 1,5%. - Ciberadicciones: 0, 4%. - Adicciones sexuales, compras compulsivas: 2.6%. 	<p>Nº de personas vistas al menos una vez: 869 (677H, 182M)</p> <p>De las cuales solo se ha visto una vez: 109</p> <p>De qué número de nuevos pacientes: 325</p> <p>Adicción con sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol: 31.6% - Tabaco: 18,3%. - Cannabis: 20.0% - Opiáceos: 15,9%. - Cocaína / crack: 5,7%. - Anfetamina, éxtasis. 0.4% - Drogas psicotrópicas desviadas: 0.4% - Tratamiento sustitutivo de sustitución: 1.7. % - Otros productos: 0.5% <p>Adicciones sin sustancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicciones al juego. Y de casualidad: 2,0%. - Ciberadicciones: 1.5%. - Adicciones sexuales, compras compulsivas: 2.1%.

Producto en el origen de la Apoyo	Nº de personas vistas al menos una vez: 721 (540H, 181M) Número de personas vistas una vez: 77 De qué número de nuevos pacientes: 279 Adicción con sustancias: - Alcohol: 16.5% - Tabaco: 4,5%. - Cannabis: 16,5%. - Opiáceos: 43.8% - Cocaína / crack: 4.3%. - Anfetamina, éxtasis. 0.1% - Drogas psicotrópicas desviadas: 0.8% - Tratamiento de sustitución desviado: 4.3. % - Otros productos: 1.7% Adicciones sin sustancia: - Adicciones al juego. Y de casualidad: 1,8%. - Ciberadicciones: 0, 7%. - Adicciones S Compras sexuales, compulsivas: 1.9%.	Nº de personas vistas al menos una vez: 774 (595H, 179M) Número de personas vistas una vez: 83 De qué número de nuevos pacientes: 307 Adicción con sustancias: - Alcohol: 31,4%. - Tabaco: 18%. - Cannabis: 22.1% - Opiáceos: 15%. - Cocaína / crack: 6.3%. - Anfetamina, éxtasis. 0.3% - Drogas psicotrópicas desviadas: 1.0% - Tratamiento sustitutivo de sustitución: 1.4. % - Otros productos: 0,1% Adicciones sin sustancia: - Adicciones al juego. Y de casualidad: 1,5%. - Ciberadicciones: 0, 4%. - Adicciones sexuales, compras compulsivas: 2.6%.	Nº de personas vistas al menos una vez: 869 (677H, 182M) De las cuales solo se ha visto una vez: 109 De qué número de nuevos pacientes: 325 Adicción con sustancias: - Alcohol: 31.6% - Tabaco: 18,3%. - Cannabis: 20.0% - Opiáceos: 15,9%. - Cocaína / crack: 5,7%. - Anfetamina, éxtasis. 0.4% - Drogas psicotrópicas desviadas: 0.4% - Tratamiento sustitutivo de sustitución: 1.7. % - Otros productos: 0.5% Adicciones sin sustancia: - Adicciones al juego. Y de casualidad: 2,0%. - Ciberadicciones: 1.5%. - Adicciones sexuales, compras compulsivas: 2.1%.
Número de consultas con los pacientes	- Médicos: 2999 - Psiquiatras: 246 - Enfermeras: 11927 - Psicólogos: 1291 - educadores especializados 1023 -Evaluaciones (ASI, Mini) 351	- Médicos: 2979 - Psiquiatras: 614 - Personal de enfermería: 12398. - Psicólogos: 1636. - Educadores especializados: 1377 -Evaluaciones (ASI, Mini) 333	- Médicos: 2854 - Psiquiatras: 458 - Enfermeras: 9907 - Psicólogos: 1768. - Educadores especializados: 1413 -Evaluaciones (ASI, Mini) 378
Número de consultas con las personas del entorno	Ayuda a la parentalidad : 199	Ayuda a la parentalidad: 200	Ayuda a la parentalidad: 227
Actividad de grupo terapéutico	- Grupo de habla: 2 Número de reuniones 52 - Talleres cuerpo: 2 Número de reuniones 24	- Grupo de habla: 2 Número de reuniones 42 - Talleres cuerpo: 2 Número de reuniones 6	- Grupo de habla: 3 Número de reuniones 76 - Talleres cuerpo: 21 Número de reuniones 7

CAARUD	2014	2015	2016
Archivo Activo	Sala principal y antena: - Número de personas recibidas: 117 (91H, 26F) De qué número de personas nuevas: 24 Intervención en sentadilla: Número de personas reunidas: 28	Sala principal y antena: - Número de personas recibidas: 124 (102H, 22F) - De qué número de personas nuevas: 21 Unidad Móvil: -Número de personas bienvenidas: 28 (16H, 12F) - De qué número de personas nuevas: 28 Intervención en sentadilla: Número de personas reunidas: 28	Sala principal y antena: - Número de personas recibidas: 126 (108H, 18F) - de los cuales nuevas personas: 45 Unidad Móvil: -Número de personas bienvenidas: 36 (30H, 6F) - De que número de personas nuevas: 31 Intervención en sentadilla: Número de personas reunidas: 14
Nº contactos	- Local principal y antena: 1470 - Intervención en sentadilla: 89.	- Local principal y antena: 1570 - Unidad Móvil: 34 - Intervención en sentadilla: 76.	- Local principal y antena: 1470 - Unidad Móvil: 56 - Intervención en sentadilla: 56.
Actividad en el medio festivo	Número de vías: 4689 Número de entrevistas: 617.	Número de vías: 3890 Número de entrevistas: 429.	Número de pasadas: 4020 Número de entrevistas: 583.
Provisión de Materiales de prevención y reducción de riesgos.	Steribox® entregado por autómatas: 3415 Materiales entregados por los equipos de CAARUD: - Steribox: 843 - Fichas para autómatas: 244 - Jeringas coloreadas 1CC: 450 - Sterifilt®: 820 - Color Sterimix®: 300 - Agua PPI: 250 - Amortiguadores alcohólicos: 400 - Enrolla tu pajita: 38382 - Suero fisiológico : 885 - Láminas de aluminio: 90 - Condones (F / M): 289/2430 - Geles lubricantes: 4903. - Folleto y materiales. información: 6863 Materiales entregados por las 3 farmacias asociadas: - Steribox®: 360 - Fichas: 110 - Folletos: 80 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 8855 - Nombre de récupérateur de seringues : 120	Steribox® entregado por autómatas: 3634 Materiales entregados por los equipos de CAARUD: - Steribox: 408 - Fichas para autómatas: 350 - Jeringas de color. 1CC: 1220 - Sterifilt®: 1340 - Color Sterimix®: 890 - Agua PPI: 1320 - Amortiguadores alcohólicos: 1000 - Enrolla su pajita: 26400 - Suero fisiológico : 1146 - Láminas de aluminio: 190 - Condones (F / M): 467/14580 - Geles lubricantes: 4346 - Folleto y materiales. información: 14590 Materiales entregados por las 3 farmacias asociadas: - Steribox®: 440 - Fichas: 190 - Folletos: 130 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 9075 - Nombre de récupérateur de seringues : 145	Steribox® entregado por autómatas: 4521 Materiales entregados por los equipos de CAARUD: - Steribox: 371 - Fichas para autómatas: 380 - Jeringas de color. 1CC: 1804 - Sterifilt®: 1015 - Color Sterimix®: 800 - Agua PPI: 608. - Amortiguadores alcohólicos: 2500 - Enrolle su pajita: 25480 - Suero fisiológico : 1532 - Láminas de aluminio: 880 - Tubos de crack: 50 - Condones (F / M): 684/18790 - Geles lubricantes: 4278 - Folleto y materiales. información: 13080 Materiales entregados por las 3 farmacias asociadas: - Steribox®: 720 - Fichas: 160 Brochures : 120 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 11880 - Nombre de récupérateur de seringues : 133

2.5. ASOCIACIÓN ANPAA 31

Las conductas adictivas en MIDI PYRÉNÉES en 2016

ALCOOL

54% des 11 ans ont déjà expérimenté l'alcool	15% chez les 17 ans de consommateurs réguliers	22% de jeunes de 17 ans s'enivrent plusieurs fois par mois
30% des 18-75 ans ont une consommation d'alcool à risque ponctuel	11% des 18-75 ans présente un risque chronique ou de dépendance	
223 accidents corporels de la route liés à l'alcool en 2014	44 accidents mortels de la route liés à l'alcool en 2014	639 décès imputables aux principales pathologies liées à l'alcool

CANNABIS

14,5 ans est l'âge moyen du début des consommations	24% des collégiens ont expérimenté le cannabis en Midi-Pyrénées	50% des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis en Midi-Pyrénées
12% des jeunes de 17 ans consomment régulièrement du cannabis en Midi-Pyrénées (16% chez les garçons, 7% chez les filles)		5 euros le prix du gramme de résine de cannabis

TABAC

33% des collégiens ont déjà expérimenté le tabac	37% des jeunes de 17 ans ont un usage quotidien	4150 décès par an en lien avec le tabac en Midi-Pyrénées
12 points de diminution concernant l'expérimentation du tabac à 17 ans en Midi-Pyrénées ces 10 dernières années		850 décès prématurés par an en Midi-Pyrénées

En la juventud, la progresión del consumo de tabaco, alcohol y cannabis es progresiva a lo largo del período adolescente. En promedio, es a los 14 y 15 años, alrededor del 3, que los experimentos se convierten en usos repetidos y / o regulares, ya sea para el tabaco, el alcohol, la embriaguez y el cannabis. Tenga en cuenta que más allá de los promedios, el consumo de riesgo puede iniciarse antes. Aunque no son la mayoría, con razón preocupan a los profesionales de campo.

Midi Pyrénées es una región donde históricamente los jóvenes reportan niveles de uso por encima del promedio nacional. Los últimos datos disponibles y presentados en este informe confirman que, en varios indicadores, nuestra región "antigua" continúa destacándose. Si esto es más claro a la edad de 17 años que en la universidad, los jóvenes de Midi Pyrénées son claramente más propensos a declarar API (al menos 5 vasos en 1 ocasión), el uso diario de tabaco y el consumo regular de cannabis.

Eventos adversos atribuibles al alcohol entre los jóvenes:

Type	Sexe		Filière	
	Garçons	Filles	LGT	LP
Accident ou blessure	18	11 ^{NS}	12	18 [*]
Une bagarre	17	8 ^{NS}	7	24 ^{NS}
Rapport non protégé	13	12 ^{NS}	10	18 ^{NS}
Mauvaises notes	10	10 ^{NS}	8	13 ^{NS}
Rapport regretté	12	7 [*]	7	14 ^{NS}
Problème/amis	10	9 ^{NS}	8	14 ^{NS}
Problème/parents	8	5 ^{NS}	5	8 ^{NS}
Problème/police	5	3 [*]	2	7 ^{NS}
Victime de vol	5	3 [*]	4	4 ^{NS}
Hospitalisé/urgences	2	3 ^{NS}	2	4 ^{NS}
Au moins un des événements ci-dessus	46	34^{NS}	33	55^{NS}

*NS : statistiquement non significatif
LGT : lycée général ou technologique
LP : lycée professionnel*

El entorno social de los estudiantes de secundaria y el alcohol:

Considérations sur la famille et les amis (en %)

Type d'évènement	Sexe		Filière		Ensemble des lycéens
	G	F	LGT	LP	
Vos frères et sœurs boivent de l'alcool	78	80 ^{NS}	83	71 ^{NS}	79
Vos frères et sœurs se saoulent	49	51 ^{NS}	56	41 ^{NS}	50
Beaucoup voire tous vos amis boivent de l'alcool	90	85 [*]	89	82 ^{NS}	87
Beaucoup voire tous vos amis se saoulent	68	61 [*]	66	62 ^{NS}	64

*NS : statistiquement non significatif
G : garçons ; F : filles
LGT : lycée général ou technologique
LP : lycée professionnel*

Percepción de riesgos:

La representación del riesgo relacionado con el alcohol muestra resultados en el sentido de precedentes, con diferencias significativas a favor de la subestimación por parte de los niños y estudiantes de secundaria de escuelas secundarias vocacionales. En general, aproximadamente una cuarta parte de nuestra población considera que el consumo diario es peligroso, frente a las tres cuartas partes del consumo diario de u menos de 4 vasos, y un tercio para el consumo ocasional de al menos 5 vasos, una práctica que No ha sido objeto de campañas nacionales de información hasta el momento.

En los adultos:

En adultos, subrayemos la reducción significativa del consumo diario de alcohol, tanto para hombres como para mujeres durante la última década. Este indicador puesto en perspectiva con el aumento de los usos puntuales (embriaguez) es la prueba de una transformación de las prácticas en relación con el alcohol. Este fenómeno, descrito en adolescentes a mediados de la década del 2000, ahora forma parte de las prácticas de consumo de adultos y especialmente para los de 18 y 35 años. Cabe señalar que los patrones de consumo de alcohol siempre han sido muy diferentes según el sexo. Sin embargo, la aparición de estos alcoholes de punto cambia este estado de fiat. Una gran proporción de mujeres se ven afectadas por este tipo de consumo. Ante esto, las nuevas políticas públicas deben fortalecerse para que estos usuarios puedan identificar los riesgos y los daños potenciales. Estos, que caen más en el orden de las patologías somáticas que la adicción, a menudo se subestiman. Si los estándares en términos de riesgo vial se perciben y a menudo se transgreden, no se trata del daño hepático, neurológico o cardiovascular. Para los mayores de 18 años, la prevalencia del hábito de fumar parece estable a pesar de la aparición del cigarrillo electrónico que ahora forma parte del panorama para los usuarios de nicotina.

El cannabis es el único producto ilícito cuyo tamaño es cuantificable por estudios epidemiológicos. Los últimos datos disponibles sugieren que el consumo de cannabis nunca ha sido mayor. Sin embargo, al igual que con las alcoholizaciones basadas en puntos, el consumo de cannabis está más relacionado con las personas de 18 a 35 años, que muestran una peculiaridad generacional. Como resultado del cambio en el uso de "drogas" a mediados de la década de 2000, está claro que continúa en la edad adulta. Tenga en cuenta que los niveles de solicitudes de soporte no son proporcionales al aumento en los niveles de uso. Este aspecto se refiere a la realidad del daño relacionado con el consumo, la capacidad de los usuarios para definirse en situaciones problemáticas y la capacidad del dispositivo para ofrecer ofertas de reducción de riesgo y soporte. Sobre este último punto, el contexto legislativo francés merece ser realmente cuestionado.

Otras drogas :

A diferencia de los productos legales y el cannabis, las encuestas epidemiológicas no describen el fenómeno. Solo se pueden documentar los elementos de experimentación que, mediante las metodologías cuantitativas, los usos actuales y regulares están tan poco desarrollados que no

son cuantificables.

Tableau 5 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs**	17 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M	16 M
Dont usagers dans l'année**	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M	11 M
Dont usagers réguliers**	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M	//
Dont usagers quotidiens**	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M	//

Sources : Baromètre santé 2014 (Inpes), ESCAPAD 2014 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse)

// = non disponible

* pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans en 2010.

Le nombre des 11-75 ans en 2014 est d'environ 50 millions. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

** Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et au moins dix consommations de cannabis au cours du mois.

Usage quotidien : au moins une fois par jour.

PRÁCTICAS LOCALES IDENTIFICADAS:

Nuestras preocupaciones observadas en el terreno entre los jóvenes:

- Uso familiar de cannabis (Ariège): iniciación padres / hijos.
- Representaciones y trivialización del consumo de cannabis: "¡es bio!"
- Accesibilidad de productos en la frontera.
- Dificultad para entender la ley: Francia / España
- Uso del alcohol cultural: rural, festivo, ...
- Falta de información y toma de riesgos relacionados con la sexualidad.
- Usos y prácticas festivas.
- Usos de audiencias "estacionales" en estaciones de esquí (precariedad de los profesionales)

Las conductas adictivas: De la previsión...a la curación.

Ley de asociación 1901 reconocida de utilidad pública (decreto del 5 de febrero de 1880) y aprobada de educación popular (decreto del 6 de mayo de 1974) implantada en todo el territorio nacional con 22 direcciones regionales coordinadas por su sede nacional.

Como parte de sus misiones, ANPAA gestiona:

- Centros de atención, apoyo y prevención en adicciones (CSAPA) en 70 departamentos.
- 10 Centros de Recepción y Apoyo para la Reducción de Riesgos para Usuarios de Drogas (CAARUD) en 11 Departamentos
 - 74 espacios de atención residencial que incluyen 48 apartamentos de coordinación terapéutica y 12 centros terapéuticos residenciales
- Puntos de escucha juvenil en 2 departamentos y 2 casas de adolescentes.

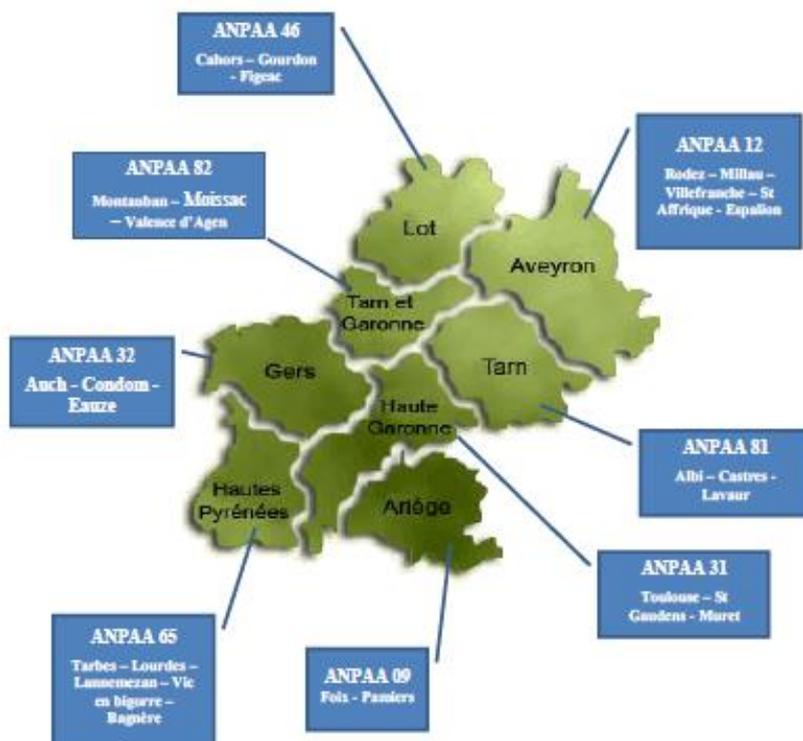
1575 empleados: trabajadores de prevención, educadores, psicólogos, enfermeros, CESF, trabajadores sociales, secretarios, médicos, etc.

900 voluntarios

ANPAA sitúa sus acciones en el continuo de promoción de la salud

- Educar para desarrollar conocimientos, conocimientos y habilidades, y así fortalecer las habilidades psicosociales.
- Formar y asesorar a actores, profesionales, futuros profesionales y voluntarios.
- Prevenir para reducir, retrasar, evitar riesgos.
- Identificarse para actuar lo antes posible.
- Acompañar y tratar para reducir el daño.
- Proteger para apoyar un ambiente saludable

8 établissements offrant des prestations médico-sociales, de prévention et de formation



ANPAA MIDI PYRÉNÉES :

Acteur de prévention y formación en adicciones.

ANPAA: acciones de prevención en todo el territorio.

Con individuos a lo largo de toda su vida, en todos los entornos y con poblaciones vulnerables, como personas en situaciones precarias o bajo control judicial.

- Profesionales de relevo y personas de "primera línea":

Padres, educadores, doctores, etc. Entrenarlos y sensibilizarlos a la identificación y orientación temprana.

- Educación entre iguales

ANPAA Midi Pyrénées es:

- ✓ 20,892 personas sensibilizadas en el marco de programas y acciones de prevención: en particular 14,320 jóvenes en la escuela, 1082 jóvenes sin escolarizar, 2125 personas en el campo de la precariedad, 3365 personas sensibilizadas en un ambiente festivo.
- ✓ 507 jóvenes profesionales del ámbito socioeducativo sensibilizados a la adictología.

Acompañamiento y cuidado

La ANPAA Midi Pirineos, es 8 CSAPA distribuidos en cada departamento.

La misión de "cuidado" es parte del objetivo general de "salud", conjugación:

"Cura" (para tratar en el sentido sanitario)

Y de "cuidado" (cuidando en el sentido de acompañamiento, en las dimensiones psicológicas y socioeducativas).

CSAPA : 4803 personas acompañadas, de las cuales el 6% son personas de la comitiva.

23536 consultas individuales que incluyen 36% médicas, 22% con psicólogos, 22% con profesionales socioeducativos, 20% con enfermeras

Entre las personas que consultan por sus temas adictivos:

- 46% de nuevos beneficiarios en 2015
- 22% de mujeres
- 12% menos de 25 y 28% más de 50
- El 87% tiene vivienda sostenible y el 48% tiene ingresos por empleo.
- El 37% consulta por iniciativa propia oa petición de un familiar y
- 32% son ordenados por el tribunal
- El 71% tiene la adicción al alcohol como el primer producto perjudicial en Francia en términos de riesgos sociales y de salud.

20 grupos terapéuticos:

- 7 grupos de habla para personas con dificultades con sus conductas adictivas, cónyuges o hijos de padres con dificultades
- 4 grupo de información (educación para la salud, educación terapéutica)

- 4 actividades artísticas y de expresión (teatro, pintura, escritura, etc ...)
- 5 actividades corporales

Direcciones útiles:

L'ANPAA 09/31 :

ANPAA 31

27 rue Bayard

31000, **TOULOUSE**

05 61 62 14 26

anpaa31@anpaa.asso.fr

+ Permanences à:

REVEL

Antenne de MURET

S.I.E.M.T

12, av du Président Vincent Auriol,

31600, **MURET**

05 61 62 14 26

anpaa31@anpaa.asso.fr

Antenne de SAINT-GAUDENS

Centre d'Addictologie

Square Saint-Jean,

31800, **SAINT-GAUDENS**

05 61 88 11 73

csapa.saintgaudens@anpaa.asso.fr

+ Permanences à:

Hôpital de Saint-Gaudens

LUCHON

ANPAA 09

6 cours irénée Cros

09000, **FOIX**

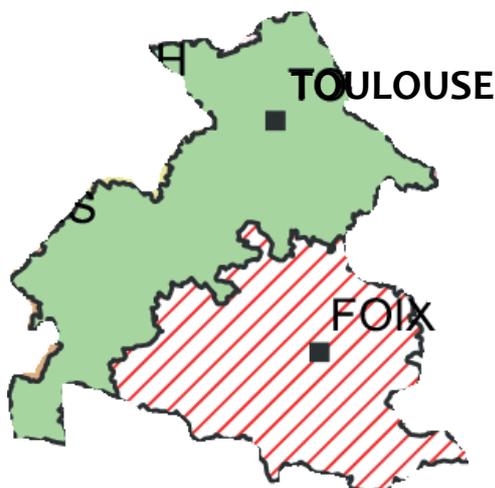
05 34 09 84 50

anpaa09@anpaa.asso.fr

+ Permanences à:

PAMIERS

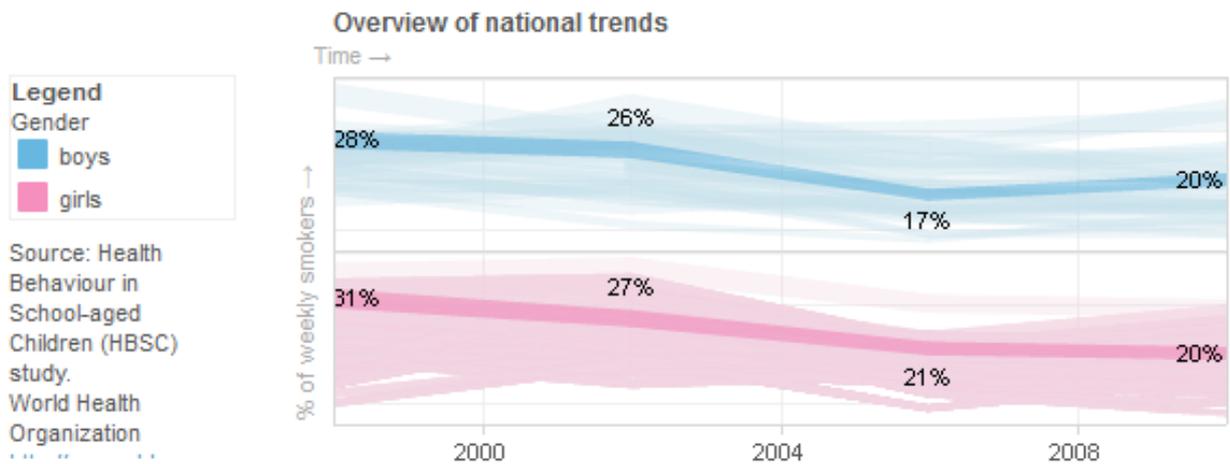
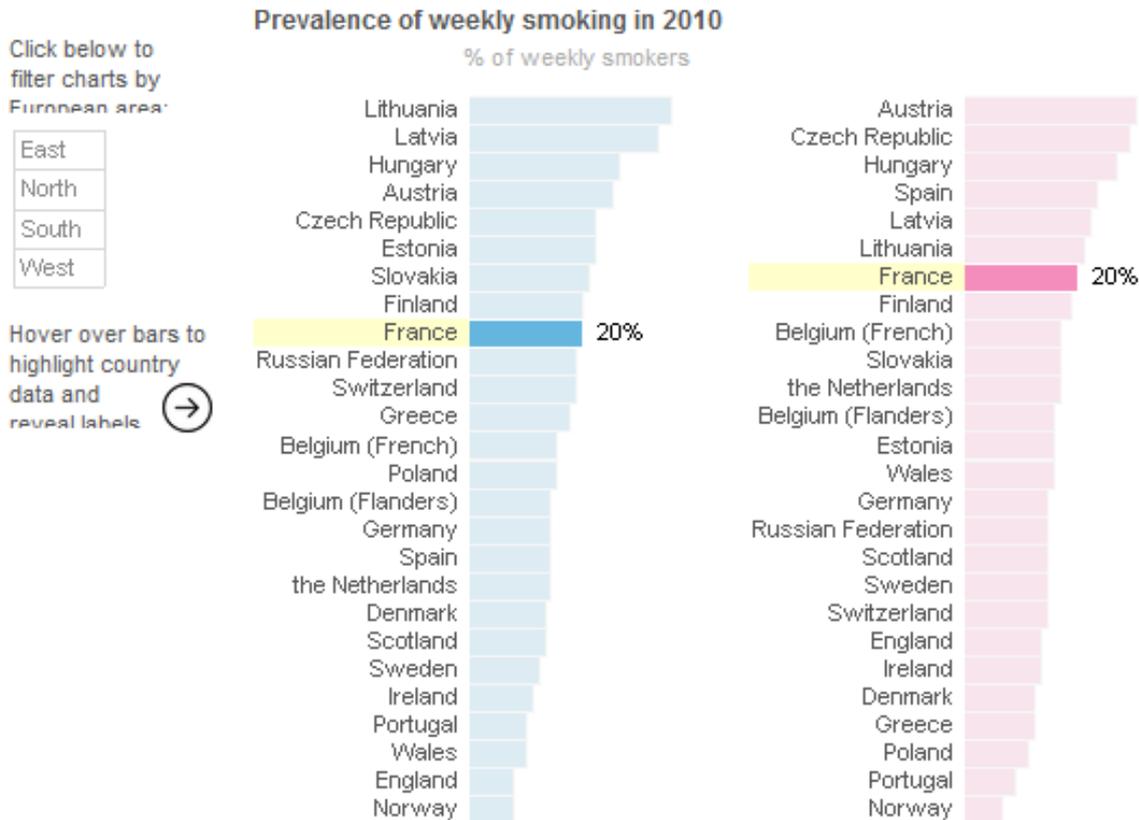
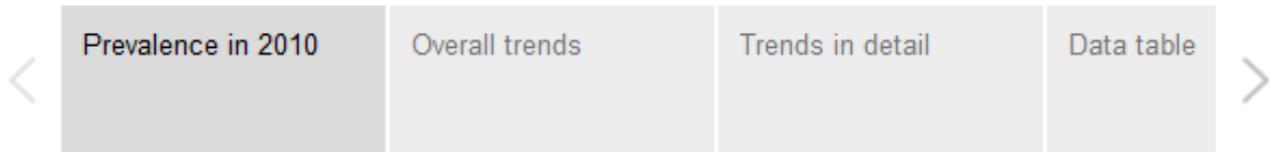
SAINT-GIRONS



2.6. DATOS FRANCIA

Weekly smoking among 15 year olds in Europe

Young people were asked how often they smoke tobacco. Response options ranged from "I do not smoke" to "every day". The findings presented here are the proportion who reported smoking at least once a week.

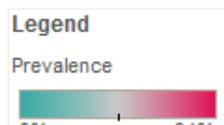


Trends in regular drunkenness among young people

Young people were asked whether they had ever had so much alcohol that they were "really drunk". Response options range from "no, never" to "yes, more than 10 times". The findings presented here show the proportions who reported having been drunk more than 10 times.

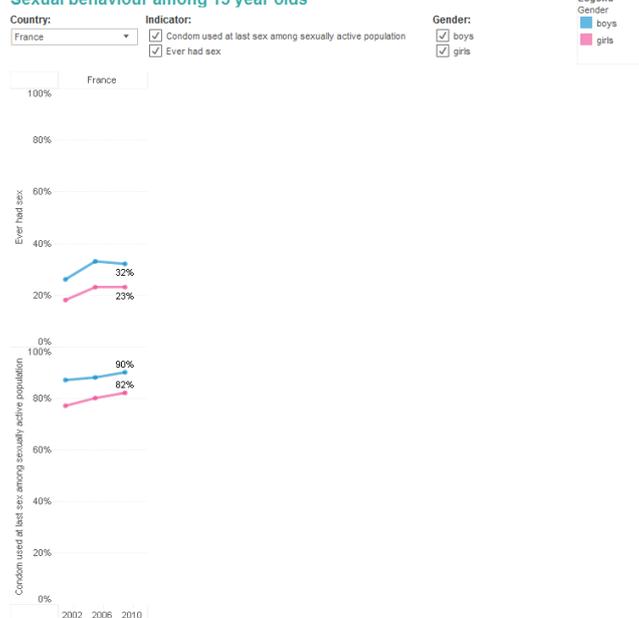
Age:

	1986		1990		1994		1998		2002		2006		2010	
	Boys	Girls												
Armenia													8%	1%
Austria			8%	4%	12%	6%	14%	8%	9%	6%	15%	7%	12%	6%
Belgium (Flemish)					7%	1%	7%	2%	9%	3%	9%	3%	7%	3%
Belgium (French)	7%	1%	4%	1%	6%	2%	14%	7%	10%	3%	8%	3%	7%	4%
Bulgaria											20%	9%		
Canada			20%	13%	14%	12%	17%	13%	18%	10%	11%	8%	9%	8%
Croatia									13%	4%	17%	6%	15%	4%
Czech Republic					9%	3%	7%	2%	9%	5%	8%	4%	13%	6%
Denmark					24%	21%	32%	25%	34%	25%	24%	18%	20%	19%
England							22%	15%	21%	18%	13%	13%	10%	8%
Estonia					6%	1%	12%	4%	25%	9%	21%	8%	15%	9%
Finland	16%	9%	23%	17%	21%	12%	20%	18%	18%	19%	18%	14%	13%	14%
France					6%	1%	7%	2%	4%	2%	7%	2%	7%	2%
Germany					7%	4%	11%	6%	16%	6%	9%	5%	7%	4%
Greece							5%	2%	4%	1%	4%	1%	5%	2%
Greenland					17%	11%	20%	18%	23%	13%	8%	10%	16%	16%
Hungary	4%	1%	8%	1%	11%	3%	13%	4%	15%	5%	14%	6%	19%	7%
Iceland											11%	9%	4%	4%
Ireland							17%	5%	11%	6%	12%	9%	9%	5%
Israel					1%	1%	3%	1%	4%	2%	5%	2%	6%	1%
Italy									5%	2%	6%	2%	4%	2%
Latvia			4%	0%	8%	2%	13%	3%	10%	3%	16%	7%	18%	7%



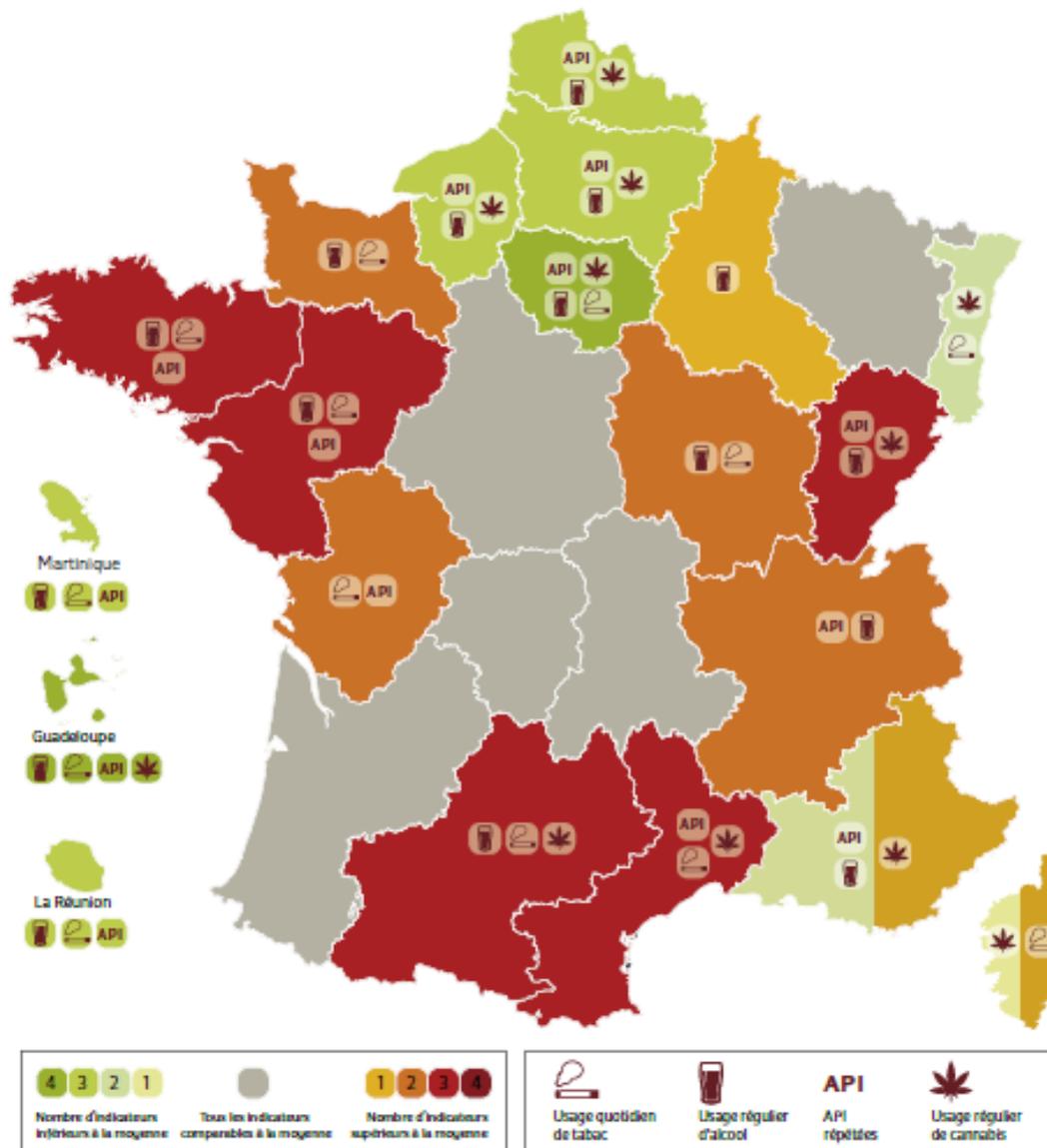
Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). World Health Organization Collaborative Cross-national study. <http://www.hbsc.org>

Sexual behaviour among 15 year olds



CONSUMO EN JÓVENES FRANCIA:

Synthèse des quatre indicateurs d'usages réguliers :
tabac, alcool, cannabis et API répétées, à 17 ans en 2014



Exemple de lecture : la Corse associe un usage de cannabis inférieur à la moyenne nationale et un usage de tabac supérieur.
Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT.

Tableau 1. Les niveaux d'usage de substances psychoactives en métropole par sexe à 17 ans en 2017 et leur évolution par rapport à 2014 (%)

Produit	Usage	Garçons 2017	Filles 2017	Sex ratio	Ensemble 2017	Ensemble 2014	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	58,1	59,9	0,97 ***	59,0	68,4 ***	-9,4	-13,8
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	26,3	23,8	1,11 ***	25,1	32,4 ***	-7,4	-22,7
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	6,5	3,9	1,68 ***	5,2	7,7 ***	-2,5	-32,2
Alcool	Expérimentation	86,6	84,6	1,02 ***	85,7	89,3 ***	-3,6	-4,1
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	12,0	4,6	2,62 ***	8,4	12,3 ***	-3,8	-31,3
	Alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée (au moins 3 fois dans le mois)	21,7	10,9	1,99 ***	16,4	21,8 ***	-5,4	-24,7
Cannabis	Expérimentation	41,8	36,3	1,15 ***	39,1	47,8 ***	-8,7	-18,3
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	9,7	4,5	2,17 ***	7,2	9,2 ***	-2,0	-21,7
Autres drogues illicites	Expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis	7,9	5,6	1,40 ***	6,8	8,8 ***	-2,0	-23,2
	Expérimentation MDMA/ecstasy	3,9	2,8	1,41 ***	3,4	3,8 **	-0,5	-12,0
	Expérimentation Champignons hallucinogènes	3,6	1,9	1,88 ***	2,8	3,8 ***	-1,0	-27,0
	Expérimentation Cocaïne	3,1	2,4	1,26 ***	2,8	3,2 **	-0,5	-15,1
	Expérimentation Amphétamines	2,9	1,8	1,60 ***	2,3	2,8 ***	-0,5	-16,5

Source : enquête ESCAPAD 2017

3. BUENAS PRÁCTICAS Y RECURSOS DISPONIBLES:

3.1. GOBIERNO DE LA RIOJA

Programas y actuaciones

Oficina de información y Asesoramiento: Atención, información, orientación y asesoramiento al ciudadano en materia de drogodependencias y otras adicciones (tabaco, alcohol y otras adicciones)

Ayudas y subvenciones: Gestión de subvenciones a Corporaciones Locales y a otras entidades para la realización de programas de prevención de drogodependencias.

Observatorio riojano sobre drogas: recopilación de información, elaboración de estudios, elaboración de indicadores.

Actuaciones en materia de prevención de las drogodependencias y otras adicciones: elaboración de programas específicos de prevención y atención a las drogodependencias en distintos ámbitos de prevención (familiar, laboral, educativo...). Asesoramiento, supervisión y coordinación de programas y actuaciones que se desarrollan en el ámbito de la Comunidad Autónoma (Red de Salud Mental, Corporaciones Locales (Planes Municipales de Adicciones) y ONGs)

El Servicio en la web

- www.infodrogas.org: Página de Información y prevención sobre drogas. Esta página se actualiza de manera periódica, encontrándose en fase de revisión de sus contenidos.
- <http://manoamano.riojasalud.es>: Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral.

La actividad en las redes sociales durante el año 2017 fue la siguiente:

- <http://twitter.com/infodrogas> : 2. 778 seguidores
- <http://www.facebook.com/infodrogas>: 941 “me gusta”, lo que supone un incremento de 111 entradas, con respecto al año anterior, 2016.

Programas existentes en prevención y reducción de riesgos ligados al alcohol y otras sustancias en el territorio. Es importante incluir una valoración de los mismos, sintetizada en un análisis DAFO, con el objetivo de identificar los elementos a aprovechar o a descartar de cada uno de ellos y plantear posibles sinergias.

Ocho municipios de La Rioja poseen Planes Municipales de Drogodependencias, algunos de ellos poseen recursos específicos de drogodependencias.

La red pública de atención se realiza en Centros o Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas cuando es precisa una valoración, diagnóstico y tratamiento ambulatorio. Por otro lado, el Hospital de La Rioja dispone de camas para ingresos y la atención aguda se realiza a través del servicio de urgencias del Hospital San Pedro.

La red privada de atención a las drogodependencias, alcoholismo y tabaquismo, la componen asociaciones sin ánimo de lucro que ofrecen una amplia gama de servicios que van desde comunidad terapéutica, atención ambulatoria, información y orientación y actividades de prevención. En su mayoría actúan con convenios o subvenciones del Gobierno de La Rioja.

Las Oficinas de Farmacia acreditadas actúan como parte de la red asistencial de drogodependencias, mediante la ejecución del programa de sustitutivos opiáceos.

Administración Local

- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Alfaro](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Arnedo](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Calahorra](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Haro](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Logroño](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Nájera](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Rincón de Soto](#)

SERVICIOS ASISTENCIALES

Centros Ambulatorios

- [Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas - C. S. Espartero](#)

- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas - C. S. Siete Infantes de Lara](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C. S. de Nájera](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C.S. de Haro](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C.S. de Sto. Domingo](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja - C.S. de Calahorra](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja - C.S. de Arnedo](#)

Servicios de urgencias

- [Hospital San Pedro](#)
- [Urgencias Sanitarias de Atención Primaria](#)
- [Fundación Hospital Calahorra](#)

Unidades Hospitalarias

- [Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría](#)
- [Unidad de Hospitalización Media Estancia y Rehabilitación](#)
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Programas específicos de las Unidades de Salud Mental y Conductas adictivas

- [Programa de Psicoestimulantes](#)
- [Programa de alcohol y ludopatías](#)
- [Programa de Opiáceos](#)

Subprogramas de Dispensación de Metadona

- [Centro de Salud de Haro](#)
- [Centro de Salud de Calahorra](#)
- [Centro de Salud de Alfaro](#)
- [Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas \(A.R.A.D.\)](#)

Otras entidades y programas de Atención a las conductas adictivas

- [Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas \(A.R.A.D.\)](#)
- [Proyecto Hombre](#)
- [Cruz Roja](#)
- [Federación de Asociaciones de Alcohólicos en Rehabilitación de La Rioja \(FRAAR\)](#)
 - [Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados \(ARAR\)](#)
 - [Grupo de Alcohólicos en Rehabilitación de Valvanera \(GARVA\)](#)
 - [Asociación Riojana de adicciones y rehabilitación de Nájera \(ARARNA\)](#)
- [Alcohólicos Anónimos. Agrupación Riojana](#)
- [Asociación Española Contra el Cáncer \(AECC\)](#)
- [Asociación Riojana de Jugadores de Azar \(ARJA\)](#)

Convenios (2017): Arnedo, Alfaro, Calahorra, Haro, Rincón de Soto

Subvenciones (2017): Nalda, Autol, Albelda de Iregua, Villamediana de Iregua, Aldeanueva de Ebro, Santo Domingo de la Calzada, Pradejón

Actuación con mediadores:

- **Ayuntamiento de Logroño:** ofrece módulos de formación de mediadores en prevención de drogodependencias, en promoción de la actividad física y la alimentación saludable, en educación afectivo-sexual, en uso adecuado de redes sociales y TICS, en educación emocional, en gestión e intervención del acoso entre iguales.
<http://www.logrosaludable.es/112781580>

Destinatarios: Personas en contacto con población inmigrante, personal vinculado a colectivos juveniles de programas municipales, alumnos de ciclo formativo de integración social y animación sociocultural, profesores, personas que desarrollen o vaya a desarrollar en el futuro actividades de educación en contextos no formales

- Ayuntamiento de Pradejón
- Versus

Actuación en el contexto del ocio y tiempo libre

- Ayuntamiento de Logroño (X fin es sábado)

En la Gota de Leche, instalaciones, material y asesoramiento para creación audiovisual.

Antecedentes: Drojnet y Drojnet 2

- Importancia de estar “al día” cuando se usan las TICs
- Dificultad de mantener la continuidad, incluso en una misma acción del proyecto (concurso)
- La presencia de educadores en el ámbito festivo es bien recibida, pero se valora más cuando hay continuidad. El acceso a los chamizos es más difícil.
- Existe por parte de los adolescentes una necesidad de diálogo abierto y sin juicio con adultos para atender a sus demandas.

DAFO:

ACTUACIÓN MUNICIPAL		
	ASPECTOS NEGATIVOS	ASPECTOS POSITIVOS
ORIGEN INTERNO IN INTERNO	<p><u>DEBILIDADES (CARENCIAS Y LIMITACIONES DESFAVORABLES PROPIAS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para hacer una evaluación sistemática de la eficacia/eficiencia preventiva de las actuaciones municipales. - No existe una efectiva coordinación colaboración con el Ayuntamiento de Logroño, siendo el municipio que más aporta en esta materia. - Dificultades para unificar criterios de planificación, gestión y evaluación con los municipios. En este plano, los instrumentos de coordinación han resultado hasta el momento inoperantes (Comisión de Planes Municipales, Consejos de Salud...). - La red de técnicos de intervención en adicciones que se ha venido creando desde el año 2000 es asimétrica, basculando hacia La Rioja Baja. - En la práctica, no se ha logrado involucrar a la Sierra en las actuaciones preventivas. Los factores de déficit y envejecimiento poblacional de esta zona pueden haber influido en ello, a la vez que la falta de información sobre lo que realmente está ocurriendo en sus municipios. - El presupuesto autonómico destinado a actuaciones municipales se ha ido reduciendo paulatinamente en estos últimos años hasta niveles críticos y poco operativos. 	<p><u>FORTALEZAS (CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES FAVORABLES PROPIAS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desde el año 1997, se ha impulsado una línea de subvenciones y convenios de colaboración con determinados municipios. No obstante, debe reflexionarse sobre estos recursos con relación a su oportunidad, necesidad actual, enfoque, respuesta a demandas... - El hecho de que la CAR disponga como competencia propia de la coordinación e intervención en las adicciones desde la Salud Pública, puede ampliar el margen de decisión para la planificación y gestión efectivas de esta materia.

ORIGEN EXTERNO	<p style="text-align: center;"><u>AMENAZAS (FACTORES EXTERNOS DESFAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las competencias en materia de adicciones es de la CAR. Se puede delegar, pero al 100 % del coste efectivo. - Entidades locales: poco versátiles a cambios en sus propuestas de programas y actuaciones. En algunos casos, se constatan significativas lagunas técnicas en algunos profesionales. - Algunos ayuntamientos se han muestran refractarios a las propuestas o líneas de intervención planteadas por la Consejería. - En general y salvo excepciones, no se ha hecho una correcta evaluación de la eficacia/eficiencia preventiva de las actuaciones municipales. 	<p style="text-align: center;"><u>OPORTUNIDADES (FACTORES EXTERNOS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se han venido desarrollado interesantes iniciativas de intervención selectiva e indicada en el ámbito comunitario en determinados municipios que disponen de técnico. - Existen servicios básicos de información/asesoramiento en los cinco municipios con convenio de colaboración, gestionados por los técnicos de intervención en adicciones. - Existe una especie de “cultura de prevención” en los municipios con convenio de colaboración.
----------------	--	---

PREVENCIÓN		INTERVENCIÓN SOBRE LA DEMANDA DE DROGAS Y OTROS PRODUCTOS ADICTIVOS	
ASPECTOS NEGATIVOS		ASPECTOS POSITIVOS	
ORIGEN INTERNO	<p><u>DEBILIDADES (CARENCIAS Y LIMITACIONES DESFAVORABLES PROPIAS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No se hace una evaluación sistemática de la eficacia/eficiencia preventiva de las actuaciones. - Inexistencia de órganos/instrumentos efectivos de coordinación interdepartamental, sobre todo en lo referente a la coordinación educación-salud. - No existencia de protocolos de coordinación para la implementación de acciones selectivas e indicadas. - Permanencia de programas de prevención escolar eminentemente informativos, catalogados como de baja calidad. - Abordar ámbitos cuya competencia funcional y/o orgánica no nos corresponde (ocio y tiempo libre, actuaciones de inclusión/exclusión...) → Delimitar competencias → Clarificar competencias. 	<p><u>FORTALEZAS (CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES FAVORABLES PROPIAS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe el ORD, con unos indicadores que deben dar información sobre el fenómeno del consumo de drogas en la CAR. - Línea de subvenciones a CC.LL. y Convenios de Colaboración suscritos con entidades del Tercer Sector. - Posibilidad de contratación de actuaciones y servicios. - Existencia de una Comisión Mixta Educación-Salud. - Experiencias en el diseño y ejecución de programas específicos desde la DGSPC (Versus, Mano a Mano, Selectiva e Indicada con Adolescentes...), sobre todo en los últimos años. - Iniciativas formativas para profesionales de la intervención con menores en riesgo. 	
	<p><u>AMENAZAS (FACTORES EXTERNOS DESFAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Significativa tolerancia social de origen cultural con relación al consumo de alcohol. - Desde otros ámbitos se tiene la percepción de que el consumo de drogas es un asunto competencia exclusiva de la Consejería de Salud. - Entidades locales: poco versátiles a cambios en sus propuestas de programas y actuaciones. En algunos casos, se constatan significativas lagunas técnicas en algunos profesionales. - Saturación de los centros educativos en cuanto a actuaciones sociosanitarias. - Poca formación del profesorado e incluso existe un debate abierto sobre si deben asumir esta materia en los centros escolares. - Profesorado poco receptivo a formación en materia de drogas fuera del centro, sobre todo cuando esta no es computable ni reconocida en su carrera docente. - Salvo excepciones, no inclusión de las actuaciones en materia de drogas en los currícula o planes de centro. 		<p><u>OPORTUNIDADES (FACTORES EXTERNOS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un número significativo de Entidades Locales ha manifestado interés en realizar actuaciones de prevención, sobre todo en los ámbitos comunitario, familiar y de población en riesgo. - La mayoría de la población informa prioritaria la intervención preventiva en el medio escolar. - Posibilidad de financiación externa: subvenciones del MSSSI/PNSD en los conceptos 451, 452, 454, 456 y 458 (Ley del Fondo de Bienes Decomisados)
ORIGEN EXTERNO			

3.2. GOBIERNO DE ARAGÓN

Además de actuaciones anuales en materia de prevención de adicciones derivadas de las funciones de la Sección, como la convocatoria de subvenciones de la DGSP, los convenios con administraciones locales y comarcales, o las reuniones de Coordinación, se realizan otras actividades, como las del Día Mundial Sin Tabaco (Carrera Sin Humo) o Jornadas de formación y difusión (tabaquismo, indicadores, etc.)

También contamos con iniciativas propias en redes sociales (Twitter, Facebook, blogs): [Aragón Sin Humo](#); [Si vamos de fiesta](#); [Salud pública](#).

Recursos para la prevención de adicciones:

El carácter multisectorial de las actuaciones de prevención, recogidas en el “II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016” refleja la necesidad de una interacción y coordinación con otras estrategias y planes sectoriales de diferentes Departamentos. Ámbitos como la salud mental, la inserción social, la seguridad vial, las políticas de mujer, de juventud o la planificación educativa, son escenarios donde deben converger las propuestas incluidas en el plan con criterios coherentes con el modelo de promoción de la salud.

Las competencias relacionadas con la prevención y la atención de los problemas relacionados con las adicciones recaen en diferentes Departamentos y las actuaciones se regulan en normativa cuyo desarrollo está relacionado con ámbitos más amplios, no exclusivamente relacionados con el Departamento de Sanidad.

El art. 2º de la LEY 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, define la prevención como un entramado dinámico de estrategias dirigidas a modificar actos personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores de consumos inadecuados de drogas. Estas estrategias tendrán como objeto reducir la demanda y consumo de drogas, reducir o limitar la oferta de drogas en la sociedad y reducir las consecuencias que de su consumo puedan derivarse.

Las competencias de coordinación de todas las actuaciones recaen en el Departamento de Sanidad y más concretamente en la Dirección General de Salud Pública, si bien buena parte de los recursos necesarios para el desarrollo de intervenciones generales o específicas recaen en otros Departamentos como el de Ciudadanía y Derechos Sociales, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales o las entidades locales.

Los Centros de Prevención Comunitaria (CPC).

Los recursos específicos de prevención dependientes de las entidades locales, Centros de Prevención Comunitaria (CPC), se organizaron para impulsar el desarrollo de una red autonómica de prevención de adicciones en estrecha relación con los Servicios sociales comunitarios. La Dirección General de Salud Pública es el órgano encargado de coordinar el proceso de desarrollo de estos centros y de potenciar la elaboración de planes locales de prevención, realizando supervisión técnica y apoyo financiero.

En estos momentos hay 14 Centros de Prevención Comunitaria (CPC), los Ayuntamientos que disponen de CPC son los de Alcañiz, Calatayud, Huesca, Jaca, Monzón, Tarazona, Teruel y Zaragoza y, desde el año 2013, las Comarcas que disponen de financiación para el mantenimiento de los CPC son las de Andorra-Sierra de Arcos, Alto Gallego, Bajo Aragón-Caspe, Cuencas Mineras, Jiloca y Sobrarbe.

El “II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016” define los distintos servicios y recursos vinculados a la prevención de drogodependencias en el ámbito de la Comunidad Autónoma, constituidos funcionalmente en una red de recursos. La Dirección General de Salud Pública (DGSP) es el órgano de coordinación y planificación de las actividades. Este marco general se completa con los criterios de coordinación estatales en el ámbito del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).

Los trabajadores y trabajadoras de los CPC forman parte de la plantilla de las corporaciones locales y dependen funcionalmente de los Servicios sociales municipales o comarcales. Existen amplias zonas geográficas que no disponen ni de programas específicos ni de profesionales dedicados a la Prevención Comunitaria, ya que la ubicación de los CPC sólo llega a cubrir una parte del territorio, lo que dificulta la planificación de actuaciones para toda la zona geográfica.

Las comarcas de la provincia de Huesca limítrofes con Francia disponen de CPC. La Comarca de la Ribagorza está en proceso de elaboración de su Plan de Prevención, en el momento que esté terminado, su ubicación será en Graus.

Centros de Prevención Comunitaria	Ubicación
CPC Comarca Alto Gállego	Sabiñánigo
CPC Ayuntamiento de Jaca	Jaca
CPC Comarca Sobrarbe	Boltaña

El trabajo de los CPC es fundamental a la hora de poner en marcha programas de prevención universal, selectiva e indicada en el territorio. La coordinación con los Servicios sociales locales

es fundamental y el trabajo colaborativo hace posible llegar a los diferentes grupos de población de casi toda la zona.

Desde un enfoque de promoción de salud, las acciones desarrolladas en el contexto de la prevención de adicciones tienen por objeto promover la responsabilidad personal, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables, así como desarrollar la capacidad crítica para la toma de decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y del entorno.

Estas estrategias cobran especial importancia en el medio educativo, de forma que, en colaboración con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte, se ofrecen recursos a los centros docentes de toda la Comunidad destinados al desarrollo de programas dirigidos a la adquisición de habilidades para la vida, la promoción de estilos de vida saludables y la educación en valores para la convivencia. Estos programas son: La Aventura de la Vida, Cine y Salud, Pantallas Sanas y ¡Órdago!, y desde 2016, Unplugged.

Las iniciativas institucionales en el ámbito de la prevención con mayor continuidad son las realizadas en el medio educativo, mediante la oferta de los programas mencionados, que son gestionados desde la Dirección General de Salud Pública (DGSP). De igual modo, se llevan a cabo otros programas elaborados y/o gestionados por los Centros de Prevención Comunitaria (CPC).

En lo relativo a prevención selectiva e indicada, se han llevado a cabo acciones concretas por parte de los CPC, pero a diferencia de lo que se ha realizado como prevención universal, en la que existe una propuesta global desde la DGSP, en prevención selectiva falta una propuesta común para todo el territorio y mantener un desarrollo más continuado en este tipo de programas. Existe una Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS), que facilita el desarrollo de programas y acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las conductas adictivas. En el curso 2016-2017, hubo 158 centros acreditados como Escuelas Promotoras de Salud en Aragón. Se concentran mayoritariamente en la provincia de Zaragoza, debido a su mayor carga poblacional. El número de Escuelas Promotoras de Salud ha experimentado un considerable ascenso en los últimos años y en todas las provincias.

Los resultados del trabajo realizado en el ámbito familiar por parte de los CPC, de la Dirección General de Familia y de las entidades que intervienen en la promoción de la salud son difíciles de cuantificar, pero su mantenimiento y coordinación son imprescindibles.

La convocatoria de subvenciones de Salud pública para entidades sin ánimo de lucro que desarrollen programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad mantiene una línea de subvención a Programas de sensibilización y formación frente al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas para padres y madres de alumnos a través de las federaciones de asociaciones de madres y padres.

Los CPC coordinan las actuaciones que se desarrollan en el ámbito comunitario de forma conjunta con las entidades y colectivos que trabajan el territorio. En estos años se ha dado un gran impulso a la constitución de mesas de prevención en diferentes entidades locales, con el objetivo de establecer sinergias entre todos los recursos que desarrollan su acción en una determinada población. Ello ha permitido un análisis común de la situación en estos territorios y una actuación coordinada para optimizar y rentabilizar las inversiones en prevención.

El desarrollo de Ordenanzas Municipales relacionadas con el consumo de alcohol en la vía pública, encaminadas a evitar y/o disminuir el fenómeno del “botellón” y la colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad ha sido una labor continuada a lo largo del período, dotando de herramientas al ámbito local para la prevención del consumo de sustancias y la disminución de los problemas asociados al mismo.

De igual forma, se ha incrementado el trabajo en programas de ocio alternativo a través de actividades lúdicas, deportivas, formativas, de promoción de salud, prevención de drogodependencias, sexualidad, de educación en valores, dirigidos a jóvenes de la Comunidad Autónoma, potenciando la participación juvenil y con el objetivo de conseguir un ocio y tiempo libre más saludable entre los mismos. Estas líneas de actuación se han impulsado mayoritariamente desde el ámbito local, a través del trabajo de los CPC y de entidades no gubernamentales.

Todas las entidades locales implicadas en el desarrollo de programas dirigidos a la prevención de drogodependencias, especialmente aquellas que cuentan con CPC completaron la elaboración de planes municipales y/o comarcales de prevención, tal y como marca la Ley 3/2011 de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, consolidando el proceso de elaboración de los mismos de forma participativa, y contando con todos aquellos recursos y agentes sociales implicados en el ámbito territorial correspondiente.

El medio laboral es un espacio adecuado para abordar los consumos y los problemas derivados de los mismos. En las acciones de prevención en el medio laboral intervienen los CPC desde una perspectiva de educación y promoción de la salud, dirigidas a la población trabajadora y a los diferentes actores en los centros de trabajo: empresarios, sindicatos y servicios de prevención de riesgos laborales.

Mediante la convocatoria de subvenciones para entidades sin ánimo de lucro que realiza la DGSP se han financiado actuaciones en el ámbito laboral para la prevención, atención y reinserción en drogodependencias y se ha impulsado la intervención sindical para la prevención, asistencia en materia de adicciones en la empresa.

Hay que destacar la labor desarrollada por los dos sindicatos mayoritarios UGT y CCOO que han trabajado en la prevención y atención de los problemas relacionados con las conductas adictivas

a lo largo del período de vigencia del Plan realizando atención individualizada a personas afectadas, compañeros/as de trabajo y familiares realizando funciones de mediación y, en algunos casos, derivación a recursos específicos.

Además, se ha prestado asesoría sindical sobre adicciones o problemas relacionados con el consumo de drogas en el ámbito laboral. Cabe señalar el desarrollo de acciones informativas y de mediación dirigidas a delegados/as la organización de cursos, charlas, talleres, jornadas y otras actividades de formación, la elaboración de materiales divulgativos y de sensibilización y la coordinación con recursos que trabajan en prevención y atención a adicciones.

Para mejorar la comprensión del fenómeno y el abordaje de los problemas que requieren soluciones particulares y diferenciadas para cada situación, es necesario continuar con las actuaciones de sensibilización, contar con las herramientas adecuadas para abordarlos, evitando dar soluciones globales y mejorando en definitiva la intervención en el ámbito laboral.

Entidades No Gubernamentales.

El Departamento de Sanidad incluye, dentro de su acción administrativa, la participación de entidades sin ánimo de lucro en el desarrollo de iniciativas en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención. En el caso concreto de la prevención de adicciones, el Departamento favorece la acción coordinada mediante la convocatoria anual de subvenciones dirigidas a la financiación de proyectos de estas características que son desarrollados por dichas entidades.

El Decreto 23/2016, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de la Salud, determina que desde la Dirección General de Salud Pública se realizará la coordinación inter e intrainstitucional en materia de programas de salud, promoción y educación para la salud y prevención de adicciones y se apoyará la colaboración con entidades y redes sociales que trabajan en el ámbito de la promoción de políticas saludables, los grupos de ayuda mutua y las organizaciones que desarrollan actuaciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón, otorga también un destacado papel a la participación de la sociedad en la prevención de la enfermedad, en la promoción y recuperación de la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como colectivo, mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales. Establece que la Comunidad Autónoma de Aragón tiene las funciones de canalizar, impulsar y organizar las iniciativas promovidas desde la sociedad coordinando las prestaciones de salud pública y facilitando la participación de la ciudadanía, las entidades privadas y las organizaciones de la sociedad civil.

La Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, constituye el marco básico de actuación para abordar el fenómeno del abuso de sustancias psicoactivas y el desarrollo de patologías adictivas.

El objeto de la Ley es establecer criterios que permitan una adecuada coordinación de las instituciones y entidades que actúan en el ámbito de las drogodependencias, regulando el conjunto de acciones dirigidas a la prevención de éstas, a la asistencia y reinserción social de las personas drogodependientes y a la formación e investigación en este campo. En su artículo 33 establece que la Comunidad Autónoma de Aragón fomentará la participación del voluntariado social y apoyará las iniciativas sociales que tengan por objetivo el desarrollo de actividades y programas en materia de drogodependencias.

El instrumento para conseguir esta regulación y la adecuada coordinación interinstitucional es el Plan autonómico sobre drogas, cuyos objetivos son la planificación, ordenación y coordinación de los recursos y actuaciones en materia de drogodependencias.

Asistencia:

La atención de las adicciones tal como recoge el II Plan Autonómico se integra en la red general de asistencia sanitaria del sistema de salud de Aragón, y en concreto dentro de la red de Salud mental. Las competencias en esta materia son de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de modo que la evaluación de este apartado se ha realizado contando con la participación de esta Dirección General, que tiene la competencia de la planificación y coordinación de los recursos propios y concertados en materia de Salud mental.

En el II Plan Autonómico se recoge la constitución de las Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones (UASA) como centros de referencia en cada uno de los Sectores Sanitarios, bien como recursos propios del Servicio Aragonés de Salud o bien como recursos concertados con diferentes instituciones y organizaciones con experiencia y capacidad para el tratamiento y rehabilitación de drogodependientes. Estas Unidades abordan las adicciones a sustancias psicoactivas, de acuerdo con la cartera de servicios definida al efecto, y se integran orgánica y/o funcionalmente dentro de la red de recursos de Salud Mental de la Comunidad Autónoma.

Hay que destacar, asimismo, el papel que juegan los Centros de Atención Primaria en la detección precoz de consumos de riesgo y adicciones, así como en el abordaje terapéutico del tabaquismo y el alcoholismo, incluidos en su cartera de servicios, debiendo establecerse criterios homogéneos y precisos de derivación hacia los recursos específicos, cuando sea preciso.

En estos momentos se está elaborando el III Plan de Prevención de Adicciones 2017-2024 y el II Plan de Salud Mental 2017-2021 que recoge la Integración plena de la atención y seguimiento de adicciones en la red de salud mental, manteniendo determinados recursos específicos, por lo que

habrá que esperar a que se aprueben estos documentos para conocer con exactitud las propuestas realizadas por el Gobierno de Aragón.

Buenas Prácticas en el sector e Inventario de recursos disponibles

Programas existentes en prevención y reducción de riesgos ligados al alcohol y otras sustancias en el territorio. Es importante incluir una valoración de los mismos, sintetizada en un análisis DAFO, con el objetivo de identificar los elementos a aprovechar o a descartar de cada uno de ellos y plantear posibles sinergias.

En el ámbito educativo formal, como Programas que actualmente están siendo aplicados en educación secundaria, destacaríamos:

- Unplugged
- Órdago
- Retomemos
- Pantallas Sanas
- Cine y Salud

Los anteriores se impulsan desde la Sección de Educación para la salud, Sección del mismo Servicio de Prevención y Promoción de la salud, más información en [nuestra web](#).

Existen otros como Construye tu mundo, etc.

En el ámbito comunitario, señalamos la existencia de una [Cartera de Servicios](#) de los Centros de Prevención Comunitaria (2009), pendiente de actualización, las Mesas locales de prevención (por ejemplo Zaragoza ciudad,

<https://www.zaragoza.es/ciudad/sectores/adicciones/mesaprevencion.htm>) y Planes de prevención locales de los municipios y comarcas con los que colaboramos que, en general, se han aprobado en los últimos años y aún no se han desarrollado suficientemente.

Existen experiencias en todos los ámbitos (educación no formal, entorno laboral, prevención familiar, ocio y tiempo libre...) pero no Programas especialmente destacados.

Por tanto, el análisis DAFO que hemos realizado se hace desde un enfoque general de la situación de la prevención de las adicciones en Aragón.

ANÁLISIS DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las familias están poco implicadas. • Falta de percepción del tabaco y alcohol como drogas. • Falta de percepción del riesgo en general por parte de los jóvenes. • Escaso desarrollo de medidas ambientales (políticas públicas de promoción de salud y de control, y políticas locales en ambientes de diversión y ocio) que limiten oportunidades y estímulos para el consumo y favorezcan recursos positivos. <p>ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, RECURSOS... DE LA ADMINISTRACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación entre direcciones y entre los recursos educativos, sociales y sanitarios existentes en el territorio local. <p>Sanidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No está consolidada una cultura de la evaluación de los programas y acciones desarrolladas. • Dificultad de innovación para impactar más. • Los CPCs no trabajan a jornada completa y no tienen dedicación exclusiva. / Profesionales de la prevención dedicados a otras tareas. • Escasa concienciación de prevención de los profesionales sanitarios. • Algunas zonas faltan por cubrir por la acción de CPCs (haría falta un CPC por comarca) • Escaso desarrollo de acciones de prevención selectiva e indicada • Falta de recursos: materiales y formación. • Escasos espacios de reflexión para profesionales. • Escasa implicación de los equipos de atención primaria de salud • Estructura administrativa puede dificultar flexibilidad en las intervenciones • Falta de continuidad de profesionales a lo largo del tiempo. • Los profesionales no se sienten seguros en el desarrollo de sesiones de prevención de drogas en los centros por lo que demandan mayor formación en: Promoción de Salud, Educación para la Salud, Prevención de drogas, Metodología participativa y de trabajo en grupos... • No está totalmente incorporada la perspectiva de género en nuestro trabajo. <p>Educación u otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad en el profesorado que necesita más formación. • En el ámbito educativo, la implicación de alumnado, familias y profesorado no siempre es tenida en cuenta de forma conjunta. <p>OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel de las diferentes asociaciones y ONGs que se ofertan para impartir las sesiones en algunos municipios y comarcas, así como las asistencias técnicas pueden actuar como fortaleza o como debilidad. 	<p>SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medios de comunicación y publicidad mal dirigidos pueden perjudicar. • Celebración de fiestas vinculadas a la cultura del alcohol. • Intereses comerciales. • Escasa cultura de participación. • Escasa implicación de las familias. • Tendencias, y normas legales poco claras en cuanto a ciertos consumos (por ejemplo, cannabis). <p>ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, RECURSOS... DE LA ADMINISTRACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contradicciones de las instituciones. / Fallo de articulación entre los diferentes recursos. • Ausencia de un modelo de prevención enmarcado en la promoción de la salud. • Disminución de recursos en servicios sanitarios, educativos y sociales. / Falta de recursos de distinto tipo puede provocar desgaste. <p>Sanidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de lo que se hace en la comunidad por parte de las AA, ONGs y otros. • Zonas geográficas que no tienen CPC de referencia. <p>Educación y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los programas no llegan a tiempo para trabajarlos al comienzo del curso. <p>OTROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Múltiples agentes, en ocasiones sin la suficiente formación en la materia, desarrollan acciones basadas en modelos sin suficiente evidencia. / Las ONG entran en las escuelas y duplican el trabajo ya realizado por otros organismos mejor formados. • Desarrollo de acciones puntuales carentes de continuidad. • Desarrollo de acciones con escasa evidencia y efectos contrapreventivos. • Escasa implicación de las organizaciones empresariales ligadas a los entornos de ocio nocturno.
<p>FORTALEZAS</p> <p>SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciencia de consumo responsable • Los medios de comunicación y publicidad (campañas de la DGT) • Implicación real de las administraciones. <p>ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, RECURSOS... DE LA ADMINISTRACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena coordinación entre los sectores Educativo y de Salud Pública* • Disponibilidad de un modelo y de programas de intervención acreditados/ Mayor disponibilidad de evidencia sobre intervenciones efectivas * • Formación del profesorado y de profesionales sociosanitarios.* • Presencia de estructuras de coordinación en el ámbito local (mesas de prevención o similares). <p>Sanidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de encuestas y estudios sobre el tema (EDADES, ESTUDES, etc.) • Experiencia de los profesionales del ámbito de la prevención. / Recursos humanos tanto de los CPCs como de Salud 	<p>OPORTUNIDADES</p> <p>SOCIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentido de comunidad. Apoyo social. • El uso adecuado de las nuevas tecnologías. <p>ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO, RECURSOS... DE LA ADMINISTRACIÓN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo e interinstitucional (administraciones). • Coordinación y trabajo en red entre los distintos actores implicados. <p>Sanidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la formación y equipos multidisciplinares. • Desarrollo de planes autonómico y locales de prevención. • Extensión de los CPC a territorios actualmente no dotados. • Desarrollo de proyectos comunitarios de salud. • Estrategias de salud comunitaria. / Implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria y mayor motivación del tejido asociativo para trabajar en la comunidad. • Tecnologías como apoyo para la coordinación y diseminación de buenas prácticas. • Coordinación de los profesionales que trabajan de forma

<p>Pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trabajo realizado por los CPCs. • Plan autonómico de drogas / Documentos de planificación sobre el tema en los ámbitos autonómico y local. / Estrategias y Planes que marcan líneas e itinerarios de trabajo. / Existe un protocolo de intervención en prevención de drogas en medio escolar y comunitario. • Programas de educación para la salud. / Red Escuelas promotoras y Proyectos de Promoción de salud. / Existe un gran número de Escuelas Promotoras de Salud cuyo centro de interés es trabajar la salud y sus determinantes entre ellos la prevención de drogas y el bienestar emocional. • Gran experiencia y trayectoria de implementación de los programas de prevención de drogas. • Desarrollo de la estrategia de atención comunitaria en Atención Primaria de Salud. ¿"Oportunidad" también? <p>Educación y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La implicación de padres y profesorado. 	<p>aislada.</p> <p>Con Educación y otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administraciones educativas y sanitarias: comisión mixta. / Funcionamiento de la Comisión Mixta Educación - Salud Pública • Voluntariedad desde el ámbito educativo y sanitario para trabajar los consumos. <p><u>OTROS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesas locales de drogas. • Se puede gestionar la colaboración con guardia civil y demás autoridades locales. • Colaboración con entidades y tejido asociativo en base a proyectos de calidad / ONGs / Organizaciones juveniles • Avanzar para que en entornos educativos formales y no formales se desarrollen intervenciones de calidad acreditada.
---	--

3.3. ASOCIACIÓN BIZIA

Actividades propuestas y apoyo:

Consultas avanzadas con hepatólogos en el Centro Hospitalario de Côte Basque se llevan a cabo en el Centro una vez al mes desde 2006. Los hepatólogos confían en el equipo médico del Centro de Detección de Hepatitis B y C, el seguimiento y el seguimiento. Acompañamiento de tratamientos antivirales.

Como parte de CAARUD, el Centro da la bienvenida a los usuarios activos de drogas. Está dirigido a personas que aún no están involucradas o más en un proceso de atención y cuyas prácticas de uso de drogas las exponen a riesgos mayores, ya sean sociales, médicos o psiquiátricos. Se presta especial atención a los usuarios más vulnerables.

Otras fuentes de financiación permiten a CSAPA / CAARUD BIZIA llevar a cabo actividades de capacitación, prevención e investigación clínica en colaboración con el Laboratorio de Psiquiatría de Bordeaux 2 (Pr. M. AURIACOMBE).

Por otro lado, el Centro BIZIA forma parte de una red de colaboración estrecha para la implementación de su atención y sus acciones. Existe una asociación privilegiada de larga data:

- con la sala perinatal de CHCB para el manejo de conductas adictivas en mujeres embarazadas,
- con el departamento de enfermedades infecciosas de CHCB y la red de VIH,
- Con servicios privados y públicos de hepatología para la gestión de

hepatitis viral, alcohólica o metabólica,

- con los socios liberales (médicos y farmacéuticos) o socios institucionales de la Red de adicción a RESAPSAD, que permite organizar y asegurar la buena continuidad y la articulación del curso de atención con la ciudad.

Finalmente, el CSAPA / CAARUD muestra su voluntad de intervenir más cerca de los usuarios mediante el desarrollo de consultas avanzadas y antenas locales (asociación ZUEKIN, PAJ Bayonne, hotel social, asociación UCSA, antena Saint Palais en curso, antena Saint Jean de Luz existente).

Política del organismo gestor:

La asociación BIZIA se creó en el año 2000 para hacerse cargo de la CSST Bayonne, inicialmente administrada por la asociación Médecins du Monde que se desconectó (Ciclo natural de un programa de salud MDM: edición de un programa, testimonio y operación) desconexión por la sostenibilidad del programa tomada por un operador de derecho común).

Reúne a profesionales que por su práctica o su inversión.

personal, tienen el interés común de una mejor organización del sistema de salud y medico-social en adictología en el territorio sanitario de navarra-costa vasca (arrondissement of bayonne).

Desde su creación se encuentra en un enfoque global (enfoque bio-psico-social) y Multidisciplinar que la asociación ha considerado el cuidado de los pacientes acogidos.

Como parte de estas misiones, el Centro desarrolla un enfoque cuyas características son:

- No aborde el problema únicamente desde el punto de vista de la atención médica, sino también para intervenir en el campo psicosocial.

- Por el aspecto médico, intervenir también en las prioridades de salud pública.

Características de nuestra población de usuarios: lucha contra los riesgos del VIH, VHC, etc.

- Para identificar estadísticamente lo más finamente posible, los datos de nuestro campo y de nuestros métodos de intervención manteniendo tablas y tablas de evaluación. a bordo.

La red, que se basa en las retransmisiones de la red RESAPSAD, y en una misión de prevención compartida para el componente festivo, con la Misión RdR (Reducción de Riesgos) de Médicos del Mundo, son dos elementos básicos que permiten la consistencia en el acompañamiento y cuidado.

Proyecto Asociativo :

El objeto de la asociación es declarado en sus estatutos depositados el 5 de mayo de 2011 en la subprefectura de Bayona:

* La gestión de un CSAPA asegurando el cuidado bio-psico-social de personas con:

- Uso problemático de sustancias.

- Comportamiento adictivo, ya sea con o sin sustancia

* Acoger y acompañar al séquito de estas personas.

* La implementación del programa de reintegración a través de actividades de animación o.

en gran medida socio-educativo

* La realización y apoyo de acciones en el campo de la prevención y la reducción de los riesgos y los daños relacionados con el uso de las drogas destinadas a.

Distintas audiencias (actores sociales, profesión médica, público en general, etc.).

* La gestión de un CAARUD.

* Publicación y difusión de documentos con fines informativos o de prevención.

* La organización y participación en la investigación y evaluación de los resultados como parte de las acciones de prevención y reinserción inherentes al campo del uso de drogas y las adicciones.

Estrategias de acción:

El Consejo de Administración ha definido su estrategia hasta la fecha:

- Esforzarse por adaptar siempre la oferta de atención a la demanda y los problemas de salud pública en cuestión, en perpetua evolución, manteniendo siempre una prioridad para organizar esta oferta de acuerdo con los datos validados de la ciencia (basados en evidencia).
- Sus objetivos generales son de muchas maneras:
 - o El de la prevención, particularmente crucial en el campo de la patología, a menudo evitable.
 - o El del cuidado global, integrando las diferentes dimensiones bio-psico-sociales.
 - o Reducir los riesgos y daños relacionados con el uso de drogas (atención especial al VIH / SIDA y la hepatitis viral)

- El logro de sus objetivos justifica las adaptaciones de la organización.
institucional:

Mejorando la herramienta en sí (locales, equipos, recursos humanos).
Pero también por un proceso de agrupación y profesionalización del Centro que se hizo necesario e inevitable por las restricciones presupuestarias, administrativas y administrativas (fuerte evolución de la organización del estado, por ejemplo, RGPP) de nuestro país, lo que implica una profunda reflexión sobre todas las posibilidades de asociación, asociación o incluso fusión con otras entidades del campo medico-social.

Autorizaciones:

a) CAARUD

El decreto que autoriza la creación de una CAARUD en Bayona y San Juan de Luz fue firmado por la Prefectura de los Pirineos Atlánticos el 22 de diciembre de 2006.

b) CSAPA

El decreto que autoriza la creación de un CSAPA en Bayona fue firmado por ARS Aquitaine el 29 de julio de 2010. Esta autorización está subordinada al resultado de la visita de cumplimiento.

El acta de la visita de cumplimiento del 13/05/2013 por los Dres. PEREZ y HOSSELEYRE de la Agencia Regional de Salud emitió una opinión favorable para la constitución de un CSAPA general en lugar de un CSTT preexistente en el Centro Bizia en Bayona.

Datos de consumo en el País Vasco Francés:

Curso de implementación de la asociación Adolescencia de todos los jóvenes de 11 a 20 años educados en el País Vasco: Resultado final de 2018.

Destinatarios del proyecto:

a) Jóvenes "iguales":

Nuestras acciones en el marco del proyecto tienen como objetivo reunirnos para sensibilizar y capacitar y acompañar a 20 jóvenes voluntarios de 18 a 25 años de edad, que invirtieron en un curso de un año de servicio cívico dentro de la asociación Uniscité. Su misión de mediación por parte de los compañeros se caracteriza por el encuentro de otros jóvenes de la misma edad en el distrito festivo de la pequeña Bayona para transmitir las relaciones entre los residentes, los profesionales nocturnos y los jóvenes juerguistas, pero también para hacerlos conscientes de los riesgos. Es inherente al partido y a los consumos.

Presentación de CF Powerpoint "Mediación entre compañeros"

a) Jóvenes involucrados en Asociaciones tipo Gastetxe.

Nuestras acciones en el marco del proyecto tienen como objetivo reunirnos para sensibilizar y capacitar a 20 jóvenes líderes asociativos de Gaztetxe, para que puedan ser el relevo del trabajo de prevención y reducción de los riesgos tal como fueron desarrollados por el proyecto y el CSAPA / CARRUD. de BIZIA.

Estas asociaciones culturales sin ánimo de lucro, llamadas "Gaztetxe", se traducen literalmente del euskera a la "Casa de la Juventud". Sin embargo, su funcionamiento y sus objetivos no tienen nada que ver con las instituciones que son las casas de la Juventud y la Cultura desarrolladas por las comunas en Francia, convertidas en casas de la Vida Ciudadana. Gaztetxe es autogestionado por y para jóvenes.

El Gaztetxe es un fenómeno masivo y generalizado: hay más de cien en todo el País Vasco, cuya existencia es mucho más importante al sur de la frontera (más de cien) que en el norte (alrededor de 15). Han existido desde finales de la década de 1970. Las generaciones de jóvenes se sucedieron, cada una de ellas tomando la antorcha de la creación de Gaztetxe, cuya vida varía de unos pocos días a varios años. Es difícil hacer una presentación sintética, porque cada Gaztetxe tiene su autonomía y sus particularidades que dependen de los actores y las condiciones de su entorno. Sin embargo, es posible destacar, para el área que nos concierne, sus características principales y comunes.

El proceso que conduce a la apertura de una Gacela es a menudo el mismo. Inicialmente, la iniciativa es tomada por una asamblea de jóvenes que se crea en una ciudad, un pueblo o un municipio rural, para escuchar colectivamente sus necesidades y sus demandas. Una de estas demandas es la asignación de una sala en la que los jóvenes puedan reunirse, organizar las actividades que quieran, dinamizar la vida del vecindario o la ciudad. Se lanza

una campaña para dar a conocer el proyecto y sus objetivos: peticiones y / o encuestas de residentes, fiestas y comidas en la calle, exposiciones, ... Los jóvenes luego crean una asociación de ley 1901, obtienen locales de instituciones municipales. o locales privados. Invierten en el local y organizan el espacio para organizar actividades culturales de gran diversidad: sala de conciertos, sala de ensayo, bar, talleres de todo tipo: computadora, video, cine, teatro, pintura, circo, etc. Biblioteca, debates, conferencias, exposiciones, comidas gratuitas, promoción de la lengua y la cultura vasca, viajes de montaña, competiciones deportivas, etc. Gaztetxes también es una herramienta importante para las asociaciones y colectivos que encuentran un lugar para reunirse. El local está abierto al vecindario y los jóvenes buscan mantener relaciones cordiales con los habitantes.

c) Jóvenes que asisten a ambientes festivos.

Los jóvenes mediadores, y la asociación Gaztetxe, se reunirán con todos los jóvenes que se presentarán en sus respectivos entornos festivos. Estimamos el número de jóvenes sensibilizados a: 100.

3.4. ASOCIACIÓN ANPAA 31

CSAPA : Centro de Atención al Acompañamiento de la Prevención de las Adicciones.

Los CSAPA están dirigidos a personas con dificultades con el consumo de sustancias psicoactivas (legales o no, incluido el tabaco y los medicamentos desviados de su uso). Su misión también se extiende a las personas que sufren de adicciones sin sustancia (especialmente el juego patológico).

A. MISIONES OBLIGATORIAS

El decreto del 14 de mayo de 2007 prevé cuatro misiones obligatorias que todos los CSAPA deben ofrecer a todas las audiencias que se presenten e independientemente de su posible especialización.

1. la recepción
2. Información
3. Evaluación médica, psicológica y social.
4. Orientación

B. MISIONES OBLIGATORIAS QUE PUEDEN SER ESPECIALIZADAS

1. Gestión La atención en el CSAPA es a la vez médica, psicológica, social y educativa, participa en todos los aspectos de la atención global del paciente.
2. Reducción de riesgos Todos los CSAPA, ya sean especializados o no, tienen la obligación de implementar medidas de reducción de riesgos para el público que apoyan.

C. MISIONES OPCIONALES

1. Consultas de proximidad e identificación precoz de usos nocivos.
2. Actividades de prevención, formación e investigación.
3. Gestión de adicciones sin sustancias.
4. Intervención a personas detenidas o que salen de prisión.

Asunción por el seguro de salud de la financiación de los centros de atención, acompañamiento y prevención en adictología.

El equipo ANPAA 09/31:

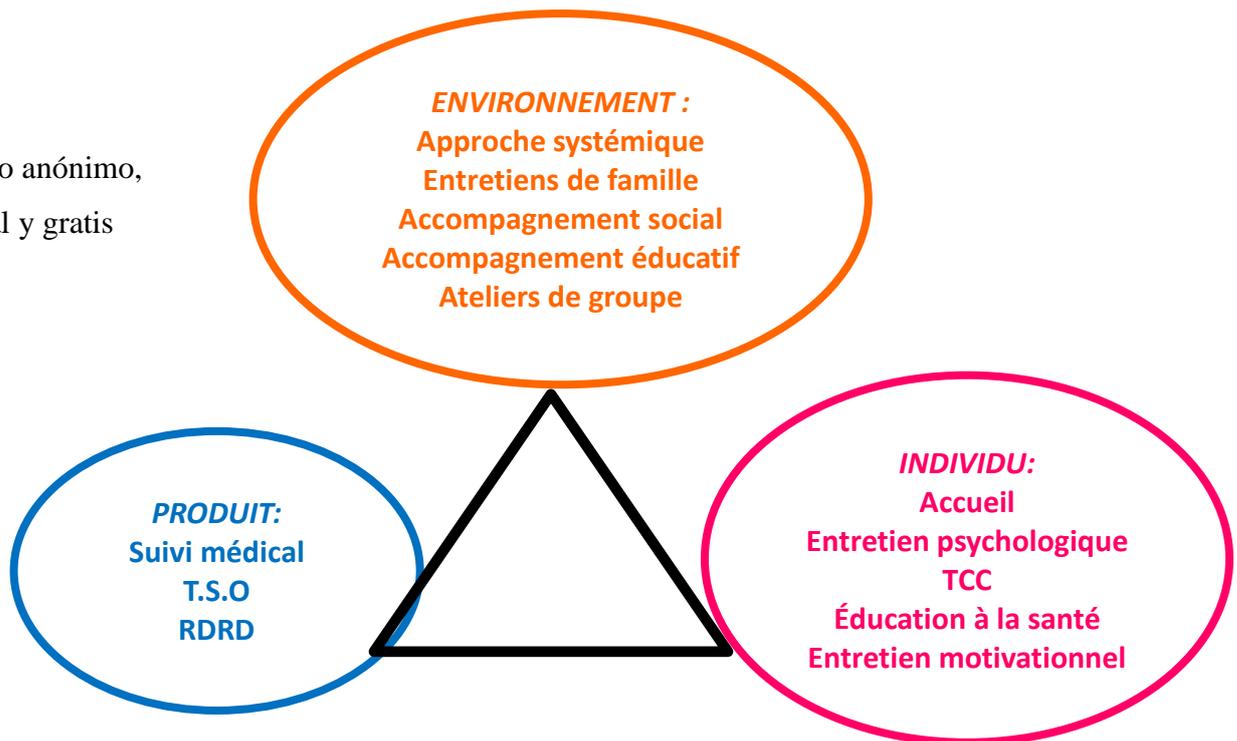
PROFESIONALES	Nº	ETP
Animación	4	4
Cargos de Dirección	2	2
Enfermeros	1	0.71
Médicos	5	2.73
Trabajadores sociales	5	3.61
Trabajadores socio-educativos	6	4.35
Secretariado: Administración y Acogida	5	4.22
TOTAL :	28	21.59

ALOJAMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE CSAPA:

La primera recepción está a cargo del primer profesional disponible. Se trata de realizar una evaluación médico-psico-social que guiará al usuario hacia:

Referencia: Triángulo del Dr Olievenstein

Seguimiento anónimo,
confidencial y gratis



NUESTROS SOCIOS: Territoriales.

Instituciones de salud: hospitales, centros de salud, CAARUD, ...

Practicantes generales

farmacéuticos

Ambiente festivo

Comunidad asociativa

Estructuras de integración: proyectos de integración, P.O.I ...

Sector social médico: hogares infantiles de carácter social, institutos terapéuticos educacionales y educativos, ...

Escuelas: colegios, escuelas secundarias, centro de formación de aprendices, ...

Sector administrativo

Justicia: SPIP, PJJ, ...

LA CJC : Consulta de Jóvenes Consumidores



*Marco reglamentario: DGS / DHOS / DGAS / 2004/464 de 23 de septiembre de 2004
+ circular del 28 de febrero de 2008 (misiones opcionales del CSAPA)*

Dispositivo que permite actuar desde las primeras etapas de consumo (uso, uso nocivo) y garantizar la recepción, información, evaluación, apoyo breve y orientación si es necesario de los jóvenes. -25 años y su séquito.

Una bienvenida específica para los jóvenes y / o sus familias.

Reuniones con jóvenes o con sus padres en sus lugares de actividad: escuelas, lugar neutral, estructuras asociadas, hogar, ...

Bienvenida y seguimiento en el Centro Adicto:

- Acompañamiento individual.
- Apoyo a la comitiva.
- Consultas familiares.
- Apoyo a la paternidad.
- Acciones colectivas.

LA PREVENCIÓN:

Nuestra Carta:

ANPAA ofrece un enfoque global para coordinar la prevención con atención e intervención social. Este enfoque concierne a todas las conductas de riesgo en el campo de la adictología, es decir, las diferentes conductas del uso de sustancias psicoactivas y otras prácticas adictivas.

Se encuentra dentro de la definición de la OMS y la Carta de Ottawa:

"La salud es la medida en que un individuo o un grupo puede, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, evolucionar con el entorno y adaptarse a él. Por lo tanto, la salud es vista como un recurso de la vida cotidiana y no como el propósito de la vida; Es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales e individuales, así como las capacidades físicas. "

La prevención de la salud es la construcción de un espacio de reflexión y acción para fortalecer la protección de los ciudadanos contra los factores de riesgo colectivos e individuales de morbilidad e invitarlos a tomar decisiones responsables y saludables en el contexto de la salud. El respeto a sus libertades y la ley.

Principios éticos y deontológicos :

- Promover una concepción humanística.
- Participar en una dinámica ciudadana.

Principios metodológicos:

La prevención se basa en la calidad de la relación y el vínculo entre el actor de la prevención y su interlocutor

- Un enfoque multidisciplinar y por tanto asociativo.*
- Un enfoque geo-demográfico.*
- Un enfoque a largo plazo*
- Un acercamiento para todos.*
- Un enfoque común interactivo*
- Un enfoque evaluativo.*

La prevención es la animación de momentos de intercambio, reflexión e información para:

- Fortalecer las habilidades individuales y colectivas para tomar decisiones saludables.
- Acompañar la implementación de estas opciones y ayudar a asumir los cambios que implican.
- Informar sobre los riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Información / Conciencia / Educación

Audiencias objetivo:

- asociaciones
- escuelas
- Establecimientos medico-sociales.
- Empresas
- Estructuras de integración.
- Instituciones de formación para futuros profesionales en el ámbito médico-psico-social.
- eventos festivos

Financiadores : ARS, MILDECA, Région Occitanie...

El enfoque

- Ir a: ANPAA es parte de una acción local para facilitar la reunión con el público: desarrollo y mantenimiento de redes y asociaciones.
- Intervención temprana: tiene como objetivo promover un entorno propicio para la salud, fortalecer las habilidades de los jóvenes y de todos los miembros de la comunidad adulta, apoyar mejor a los jóvenes con conductas de riesgo y / o vulnerables. El objetivo es acortar lo más posible el retraso entre la aparición de los primeros signos de un trastorno de uso y la implementación de un apoyo y atención adaptada. Módulos de sensibilización 3x3H.
- Desarrollo de habilidades psicosociales (SPC): los estudios científicos han demostrado que las conductas de riesgo para la salud como el abuso de sustancias, la conducta violenta o las relaciones sexuales sin protección (sin protección) son más comunes cuando sus autores han desarrollado mal el CPS. Estas habilidades esenciales y transculturales están estrechamente relacionadas con la autoestima y las habilidades interpersonales.
- Prevención por pares: se trata de sensibilizar a los actores de relevo de la prevención.

Análisis DAFO (SWOT) :

FUERZAS:

Experiencia de acciones a tomar.

multidisciplinaria

Conocimiento y cobertura del territorio.

Asociación dinámica

Debilidades:

Plazos de decisión relacionados con el tamaño de la organización ANPAA.

Primera experiencia en este tipo de proyectos a nivel europeo.

Dificultad para acceder a la lengua extranjera (español)

OPORTUNIDADES:

Apertura en la frontera

Naturaleza innovadora del proyecto.

Descubriendo nuevos socios

Fondos

AMENAZAS:

Divergencia de enfoque o posicionamiento.

Rápida evolución de las TIC.

Actores competidores

Temporalidad (actividades estacionales)

GLOSARIO:

ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

API: Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS: Agence Régionale de Santé

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement de Réduction des Risques pour les usagers de Drogues

CJC: Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA: Centre de Soin d'Accompagnement de Prévention des Addictions

ESCAPAD: Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

MILDECA: Missions Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives

OFDT: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORS: Observatoire Régional de Santé

PJJ: Protection Judiciaire de la Jeunesse

RDRD: Réduction Des Risques et des Dommages

SPIP: Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TCC: Techniques Cognitivo Comportementales

TSO: Traitement de Substitution aux Opiacés

El proyecto ha sido cofinanciado al 65% por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Interreg V-A España-Francia-Andorra (**POCTEFA 2014-2020**). El objetivo del POCTEFA es reforzar la integración económica y social de la zona fronteriza España-Francia-Andorra. Su ayuda se concentra en el desarrollo de actividades económicas, sociales y medioambientales transfronterizas a través de estrategias conjuntas a favor del desarrollo territorial sostenible.