

Programa
de prevención
do consumo
de drogas

a experiencia
de educar
para a
saúde
na escola

INICIO

GRUPO DE TRABAJO PARA A ELABORACIÓN DESTES MATERIAIS

- **COORDINACIÓN E ASPECTOS XERAIS**

Amigo Quintana, Manuel – *médico*
Araujo Gallego, Manuel – *psicólogo*
Cid González, Aurora – *pedagoga*
Cotelo Amado, José Manuel – *profesor*
Isorna Folga, Manuel – *psicólogo*
Morán Iglesias, Jesús – *psicólogo*
Yurss Arruga, Juan C – *profesor*

- **MATERIAIS DE EDUCACIÓN INFANTIL E PRIMARIA**

Bermejo González, Pilar – *psicóloga*
González Álvarez, Honorato – *profesor*
Negreira Blanco, Jesús – *profesor*
Pedreira López, Carlos – *profesor*
Rico Rico, M^a Emilia – *profesora*

- **MATERIAIS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
OBRIGATORIA**

Cid Galante, Roberto – *profesor*
Cid Manzano, M^a Carmen – *profesora*
Fernández Barrio, Nieves – *psicóloga*
Pazos Feijoo, Aurora – *profesora*

- **MATERIAIS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
POSTOBRIGATORIA**

Bermejo González, Pilar – *psicóloga*
Estévez Salazar, Felicia – *profesora*
García López, Ana – *orientadora*

Edita: CONSELLERÍA DE SANIDADE
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN E
ORDENACIÓN UNIVERSITARIA

Realiza: Difux, SL

Dep. Legal: C-290/03
I.S.B.N.: 84-453-1258-8 (Obra completa)
I.S.B.N.: 84-453-3522-7 (Tomo 6)

1. A prevención do consumo de drogas	5
1.1. Analizando o consumo de drogas:	7
1.1.1. Na Unión Europea	7
1.1.2. En España	11
1.1.3. En Galicia	13
1.2. Algúns conceptos para ter en conta: coñecendo as substancias	29
1.3. A prevención e os programas de prevención: definición, principios e criterios básicos	58
1.4. Os factores de risco e protección	61
1.5. ¿Que podemos facer desde a escola con respecto á familia?.....	67
1.6. A prevención do consumo de drogas en Galicia: principios, obxectivos e programas	68
 2. Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPCDE)	 85
2.1. Marco teórico e obxectivos	88
2.2. Poboación diana e estratéxica	91
2.3. Actividades que se desenvolven	92
2.4. Recursos humanos implicados.....	97
2.5. Desenvolvemento metodolóxico. Técnicas de aplicación	98
2.6. Avaliación do programa na educación secundaria obrigatoria	105
 3. Anexos de interese	 113
3.1. Lei 2/96, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas	115
3.2. Decreto 75/2001, do 22 de marzo, sobre control sanitario da publicidade, promoción, subministración, venda e consumo de produtos do tabaco	135
3.3. Guía de recursos	149
 Bibliografía	 157



1. A prevención do consumo de drogas

1.1. ANALIZANDO O CONSUMO DE DROGAS

1.1.1. Na Unión Europea: tendencias xerais no consumo de drogas

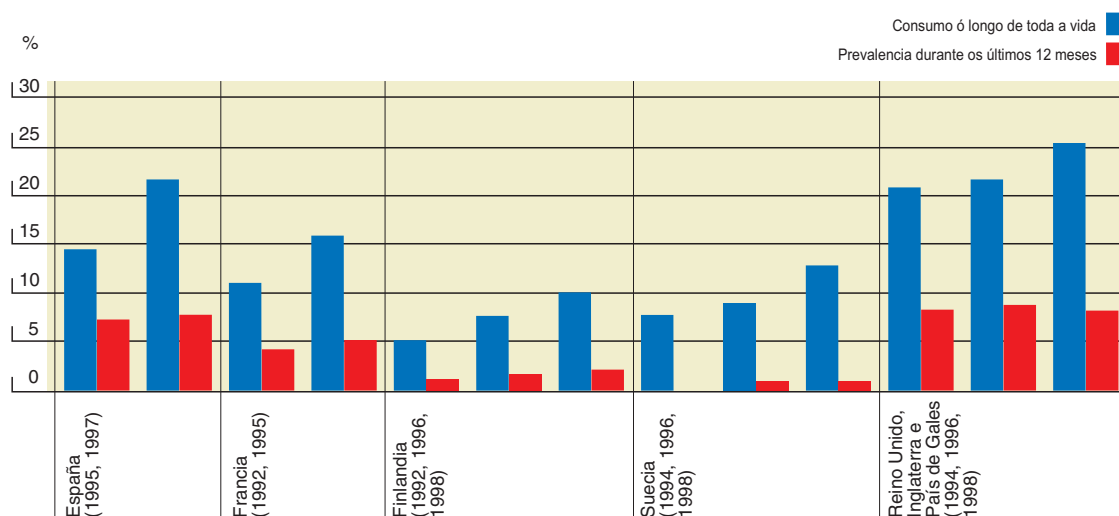
Os datos que presentamos a continuación sobre a evolución do consumo de drogas na Unión Europea (UE) están recollidos do Informe anual sobre o problema da drogodependencia na Unión Europea - 2000, publicado polo Observatorio Europeo da Droga e as Toxicomanías (OEDT). Este organismo da UE, localizado en Lisboa, é o encargado de facilitar información obxectiva, fiable e comparable a escala europea sobre as drogas e as toxicomanías e as súas consecuencias. Polo tanto, os seus informes constitúen a referencia principal para coñecer o estado do problema tanto a escala nacional como da UE, así como para a planificación e introducción das medidas adecuadas para tratar de contrarrestalo.

Cannabis

- É a droga máis facilmente dispoñible e máis amplamente consumida en toda a UE, e produciuse un considerable incremento do seu consumo nos anos noventa.
- Arredor de 45 millóns de europeos (o 18% entre 15 e 64 anos) probaron o cannabis ao menos unha vez. Arredor de 15 millóns (aproximadamente o 6% da poboación entre 15-64 anos) consumiron cannabis nos últimos 12 meses, e é maior o consumo nos grupos de mozos/as (aproximadamente un 25% entre 15-16 anos e o 40% do grupo de 18 anos probaron o cannabis).
- A «curiosidade» é o principal motivo para proba-lo cannabis e o seu uso é máis experimental ou intermitente que constante.

>> Gráfico 1

Evolución do consumo de cannabis ó longo de toda a vida e recente (durante os últimos doce meses) nalgúns países da UE durante os anos noventa (datos baseados en enquisas de poboación)



Malia o aumento continuo do número de persoas que probaron o cannabis, o número de consumidores habituais non está experimentando un aumento ó mesmo nivel.

Fonte: informes nacionais Reitox, 1999, procedentes de enquisas e artigos de revistas científicas.

A prevención do consumo de drogas

- Continúa a ser a principal substancia implicada nos delitos relacionados coa droga, principalmente por consumo ou posesión máis que por tráfico. O número de incautacións aumentou considerablemente desde 1997

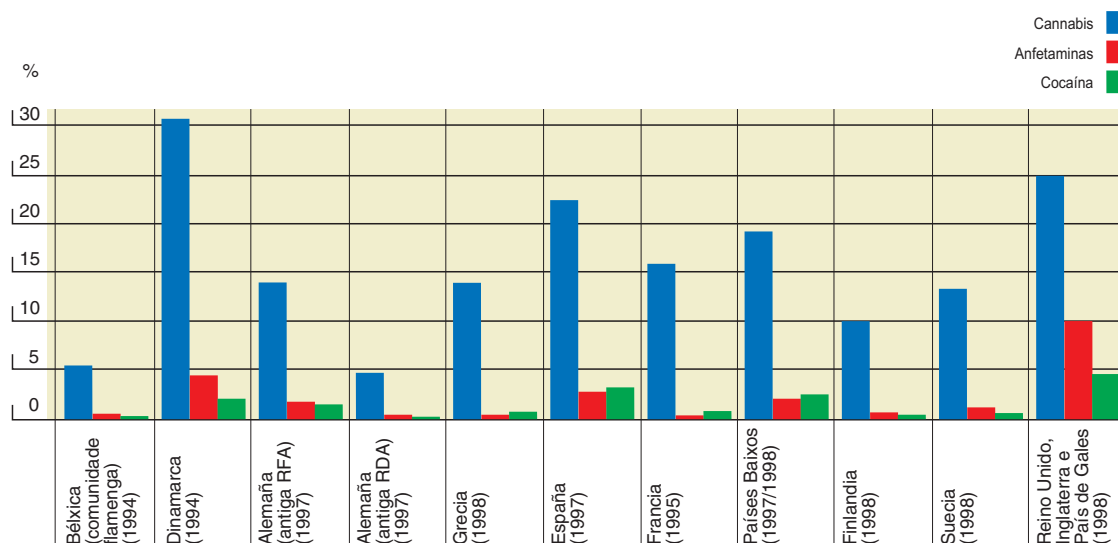
Anfetaminas e éxtase

- O seu consumo ocupa o segundo lugar en Europa. Tralo aumento producido nos anos noventa, o consumo de éxtase parece que se estabilizou e mesmo diminuíu, mentres que o de anfetaminas permanece estable ou aumenta.
- Entre o 1% e o 5% do grupo de 16 a 34 anos consumiu anfetaminas e/ou éxtase. Os índices son superiores a medida que se estreitan os grupos de idade, pero é raro que excedan do 10%.
- A proporción de persoas que solicitan tratamento por consumo de anfetaminas ou outros estimulantes, aínda que é baixa, está aumentando nalgúns países.
- O consumo destas drogas continúa desprazándose das grandes discotecas a clubs, bares e locais privados máis dispersos, cunha ampla gama de drogas e pautas de consumo ligadas a diferentes grupos sociais e estilos de vida.
- Tanto o número de incautacións como as cantidades de anfetaminas apreendidas estabilizáronse en 1998. As incautacións de éxtase permanecen estables desde 1997, aínda que fluctúan as cantidades involucradas.

Cocaína

>> Gráfico 2

Consumo ó longo de toda a vida do cannabis, anfetaminas e cocaína entre adultos nalgúns estados membros da UE (datos baseados en enquisas de poboación) (1994-1998)



O cannabis é a droga ilegal consumida con maior frecuencia na UE.

Utilizáronse os datos procedentes das enquisas de poboación máis recentes.

A franxa de idade sitúase entre 15-18 e 59-69 anos. As variacións nas franxas de idade poden influír nas diferencias entre países.

Fonte: informes nacionais Reitox, 1999, procedentes de enquisas e artigos de revistas científicas.

- O consumo de cocaína está aumentando, en particular entre grupos socialmente activos, e ampliándose a outros grupos de poboación.
- Probaron cocaína, alomenos unha vez, entre o 1% e o 6% do grupo de 16 a 34 anos e do 1% ó 2% dos escolares. Algunhas enquisas reflicten niveis de ata un 4% entre os mozos/as de 15 a 16 anos.
- O consumo de cocaína tende a ser de carácter experimental intermitente, e utilízase normalmente a vía inhalada.
- Segue aumentando a proporción de persoas que solicitan tratamento por consumo de cocaína, aínda que non se pode concretar se é por excesivo consumo con fins de diversión ou garda relación co consumo de heroína.
- Segue aumentando tamén o número de incautacións de cocaína, aínda que as cantidades fluctúan.
- Dáse un importante consumo de cocaína por vía intravenosa ou fumada (crack) entre os consumidores de heroína.

Heroína

- Permanece estable o nivel de dependencia da heroína (do 1% ó 2% en adultos mozos/as), cunha poboación maioritariamente avellentada, con graves problemas de saúde, sociais e psiquiátricos.
- Nalgúns países aparecen datos, aínda anecdóticos, sobre o consumo de heroína fumada entre os mozos/as. Nas enquisas escolares, os estudantes amósanse moi precavidos con respecto ó consumo de heroína.
- A diferenza dos que repiten tratamento, que utilizan a vía de inxección, os novos consumidores en xeral fúmana.
- Aínda que con variacións entre países, mantense estable o número de incautacións e as cantidades confiscadas desta substancia.

Consumo múltiple de drogas

- Diversos estudos sobre a vida nocturna e os consumos de drogas refiren pautas de usos combinados de drogas legais e ilegais, con consumos fortes entre unha minoría de mozos/as.
- É significativo tamén o aumento de consumo de cocaína unido ó de alcohol.

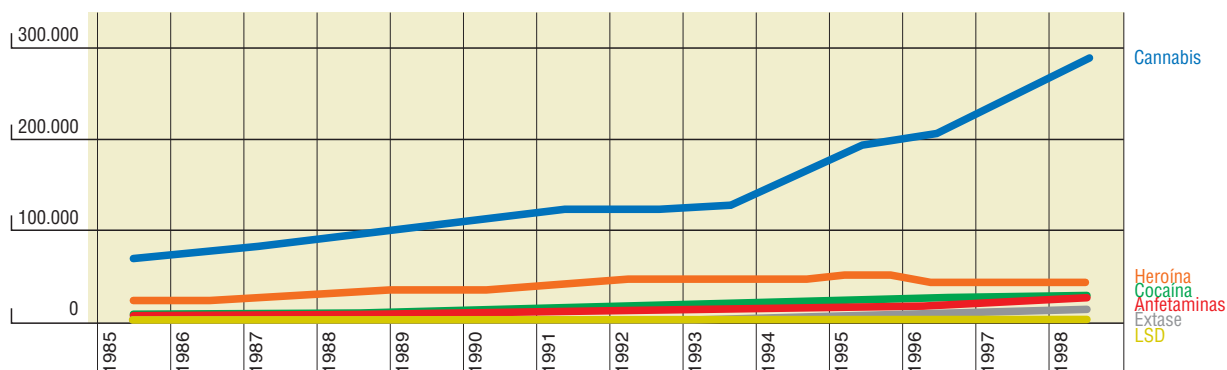
Número de incautacións e cantidades incautadas

O cannabis é a droga con maior número de incautacións e de cantidades incautadas (Reino Unido e España ocupan os primeiros lugares, respectivamente). Tanto o número como as cantidades incautadas de heroína están estabilizadas desde 1992 (Reino Unido e Países Baixos lideran estas tendencias). A cocaína tamén presenta incrementos, con fluctuacións nas cantidades incautadas (España, Irlanda e Reino Unido lideran o número de incautacións e os Países Baixos as cantidades aprehendidas).

A prevención do consumo de drogas

>> Gráfico 3

Número de incautacións de cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas, éxtase e LSD (1985-1998)



O cannabis é a droga máis frecuentemente incautada, seguida pola heroína.

Non se dispón de datos para Grecia; só se dispón de datos para Dinamarca e Portugal desde 1988; desde 1987 para os Países Baixos e entre 1989-1996 para Finlandia.

Non se dispón de datos das cantidades de anfetaminas incautadas en Bélxica desde 1996; nin nos Países Baixos e Austria en 1998.

A maioría das series de datos relativas a incautacións de éxtase comezan a principios dos noventa, con excepción de España, Francia, Italia e o Reino Unido.

Non se dispón de datos para Bélxica en 1996 e 1997 nin para os Países Baixos en 1998; os datos para Bélxica en 1998 inclúen anfetaminas.

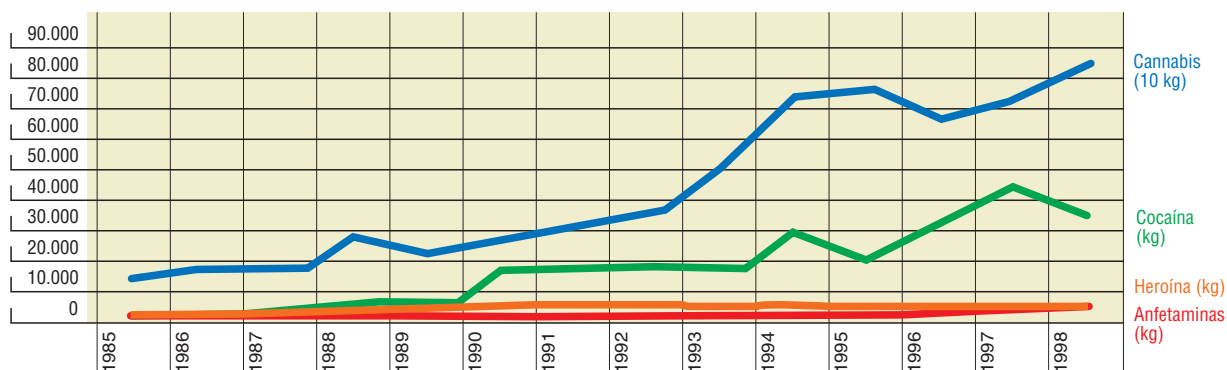
O número de incautacións de éxtase entre 1985 e 1994 está sobreestimado debido á inclusión de datos sobre o LSD na información relativa a España.

Non se dispón de datos das cantidades de LSD incautadas nos Países Baixos e Finlandia en 1998.

Fonte: informes nacionais Reitox, 1999.

>> Gráfico 4

Cantidades de cannabis, cocaína, heroína e anfetaminas incautadas (1985-1990)



As cantidades de cannabis e cocaína incautadas aumentaron claramente durante a década dos anos noventa.

Nos casos nos que non se dispón de datos, o número de incautacións está infravalorado.

Non se dispón de datos do número de incautacións de cannabis en Bélxica en 1998.

Non se dispón de datos do número de incautacións de anfetaminas entre 1996-1998 en Bélxica nin en 1998 en Austria.

Fonte: informes nacionais Reitox, 1999.

1.1.2. En España

A partir dos datos da Enquisa domiciliaria sobre consumo de drogas 1999, realizada pola Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas, obsérvase unha positiva evolución das tendencias de consumo, en virtude de:

- Estabilización das idades de inicio ó consumo das distintas substancias, que tende a aumentar no caso do éxtase e a cocaína.
- Redución dos niveis de experimentación. Descende a porcentaxe de cidadáns que probaron algunha vez as diferentes substancias.
- Desaceleración do ritmo de incorporación da poboación feminina ó consumo de drogas e a positiva evolución dos hábitos de consumo dos homes.
- Redución dos consumidores abusivos de alcohol e dos consumidores de heroína, substancias cun enorme impacto social e sanitario.

Sen embargo, seguen a ser moi importantes os consumos de alcohol, tabaco e cannabis en España. Así, admiten que consumiron alcohol algunha vez na vida un 87% dos cidadáns; un 65% fixérono co tabaco, e un 19,5% co cannabis. Atendendo ás frecuencias temporais de consumo (algunha vez na vida, últimos 12 meses, últimos 30 días e diario), obsérvase unha estabilización do uso de tódalas substancias con respecto a 1997, e con niveis inferiores ós observados en 1995.

Táboa 1. Evolución das prevalencias de consumo de substancias psicoactivas (%). España, 1995-99

	Algunha vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			Diario		
	1995	1997	1999	1995	1997	1999	1995	1997	1999	1995	1997	1999
tabaco	*	68,3	65,1	*	44,9	43,7	40,6	39,8		34,8	32,9	32,6
alcohol	*	89,9	87,1	68,2	77,8	74,6	53	60,7	61,7	14,6	12,9	13,7
cannabis	13,5	21,7	19,5	6,8	7,5	6,8	3,1	4	4,2	0,7	0,9	1,1
éxtase	1,9	2,5	2,4	1,2	1	0,8	0,3	0,2	0,2			
cocaína	3,2	3,2	3,1	1,8	1,5	1,5	0,4	0,5	0,6			
alucinóxenos	*	2,6	1,9	*	0,9	0,6	*	0,2	0,2			
anfetamina/speed	*	2,5	2,2	*	0,9	0,7	*	0,3	0,2			
inhalables	*	0,7	0,6	*	0,2	0,1	*	0,1	0,1			
heroína	1	0,5	0,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1			
base/basuco/crack		0,4	0,3	*	0,1	0,2	*	0,1	0,1			

*Datos non dispoñibles na enquisa domiciliaria de 1995.
Fonte: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Se centrámola análise nas diversas substancias, vemos que:

- Tabaco: aínda que se continúan reducindo as porcentaxes de españois que consumiron tabaco neses intervalos, a porcentaxe de fumadores diarios estabilizouse en 1999 en niveis similares ós de 1997, tralo descenso rexistrado nese ano con relación a 1995.

A prevención do consumo de drogas

- Alcohol: é a substancia de maior penetración na sociedade española. A información referida ó conxunto do período 1995-99 mostra un incremento importante dos consumidores de alcohol, agás para o indicador de consumidores diarios que descendería (tamén se observa un descenso entre 1997 e 1999 nos indicadores de frecuencia anual, semanal e dalgũa vez).
- Cannabis: é a droga ilegal máis consumida. Tras acadalo seu nivel máis alto en 1997, percíbese un leve descenso en 1999, tanto nos que o probaron nalgũa ocasión como nos que o consumiron nos últimos doce meses.
- Éxtase: no conxunto do período 1995-99 obsérvase a tendencia a un incremento no consumo experimental e descensos nos consumos anuais e dos últimos trinta días e non se detecta, sen embargo, consumo diario. En xeral, maniféstase unha estabilización.
- Cocaína: tralo cannabis é a substancia ilícita de maior consumo. Aínda que diminúen lixeiramente as prevalencias de consumo experimental e nos últimos doce meses, incrementase o consumo dos últimos trinta días.
- Heroína: as prevalencias de consumo de heroína son moi baixas para os tres indicadores de uso. Os datos confirman que seguen reducíndose de forma sostida desde 1995 os consumidores desta substancia.
- Policonsumo: o 86,7% dos consumidores de tabaco manifestan tamén que beberon alcohol durante os últimos doce meses e, en niveis menos relevantes, que consumiron cannabis (13,5%). A metade dos consumidores de alcohol nos últimos doce meses tamén fuman, e un 8,7% deles fumaron haxix. Os consumidores de cannabis nos últimos doce meses consomen tamén alcohol e tabaco en proporcións elevadas, e é igualmente relevante o consumo de cocaína. Os consumidores de cocaína rexistran altísimos consumos de alcohol, tabaco e marihuana, así como importantes porcentaxes de consumo de anfetaminas, alucinógenos e éxtase. Os que consomen heroína consomen tamén en proporcións altas tabaco, cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas e éxtase.

Outras cuestións relevantes

- Obsérvase unha maior sensibilización respecto dos riscos que comporta para a saúde o consumo de tódalas drogas, tanto nos seus patróns de uso habitual como menos frecuente.
- Así mesmo, obsérvase tamén unha redución da importancia que se lle atribúe ó problema no contorno próximo dos cidadáns e a existencia dun elevado grao de coincidencia entre as demandas cidadás para resolve-lo problema e as actuacións institucionais.
- En 1999 rexístraronse 51.191 admisións a tratamento por consumo de substancias psicoactivas, un 6% menos que en 1998. Aínda que a heroína segue sendo a substancia pola que máis se demanda tratamento (73% do total), desde 1996 crece de forma notable o protagonismo da cocaína (17,5% do total) e, en moita menor medida, as admisións por cannabis (5,5%).
- Aumentan as incautacións de cannabis, mentres descenden as de cocaína e heroína. Pola súa parte, no ano 2000 creceron de forma notable as incautacións de éxtase.

1.1.3. En Galicia

As enquisas epidemiolóxicas e os indicadores indirectos son dúas metodoloxías que se veñen utilizando en España, así como noutros países, co fin de monitoriza-la evolución do consumo de drogas. O presente apartado ocúpase das investigacións realizadas en Galicia polo Equipo de Investigacións Sociolóxicas (Edis), para o Plan de Galicia sobre drogas (PGD) da Consellería de Sanidade^{1,2,3,4,5,6}.

Algúns dos obxectivos que se perseguían neses estudos eran: prevalencia do consumo de cada substancia: tabaco, alcohol, alucinógenos, cannabis, heroína, cocaína, solventes volátiles, anfetaminas, analxésicos comúns e morfínicos, hipnóticos, tranquilizantes e drogas de síntese (tipo éxtase -MDMA-, etc.), estas últimas incorporadas en 1994 e o crack en 1998; características sociolóxicas e patróns de consumo segundo áreas de saúde, hábitat, sexo, idade e outras variables como estudos, ocupación, clase social, etc., evolución interestudios do consumo e policonsumo; idades de inicio no consumo; índices de risco por áreas de saúde; motivacións para consumir e para non consumir; consecuencias do consumo; posibilidade de abandono do consumo; contacto con servizos sanitarios xerais e especializados; factores de risco; actitudes e demandas da poboación, etc.

Na seguinte táboa recóllese a ficha técnica dos estudos de ámbito galego.

Ficha técnica estudos EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000

Universo: poboación de 12 ou máis anos, residentes nos distintos hábitats, áreas de saúde e zonas de costa e interior.

Mostra: afixación simple non proporcional por áreas de saúde e grupos de idade, con equilibrase mostral para recupera-la proporcionalidade con base no peso poboacional real de cada área de saúde e grupo de idade. Proporcional por hábitats. Distribución aleatoria.

Nº de entrevistas	Marxe de erro
1988: 3.700	1988: ± 1.64
1992: 2.000	1992: ± 2.20
1994: 2.300	1994: ± 2.04
1996: 2.300	1996: ± 2.04
1998: 2.300	1998: ± 2.04
2000: 2.300	2000: ± 2.04

Campo: entrevistas persoais, realizadas no lugar de residencia do entrevistado, mediante rutas aleatorias entre:

1988: 10/10 e 10/11

1992: 20/11 e 5/12

1994: decembro

1996: xuño

1998: decembro

2000: decembro

Entre os principais resultados do último estudio e da análise comparativa con outros estudos, cómpre destaca-lo seguinte:

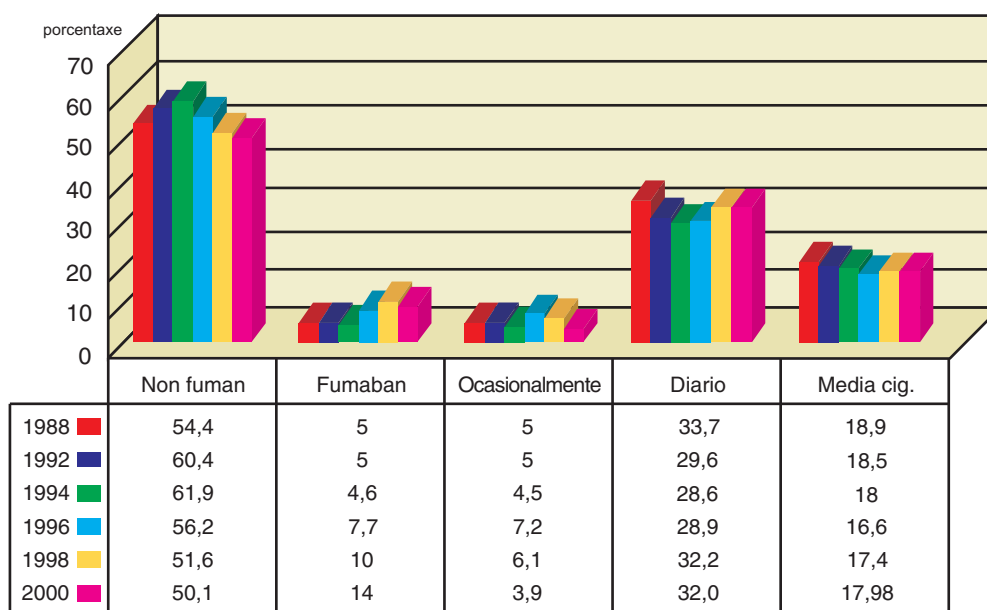
1. Consumo de tabaco:

Entre a poboación galega adulta o hábito de fumar evidenciaba unha tendencia ó decrecemento, que se manifestaba polo predominio do colectivo de non fumadores e polo descenso continuado dos fumadores diarios (gráfico 5). Sen embargo, no estudio de 1998 prodúcese un punto de inflexión nesta tendencia e, por primeira vez dende 1988, os fumadores crecen con respecto ó estudio anterior (28,9% e 32,2%, respectivamente) mentres que no estudio do 2000 se manteñen practicamente os mesmos termos.

Paralelamente, en 1998, a media de cigarros fumados incrementábase tamén: 16,6 cigarros/día en 1996, 17,4 cigarros/día en 1998 e 17,98 cigarros/día en 2000.

>> Gráfico 5

EVOLUCIÓN DO CONSUMO DE TABACO
Galicia 1988 - 2000



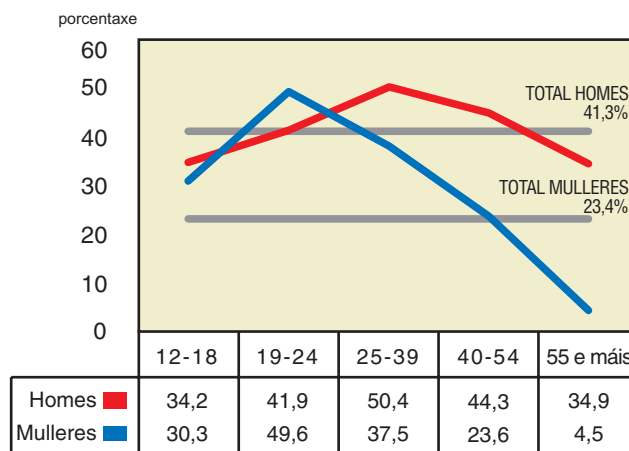
Fonte: EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

Este aumento do hábito de fumar en Galicia débese ó comportamento do sector máis xuvenil da poboación, que aumentou o seu consumo: 32,2% fronte ó 20,2% de 1996, no intervalo dos 12 a 18 anos. As mozas superan a porcentaxe de fumadores dos mozos no intervalo 19-24 anos: 49,6% e 41,9% respectivamente (gráfico 6). Este mesmo comportamento feminino evidénciase tamén no ámbito nacional, aínda que para o conxunto da poboación española o consumo de tabaco tende a estabilizarse⁷.

Malia o comportamento do sector xuvenil, o perfil xeral do fumador diario galego indica que se trata dun hábito predominantemente masculino (45,2% por un 20,5% das mulleres), de maior incidencia en idades comprendidas entre os 20 e os 40 anos e que se atopa bastante xeneralizado, tanto no ámbito territorial como social.

>> Gráfico 6

O consumo de TABACO DIARIO, segundo xénero e idade Galicia 2000



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

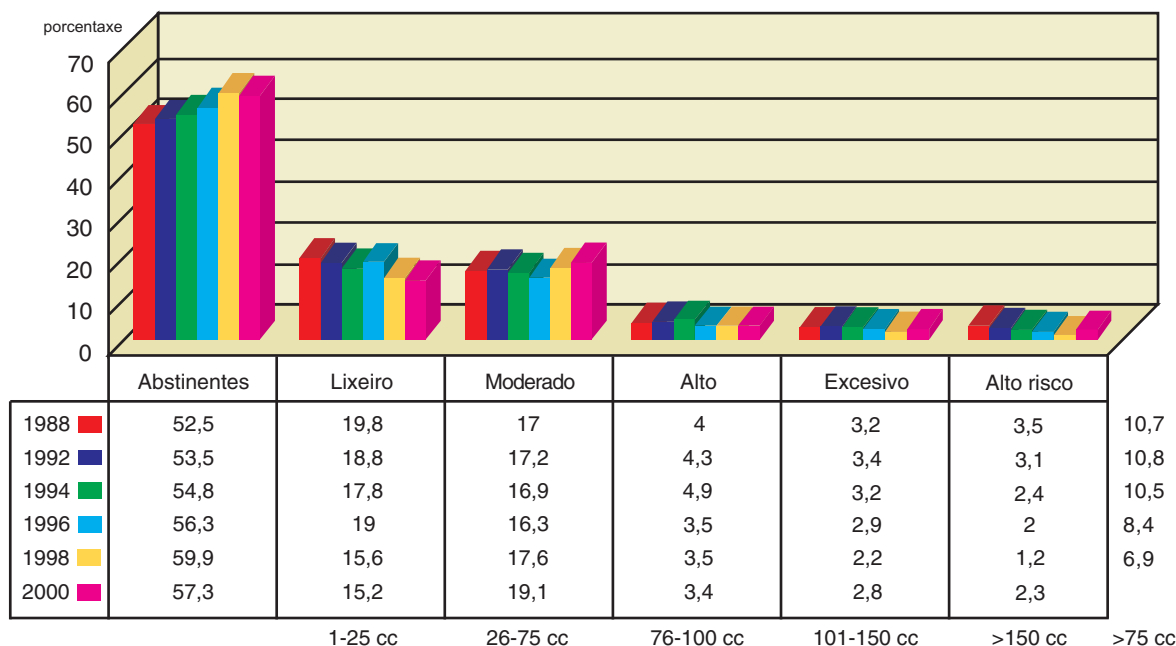
2. Consumo de alcohol:

O consumo de bebidas alcohólicas mostraba unha tendencia progresiva e continuada ó decrecemento entre a poboación galega ata 1998: os consumos considerados de risco (>76 cc/alc/día) veñen diminuindo dende o 10,7% de 1988, ata o 6,9% de 1998 (gráfico 7).

Sen embargo, no estudio do 2000 esta tendencia amosa un incremento de 1,6 puntos porcentuais con respecto a 1998.

>> Gráfico 7

EVOLUCIÓN DO CONSUMO DE ALCOHOL Galicia 1988 - 1998



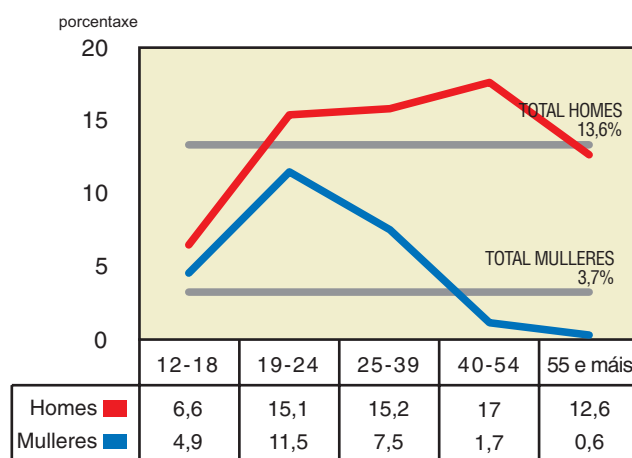
Fonte: EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

A prevención do consumo de drogas

Este repuntamento dáse non só en Galicia senón tamén en Andalucía, na que aumenta en 1,3 puntos a prevalencia de bebedores abusivos con respecto a 1998. No gráfico 8, onde se expresa o consumo abusivo de alcohol en función do xénero e da idade, pódese apreciar cómo no sexo masculino o consumo tende a incrementarse ata os 40 anos e nas mulleres ata os 25, pero estas, no intervalo de 19 a 24 anos, acadan a porcentaxe máxima nesta categoría de consumo abusivo. En definitiva, entre os mozos asistimos a unha unificación intersexual das pautas de consumo, similar ó xa referido sobre o hábito de fumar nas mulleres máis novas. Este comportamento do sector xuvenil da poboación detectouse tamén noutros estudos nacionais⁷.

>> Gráfico 8

O consumo de ALCOHOL ABUSIVO, segundo xénero e idade
Galicia 2000



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

A pesar das pautas de consumo abusivo dos/das mozos/as, o perfil xeral do bebedor abusivo en Galicia defínese na figura masculina de idade menor de 40 anos e atópase bastante xeneralizado pola súa ampla difusión territorial e a súa forte integración social en tódolos estratos e clases da sociedade galega.

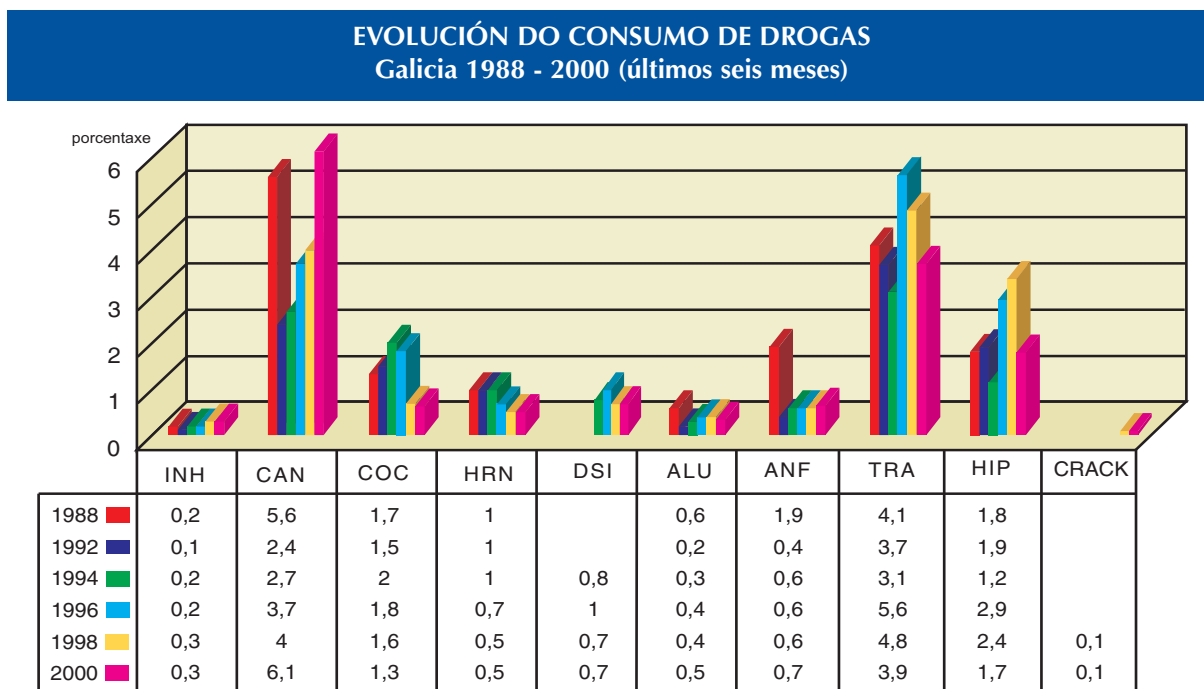
Estímase que de continuar esta tendencia xuvenil poderíamos atoparnos nos próximos anos cunha evolución semellante á do hábito de fumar: a consolidación e continuidade deste patrón xuvenil de consumo claramente abusivo conducirá a un repuntamento dos consumos de risco de alcohol.

Xa que logo, cómpre destacar, como un grupo de especial risco, a situación da mocidade galega, pois os datos sinalan que preto do 9% dos nosos mozos realizan consumos abusivos de alcohol, fundamentalmente en fins de semana, situación que se agrava no caso dos que habitan nas grandes cidades e núcleos urbanos medios.

3. Consumo doutras drogas:

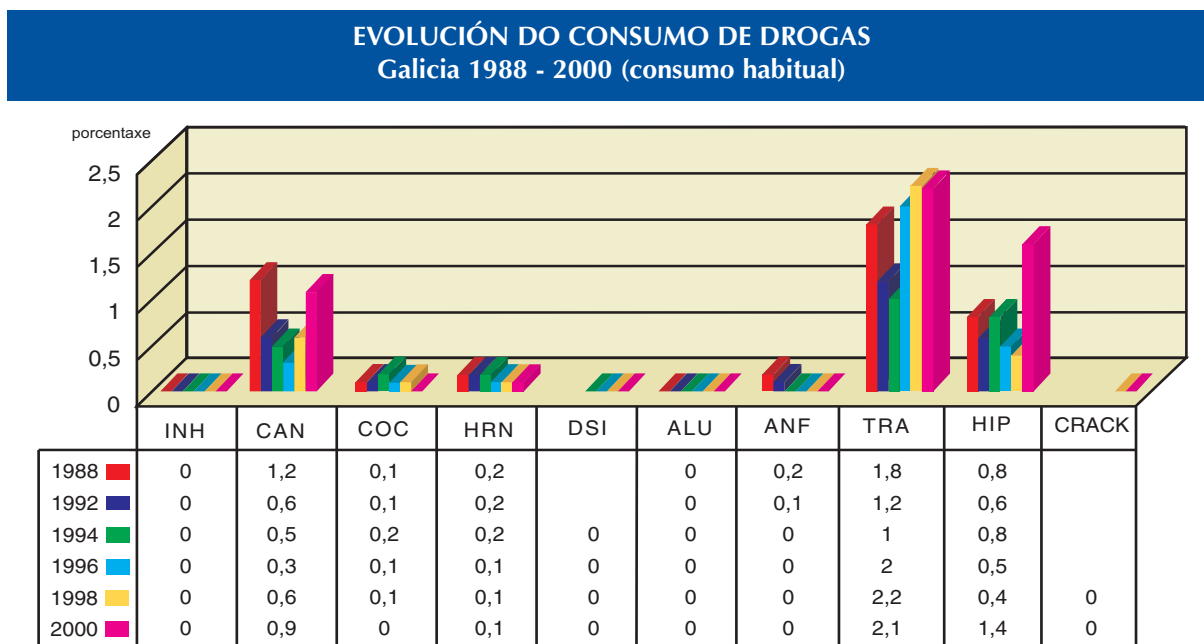
Nos gráficos 9 e 10 represéntase a evolución do consumo das distintas drogas dende o primeiro estudo galego de 1988 ata o de 2000, referido ós grupos de consumo: “últimos 6 meses” (gráfico 9) e “consumo habitual” (gráfico 10).

>> Gráfico 9



Fonte: EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

>> Gráfico 10



Fonte: EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

3.1. Cannabis

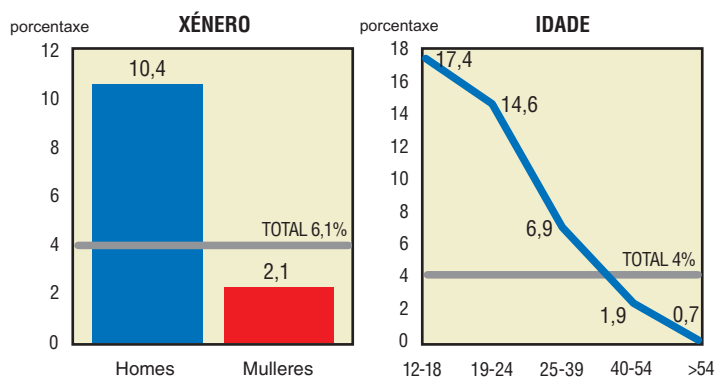
Trátase da substancia ilegal máis frecuentemente consumida, o que sucede tamén no eido nacional⁷ e europeo⁹. Entre aqueles que o consumiron nos últimos seis meses (gráfico 9), obsérvase unha tendencia ó crecemento desde 1996, no que se superan os niveis de 1998.

No consumo habitual (gráfico 10), aínda que amosa niveis inferiores con respecto a 1988, a tendencia é de incremento a partir de 1998. Esta tendencia expansiva maniféstase tamén no ámbito nacional⁷ e europeo⁹. En números absolutos poderíamos estimar en preto de 125.000 os galegos que consumiron cannabis nos últimos seis meses, e destes, entre 42.000 e 46.000, estarían consumindo cunha frecuencia maior (varias veces/semana ou diariamente).

Trátase dun hábito de consumo de predominio masculino e xuvenil, que diminúe a medida que aumenta a idade (gráfico 11). O perfil destes consumidores tamén evidencia un predomini- nio en poboacións maiores de 10.000 habitantes, estudos de BUP-FP e medios superiores e cla- ses sociais baixa, media-baixa e media-media.

>> Gráfico 11

O consumo de CANNABIS, segundo xénero e idade
Galicia 2000



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

3.2. Cocaína

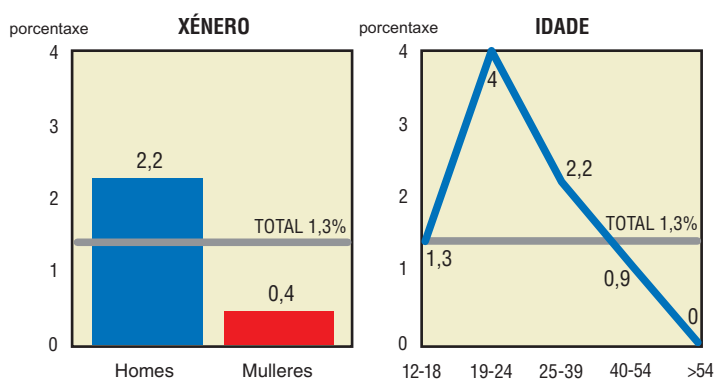
En Galicia, o consumo de cocaína desde 1996 evidencia unha tendencia ó decrecemento entre aqueles que realizan un uso ocasional (gráfico 9), mentres que os consumidores habituais parecen estabilizados (gráfico 10). Os datos dos observatorios sobre drogas español (OED) e europeo (OEDT) refiren unha discreta e máis continuada tendencia ó incremento, especificamente entre os consumidores habituais^{7,9}.

Estímase que poden existir preto de 30.000 persoas consumidoras ocasionais de cocaína, das que arredor das 14.000-15.000 farían un uso máis intenso (varias veces/semana ou diariamente).

Constátase que se trata dun hábito de consumo de predominio masculino e de idades xuvenís, principalmente entre os 19 a 24 anos (gráfico 12). Outras características do perfil dos seus usuarios sitúan o seu consumo no medio urbano e en tódolos estratos das clases medias, especialmente na media-alta.

>> Gráfico 12

**O consumo de COCAÍNA, segundo xénero e idade
Galicia 2000**



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

En definitiva, aínda que a nivel xeral o consumo de cocaína tende a descender, evidénciase que participa no modelo de policonsumo predominante (psicoestimulantes), tanto neste estudo sobre a poboación xeral⁶ como no específico dos consumidores de drogas de síntese¹⁰. Precisamente neste colectivo radica o perigo, xa que máis do 60% deriva o seu consumo cara a outras drogas despois desta fase de consumo de drogas de síntese e, maioritariamente, no consumo de cocaína. De continuar esta tendencia, é probable que nos próximos anos a evolución xeral de decrecemento que presenta actualmente, se veña inverter.

3.3. Drogas de síntese

Incluídas na serie de estudos en Galicia dende 1994, ata a data o consumo rexistrado é unicamente de tipo ocasional (gráfico 9) e non se detectan pautas de consumo habitual (gráfico 10).

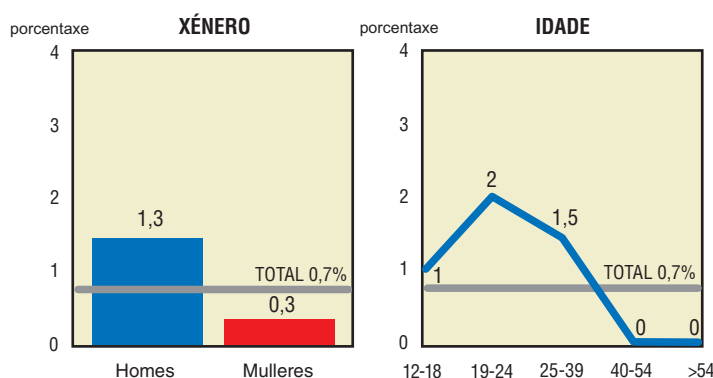
Os datos evidencian un decrecemento respecto de 1996, o que suxire unha tendencia a frealo seu consumo similar ó que ocorre no ámbito nacional⁷. En Europa, o OEDT mostra que nos países nos que xa se introducira, a tendencia é tamén cara á estabilización, mentres que nos de recente introducción a tendencia ten aínda un carácter expansivo⁹.

Entre as razóns que xustifican a súa importancia epidemiolóxica debe sinalarse o seu comezo máis temperán e a súa prevalencia entre o colectivo xuvenil: o 5% dos mozos de 19-24 anos e o 3% dos de 12-18 sinalan que usaron algunha vez estas substancias. Nos últimos seis meses consumíronas entre 16.000 e 18.000 persoas, das que entre 4.000/6.000 estarían facéndoo con relativa frecuencia. Outro dos graves problemas asociados ó consumo destas substancias é o fenómeno de poli-consumo de drogas; trala realización dun estudo específico sobre este colectivo¹⁰, detectouse unha tendencia a deriva-lo consumo noutras substancias, o que nos permite deducir que, dada a consolidación e a previsible continuidade deste modelo, poderemos asistir no devir dos próximos anos a un repuntamento do consumo de substancias, actualmente estancado ou en franco retroceso.

Ademais do característico predominio masculino e xuvenil (gráfico 13), o perfil destes consumidores caracterízase pola súa condición urbana e estratos sociais baixos e medios.

>> Gráfico 13

O consumo de DROGAS DE SÍNTese, segundo xénero e idade
Galicia 2000



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

3.4. Anfetaminas e alucinóxenos

O consumo destas dúas substancias está moi asociado co das drogas de síntese desde mediados da década dos noventa e co modelo de policonsumo dominante (estimulantes), e presenta unha evolución similar: non se detectan pautas de consumo habitual (gráfico 9), e no ocasional (Gráfico 10) o incremento é escaso. A evolución en España amosa tamén unha tendencia estable ou de lixeiro decrecemento⁷, mentres que no eido europeo⁹, as anfetaminas seguen en aumento, e poden nun futuro supera-la actual importancia epidemiolóxica das drogas de síntese.

Os consumidores presentan un perfil moi semellante ó das drogas de síntese: predominio masculino e xuvenil, fundamentalmente urbano, e condicións sociais semellantes.

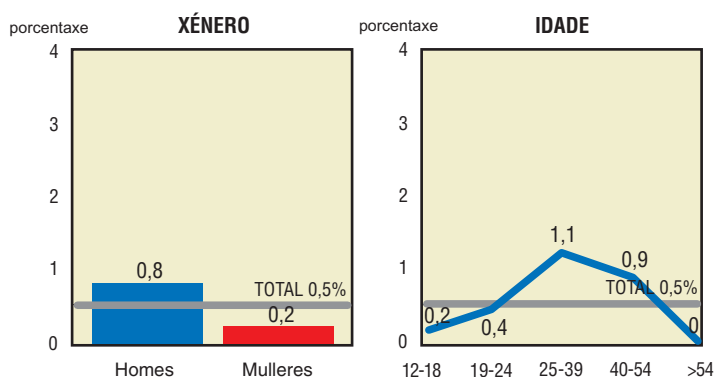
3.5. Heroína

Tanto en España como en Galicia, o consumo de heroína continúa a súa fase de descenso iniciada a partir de finais dos anos oitenta^{6,7}. Esta tendencia débese á menor incorporación de novos consumidores, como reflicte o indicador de tratamento do SEIT^{8, 11} o do Sistema de Avaliación Asistencial do Plan de Galicia sobre drogas¹², así como propio impacto dos programas asistenciais.

Sen embargo, a evolución en Europa resulta dispar debido a que determinados países refiren un decrecemento e outros rexistran un ascenso entre os consumidores de drogas de síntese e outros colectivos xuvenís⁹.

>> Gráfico 14

O consumo de HEROÍNA, segundo xénero e idade
Galicia 2000



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

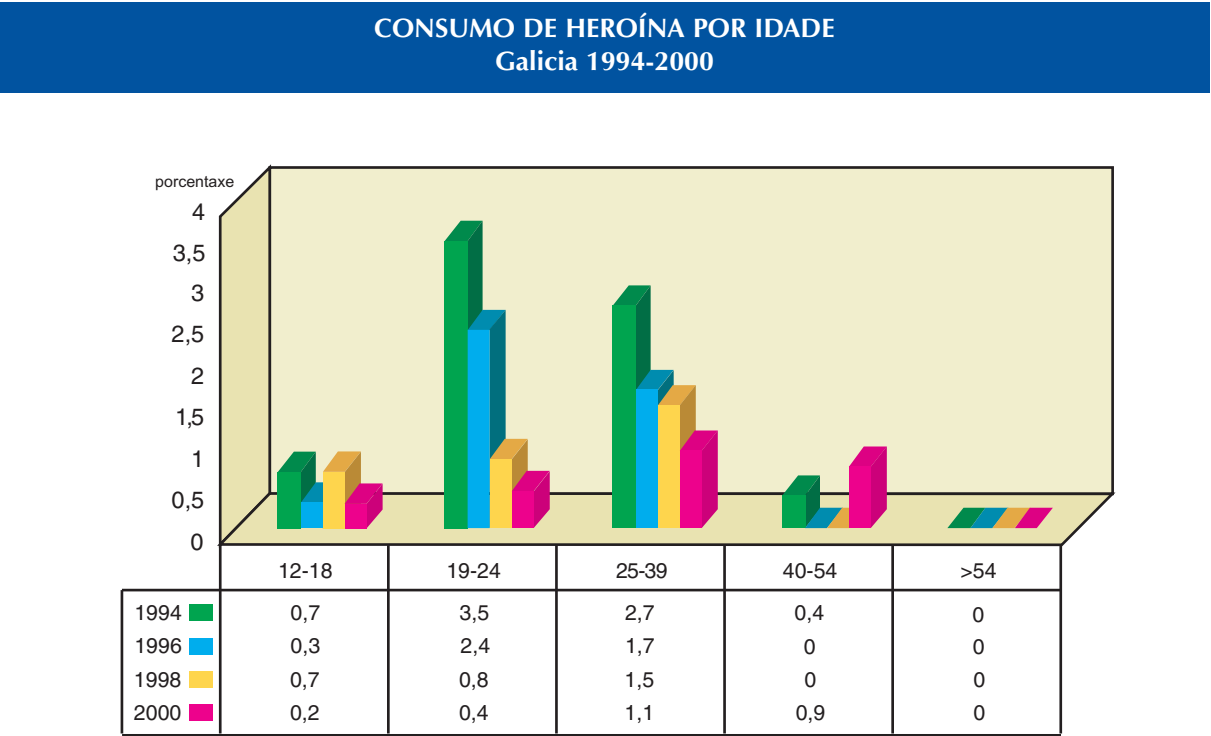
A prevención do consumo de drogas

A estimación sobre o número absoluto de consumidores de heroína, dunha forma aproximada, sitúa o consumo nos últimos seis meses entre 10.000 e 12.000 persoas, das que entre 5.000-7.000 realizarían un consumo máis habitual.

Referido ó seu perfil, cómpre destaca-lo acusado predominio masculino, menores de 40 anos (fundamentalmente entre os de 25 a 39), e de 40-54 anos (gráfico 14), hábitat urbano e clases sociais baixa e media-baixa.

A análise en función dos grupos de idade seleccionados no estudio⁶ proporciona un interesante dato: en tódolos grupos de idades considerados replícase a tendencia ó decrecemento, excepto no grupo de 40-54 anos, que indica o avellentamento dos consumidores máis habituais (gráfico 15).

>> Gráfico 15



Fonte: EDIS 1994, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

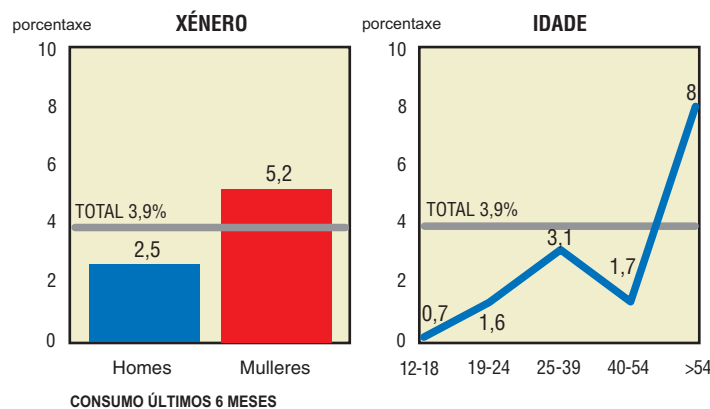
3.5. Psicofármacos

Os tranquilizantes e os hipnóticos manteñen unha forte asociación nos seus consumos: un 3,9% utilizou tranquilizantes nos últimos seis meses (gráfico 9) e un 2,3% consome de dúas a seis veces por semana ou diariamente. Na categoría dos “últimos seis meses” obsérvase un descenso continuado desde 1996, aínda que o consumo habitual se atopa máis estabilizado (gráfico 10).

Un comportamento similar detéctase no caso dos hipnóticos, pero con prevalencias menores: 1,7% nos “últimos seis meses” (gráfico 9) e 1,4% entre 1 a 7 veces por semana. En termos absolutos, pódese estimar aproximadamente entre 40.000 e 50.000 as persoas que consumiron hipnóticos e unhas 92.000 as que consumiron tranquilizantes nos últimos seis meses.

>> Gráfico 16

**O consumo de TRANQUILIZANTES, segundo xénero e idade
Galicia 2000**



Fonte: EDIS. O consumo de drogas en Galicia VI. Consellería de Sanidade, 2000.
Elaboración: Observatorio de Galicia sobre Drogas.

Fronte a esta tendencia de estabilización no uso habitual e de decrecemento non ocasional, os datos nacionais describen un incremento continuado, en particular daqueles casos nos que son utilizados sen control médico⁷.

O perfil dos consumidores de psicofármacos amosa un predominio feminino, máis notable no caso dos tranquilizantes (gráfico 16), en idades medias da vida, cunha ampla difusión territorial, aínda que no caso dos hipnóticos existe un lixeiro predominio do medio urbano e, referido á súa condición social, pertencen maioritariamente a clases sociais baixas e medias.

3.6. Outras drogas de consumo

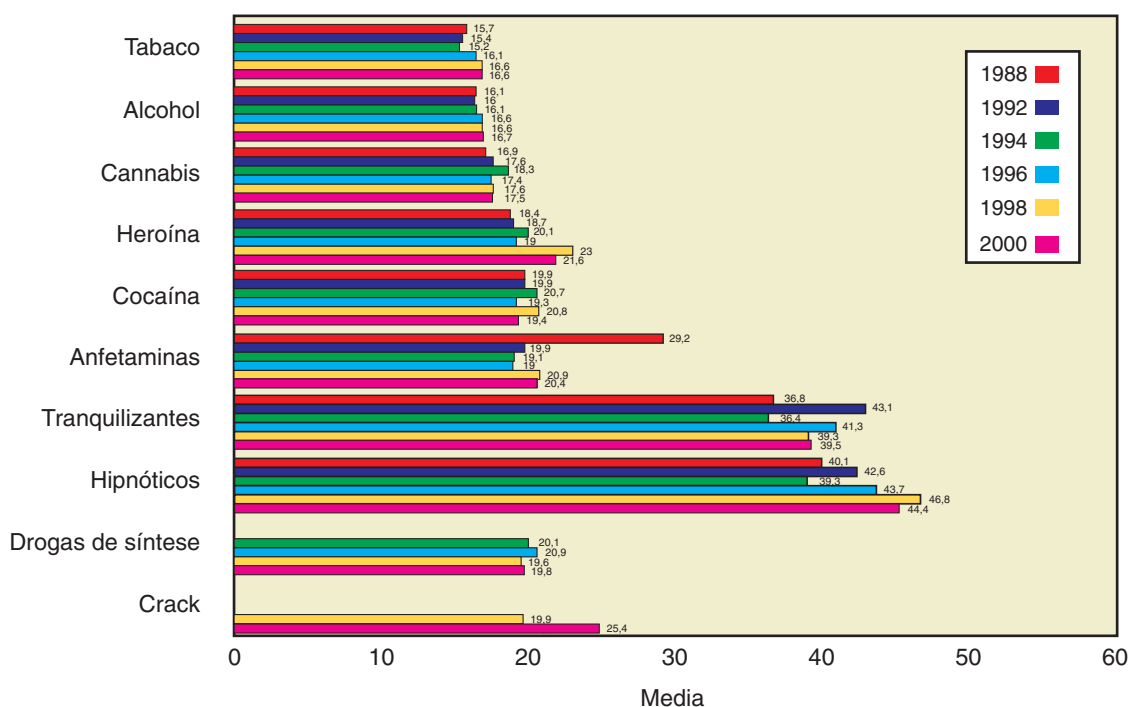
- O crack introduciuse na enquisa por primeira vez en 1998. Un 0,2% refire que o consumiu “algunha vez” e un 0,1% nos “últimos seis meses”, e non se detectaron frecuencias de consumo máis intensas (gráficos 9 e 10). Nos “últimos seis meses” os que tomaron crack, aínda que sexa ocasionalmente, estímase en preto de 2.000 ou 3.000 persoas.
- O consumo de inhalables, substancias de uso doméstico ou industrial (colas, pegamentos, disolventes, etc.), é bastante minoritario e cunha evolución bastante estable ó longo da serie epidemiolóxica galega. Non se detectan pautas de consumo habitual e estímase que existen entre 5.000 e 7.000 persoas que consumiron inhalables nos últimos seis meses.

4. Idades de inicio:

No gráfico 17 analízase a evolución das idades de experimentación coas distintas substancias-drogas. En xeral, dende o ano 1988 rexistrouse unha tendencia a estabilizarse e incluso atrasarse o primeiro contacto co consumo de drogas (agás no caso das drogas de síntese), o que indica que a experimentación coas drogas se realiza a idades cada vez máis tardías.

>> Gráfico 17

EVOLUCIÓN DA IDADE DE INICIO NO CONSUMO DE DROGAS
EDIS, 1988, 1992, 1994, 1996, 1998 e 2000

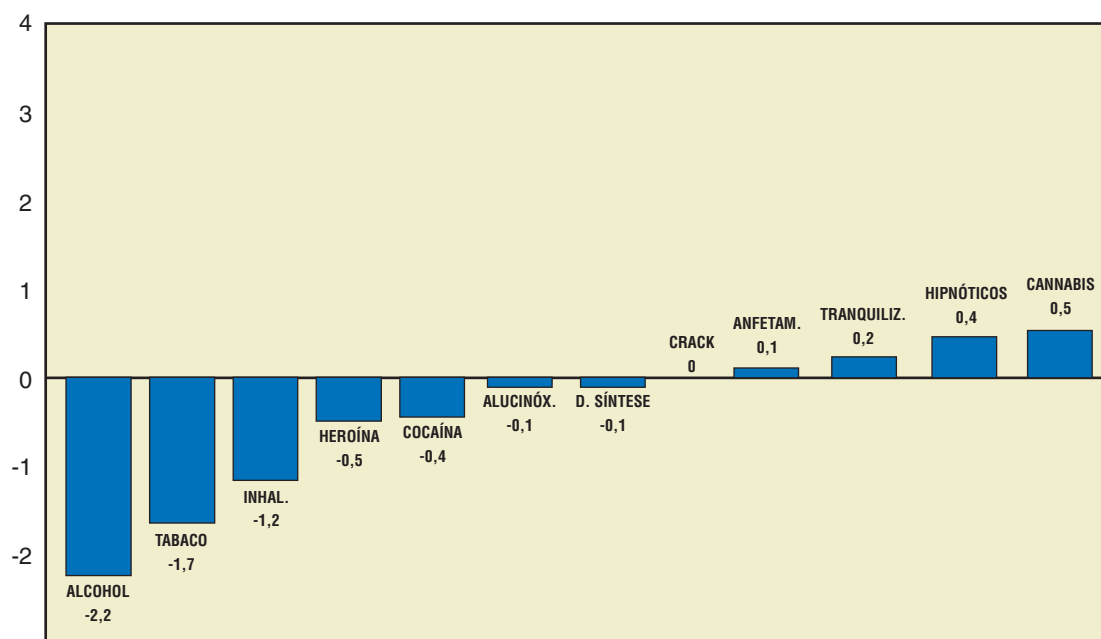


Fonte: EDIS 1988, 92, 94, 96, 98 e 2000.
Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

5. Evolución do consumo de drogas 1988-2000:

>> Gráfico 18

EVOLUCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS
1988-2000



Fonte: EDIS 1988, 2000.

Elaboración: OGD. Consellería de Sanidade.

Nota: a evolución das drogas de síntese é desde 1994; e no caso do crack, desde 1998.

En función de todo isto, aínda que o tabaco, o alcohol e quizais tamén a cocaína experimentaron un descenso global claro, non habería que descartar unha posible subida nos próximos anos, en función de cómo evolucionen os consumos nas mulleres e nos grupos etarios máis novos. O cannabis, os hipnosedantes e outros opiáceos parecen estar nunha fase lenta e discontinua de incremento. A heroína apunta a unha consolidación no seu descenso, aínda que sen baixar moito os consumos máis habituais. As drogas de síntese e outras asociadas é moi posible que non crezan de forma global, pero probablemente seguirán tendo un consumo de certa importancia entre os mozos.

6. Modelos de policonsumo de drogas

Hai moitas persoas que non consomen ningunha substancia psicoactiva ou que tan só usan unha delas. Sen embargo, tamén é certo que existen outras que asocian o consumo de varios tipos de substancias-droga. Isto último é o que se denomina como uso múltiple de drogas ou fenómeno de policonsumo.

Os catro modelos principais de policonsumo serían os seguintes:

- 1º. Consituído arredor dos psicoestimulantes: alucinóxicos, cocaína, drogas de síntese e anfetaminas, cos que se asocian tamén os inhalables e o cannabis.
- 2º. Sería o dos narcóticos: heroína e outros opiáceos, con crack e, en menor medida, anfetaminas.
- 3º. Formado basicamente por tabaco e alcohol, ós que se asociarían tamén o cannabis.
- 4º. Formaríanos os psicofármacos: hipnóticos e tranquilizantes.

>> Gráfico 19



CONCLUSIÓNS SOBRE A EVOLUCIÓN DOS CONSUMOS

a. Período 1998-2000

De incremento: o cannabis con certa intensidade (por riba dos dous puntos porcentuais); o alcohol abusivo (1,6 puntos máis) e lixeiro e outros opiáceos (arredor de medio punto).

De descenso: con intensidade media os tranquilizantes e os hipnóticos.

De estabilidade: ben porque non se aprecian diferencias ou porque son moi pequenas, no caso de tabaco, inhalables, cocaína, drogas de síntese, alucinóxenos, anfetaminas, heroína e crack.

b. Período 1988-2000

De incremento: cunha intensidade media o cannabis, outros opiáceos e os hipnóticos.

De descenso: con certa intensidade o alcohol abusivo, tabaco diario e anfetaminas. Con intensidade media, heroína e cocaína.

De estabilidade: con diferencias positivas ou negativas non superiores a unha décima, os inhalables, alucinóxenos e drogas de síntese.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 EDIS (1988): O consumo de drogas en Galicia I. Santiago. Plan autonómico sobre drogodependencias. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- 2 EDIS (1992): O consumo de drogas en Galicia II. Santiago. Plan autonómico sobre drogodependencias. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- 3 EDIS (1994): O consumo de drogas en Galicia III. Santiago. Plan autonómico sobre drogodependencias. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- 4 EDIS (1996): O consumo de drogas en Galicia IV. Santiago. Plan de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- 5 EDIS (1998): O consumo de drogas en Galicia V. Santiago. Plan de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade.
- 6 EDIS (2000): O consumo de drogas en Galicia VI. Santiago. Plan de Galicia sobre drogas. Consellería de Sanidade.
- 7 DGPNSD (1998): Informe nº1 do Observatorio Español sobre Drogas. Madrid. Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas. Ministerio do Interior.
- 8 DGPNSD (1999): Informe nº2 do Observatorio Español sobre Drogas. Madrid. Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre Drogas. Ministerio do Interior.
- 9 OEDT (1998): Informe anual sobre os problemas das drogas na Unión Europea. Lisboa.
- 10 EDIS (1999): As drogas de síntese en Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia.
- 11 DGPNSD (2000): Informe nº3 do Observatorio Español sobre Drogas. Madrid. Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio do Interior.
- 12 PGD (1999): Observatorio de Galicia sobre Drogas 1986-1996 (Documento de traballo). Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia.
- 13 EDIS (1988): Os andaluces ante as drogas I. Sevilla. Comisionado para a Droga.
- 14 EDIS (1990): Os andaluces ante as drogas II. Sevilla. Comisionado para a Droga.
- 15 EDIS (1992): Os andaluces ante as drogas III. Sevilla. Comisionado para a Droga.
- 16 EDIS (1994): Os andaluces ante as drogas IV. Sevilla. Comisionado para a Droga.
- 17 EDIS (1996): Os andaluces ante as drogas V. Sevilla. Comisionado para a Droga.
- 18 EDIS (1998): Os andaluces ante as drogas VI. Sevilla. Comisionado para a Droga.

1.2. ALGÚNS CONCEPTOS PARA TER EN CONTA: COÑECENDO AS SUBSTANCIAS

Drogas

Substancias que administradas ó organismo estimulan, inhiben ou perturban as funcións psíquicas, prexudican a saúde e son susceptibles de xerar dependencia.

Dentro deste termo pódense incluír, non só as substancias que popularmente son consideradas como drogas pola súa condición de ilegais, senón tamén diversos psicofármacos, substancias como o tabaco e o alcohol, e outras substancias de uso doméstico ou laboral como as colas e os disolventes volátiles.

Clasificación das drogas:

Das distintas clasificacións existentes, ímonos referir a tres:

Polos efectos sobre o sistema nervioso central:

- Depresores do sistema nervioso central

Son as substancias que bloquean o funcionamento do cerebro provocando reaccións que poden ir dende a desinhibición ata a morte por un adormecemento total do sistema nervioso central. As drogas máis consumidas deste grupo son:

- Alcohol
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína...).
- Tranquilizantes (valium, tranxilium...).
- Hipnóticos (barbitúricos...).

- Estimulantes do sistema nervioso central

Son as substancias que activan o funcionamento do SNC. As máis consumidas son:

- Anfetaminas (dexedrina, anfetam, bennies, dexies...).
- Cocaína.
- Nicotina.
- Xantinas (cafeína, teína..., ambas cun menor poder adictógeno).

- Perturbadores do sistema nervioso central

Son as substancias que alteran o funcionamento do cerebro, dando lugar a distorsións perceptivas, alucinacións auditivas, visuais, etc.:

- Alucinógenas (ácido lisérxico ou LSD, mescalina, fenciclidina (PCP), etc.).
- Derivados do cannabis (haxix, marihuana, aceite de haxix, etc.).

A prevención do consumo de drogas

- Inhalantes (acetonas, bencenos, éter, tolueno, etc.).
- Drogas de síntese (éxtase, MDA, speed, no argot reciben nomes como: cristal, adán, píldora do amor, hamburguesas, ice, hielo...).

Pola súa perigosidade

A Organización Mundial da Saúde clasificou as drogas segundo a súa perigosidade, e definiunas de acordo cos seguintes criterios:

a) As máis perigosas serán aquelas que provocan:

- dependencia física,
- dependencia con maior rapidez, e
- maior toxicidade.

b) As menos perigosas, as que:

- crean só dependencia psíquica,
- crean dependencia con menor rapidez e
- posúen menor toxicidade.

Con base nestes criterios, a OMS clasifica as drogas en catro grandes grupos:

- Grupo I: opio e derivados (morfina, heroína, codeína, petidina, pentazocina, fentanillo...).
- Grupo II: barbitúricos (fenobarbital, amobarbital, butabarbital, etc.) e alcohol.
- Grupo III: cocaína e anfetaminas (sulfato de anfetamina ou speed, en España comercialízase co nome de centramina, sulfato de dexanfetamina “dexedrina”, etc.).
- Grupo IV: LSD, cannabis, etc.

Pola codificación sociocultural do seu consumo

- a) Drogas institucionalizadas: que teñen un recoñecemento legal e un uso normativo, aínda que sexan as que creen máis problemas sociosanitarios (alcohol, tabaco, psicofármacos).
- b) Drogas non institucionalizadas: a súa venda está sancionada pola lei, e ten un uso minoritario entre diversos colectivos para os que xogan un papel identificador.

Drogodependencia

Existen múltiples definicións deste termo, aínda que unha das máis utilizadas é a formulada pola Organización Mundial da Saúde (1964), na que se define a drogodependencia como: “Estado psíquico, ás veces físico, resultante da interacción dun organismo vivo cunha droga, caracterizado por un conxunto de respostas comportamentais que inclúen a compulsión a consumir a substancia de forma continuada, co fin de experimentar os seus efectos ou, en ocasións, de evitar a sensación desagradable que ocasiona a súa falta. Os fenómenos de tolerancia poden estar ou non presentes. Un individuo pode ser dependente a máis dunha droga”.

Neuroadaptación

É un estado producido pola acción repetida da substancia psicoactiva sobre as células e redes neuronais, que provoca nestas unha serie de cambios destinados a recupera-lo nivel de funcionamento previo á acción da substancia (mecanismo homeostático). Unha vez producida esta, se o drogodependente deixa de consumi-lo tóxico, prodúcese unha nova alteración da actividade neuronal que dará lugar á síndrome de abstinencia.

Uso/abuso

A distinción entre o uso e o abuso entraña matices de difícil consideración polas diferencias persoais e culturais. As investigacións reflicten que o uso e o abuso caen dentro dun *continuum* no que é difícil establecer unha demarcación. Segundo algúns estudos farmacolóxicos é posible establecer unha separación entre os que usan e abusan dunha droga; pero o que tamén parece claro é que as características bioxénéticas do individuo e o potencial adictivo da substancia varían o alcance do risco do abuso.

Dependencia. Criterios para a dependencia de substancias

A característica esencial da dependencia das substancias consiste nun grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentais e fisiolóxicos que indican que o individuo continúa consumindo a substancia a pesar da aparición de problemas significativos relacionados con ela. Ademais, aparece un patrón de repetida autoadministración, que a miúdo o leva á tolerancia, á abstinencia e a unha inxestión compulsiva da substancia.

Segundo o DSM IV (Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais), para considerar que un individuo padece dependencia dunha substancia debe **cumprir, alomenos, tres ou máis síntomas ou criterios que enumeraremos a continuación**, que aparecen en calquera momento dentro dun mesmo **período de 12 meses**:

- Tolerancia (criterio I): é a necesidade de recorrer a cantidades crecentes da substancia para alcanza-lo efecto desexado, ou ben prodúcese unha diminución notable dos efectos da substancia cun uso continuado da mesma dose.
- Abstinencia (criterio II): é un cambio de comportamento desadaptativo, con compoñentes cognoscitivos e fisiolóxicos, que teñen lugar cando a concentración no sangue ou nos tecidos dunha substancia diminúe nun individuo que mantivo un consumo prolongado de grandes cantidades desa substancia. Se despois da aparición dos síntomas desagradables da abstinencia o individuo toma a substancia para eliminalos ou alivialos (criterio II).

Os síntomas de abstinencia varían moito segundo sexa a clase de substancia.

Nin a tolerancia nin a abstinencia son condicións necesarias nin suficientes para diagnosticar unha dependencia de substancias (por exemplo, algúns suxeitos que padecen dependencia do consumo de cannabis presentan un patrón de consumo compulsivo sen signos de tolerancia ou abstinencia, cando menos evidentes).

Ademais dos criterios anteriores, outros síntomas característicos da síndrome de dependencia de substancias psicoactivas son:

- O suxeito toma a substancia en cantidades maiores ou durante un período de tempo máis prolongado do orixinalmente pretendido (criterio III)

A prevención do consumo de drogas

- O suxeito reconece o desexo persistente de regular ou abandona-lo consumo da substancia, sen conseguilo (criterio IV).
- Unha gran parte do tempo é empregado en conseguila substancia obxecto de abuso, en tomala e en recuperarse dos seus efectos (criterio V).
- Nalgúns casos de dependencia de substancias, tódalas actividades da persoa xiran arredor da substancia. Importantes actividades sociais, laborais ou recreativas poden abandonarse ou reducirse debido ó consumo da substancia (criterio VI).
- O suxeito pode abandona-las actividades familiares ou as afeccións, con tal de consumila substancia ben en privado ou cos/coas amigos/as que tomen a substancia. Ademais o suxeito, e malia ser consciente das dificultades que lle causa, non é capaz de absterse do consumo da substancia (criterio VII).

Tolerancia/Tolerancia cruzada

Considérase que existe tolerancia cando, despois de consumir unha determinada droga, se producen cambios farmacocinéticos e farmacodinámicos (as células nerviosas sofren unha serie de cambios tendentes a buscar un equilibrio ante a acción repetida da droga, facéndose cada vez máis tolerantes á presenza da droga, chegando mesmo a cambia-la estrutura e o funcionamento das redes neuronais) que obrigan ó consumidor a aumentar progresivamente a cantidade de substancia consumida, co fin de conseguilo mesmo efecto psicoactivo.

A tolerancia cruzada consiste na diminución do efecto dunha determinada dose de substancia psicoactiva como consecuencia do consumo continuado doutra substancia (exemplo: alcohol-barbitúricos).

Reforzo positivo-reforzo negativo no proceso de dependencia

As drogas actúan nun principio como reforzadores positivos porque despois do seu consumo se produce unha sensación de pracer e benestar. Isto vai propiciar que aumente a súa frecuencia e o aumento da dose consumida.

Unha vez que o suxeito é dependente desta vai levalo a intentar evita-la aparición da síndrome de abstinencia ou de suprimi-la súa sintomatoloxía cando xa está instaurado; esta desaparición dun estado persoal negativo é polo que se denomina reforzador negativo.

Síndrome de abstinencia

Denomínase síndrome de abstinencia ó conxunto de síntomas e signos que aparecen ó deixar de consumir unha droga da que o suxeito é dependente.

Existen tres formas de presentación:

- a) Síndrome de abstinencia aguda, é o conxunto de signos e síntomas orgánicos e psíquicos que aparecen inmediatamente despois de interrompe-lo consumo da droga do que o suxeito é dependente. A intensidade e a gravidade da síndrome depende do tipo e da cantidade de droga consumida. Cada grupo de substancias produce unha característica síndrome de abstinencia aguda, facilmente diferenciable do resto dos grupos de drogas; así, a síndrome de abstinencia producida polo alcohol é extremadamente perigosa para o suxeito debido ás disregulacións que xera no organismo, mentres que a síndrome de abs-

tinencia de opiáceos, malia o espectacular que pode chegar a ser, non pon en perigo a vida do paciente.

- b) Síndrome de abstinencia tardía, considérase como un conxunto de disregulacións do sistema nervioso autónomo que persisten durante un longo período de tempo (meses ou anos) despois de conseguida a abstinencia. Isto contribúe moitas veces a propicia-lo proceso de recaída, xa que dificulta enormemente o desenvolvemento dunha vida saudable e autónoma debido á aparición de múltiples trastornos físicos e psíquicos.
- c) Síndrome de abstinencia condicionada, consiste na aparición dunha serie de signos e síntomas no suxeito que xa non consome drogas ó ser reexposto a estímulos ambientais que foron condicionados a través do proceso de condicionamento clásico ou de tipo pavloviano.

Proceso terapéutico

Cando un adicto a unha substancia decide, ben por presións familiares, legais ou por iniciativa propia, abandona-lo consumo dunha substancia, iníciase un proceso de valoración da situación persoal, familiar e social que presentan a maior parte dos pacientes toxicómanos e establece con eles un plan terapéutico, que comprenderá as fases de desintoxicación, deshabitación e reinserción social.

Desintoxicación

Proceso terapéutico dirixido a supera-lo estado de dependencia física.

Deshabitación

Proceso terapéutico dirixido a supera-lo estado de dependencia psicolóxica.

Reinserción

Proceso de incorporación ou reincorporación social no que o individuo diseña e practica un proxecto de vida, nin excesivamente conflictivo coa sociedade, nin autodestructivo, sen o recurso abusivo a substancias modificadoras da conducta (Funes e Mayol).

Programas libre de drogas

Son aquelas modalidades de intervención ou tratamento que perseguen propiciar un cambio de estilo de vida nos drogodependentes facilitando unha formación persoal, intelectual e de ocio encamiñada á reinserción do suxeito, sen a utilización de ningunha substancia substitutiva nin paliativa (exemplo, as comunidades terapéuticas).

Programas de mantemento con agonistas opiáceos

Cando un paciente adicto ós opiáceos non consegue absterse de consumir estas substancias e presenta recaídas frecuentes, adoita substituírse a heroína por un opiáceo de consumo legal (metadona “dimetilamino-6 difenil-4,4 heptanona-3” ou LAAM “levo-alfa-acetil-metanol”), que se prescribe durante un período de tempo e con control médico.

Programas de mantemento con antagonistas opiáceos

Cando un adicto a opiáceos xa desintoxicado, que pode manterse relativamente ben sen consumir opiáceos, recae frecuentemente debido ó desexo de volver experimenta-los efectos refor-

A prevención do consumo de drogas

zantes da heroína, pódese prescribir un tratamento con fármacos antagonistas dos opiáceos (normalmente a naltrexona) que impedirán que a heroína produza estes efectos, polo bloqueo dos receptores onde actúan os opiáceos.

Vías de administración

A vía de administración é a vía pola cal unha droga entra en contacto co organismo. Ten unha grande importancia na medida en que condiciona a velocidade con que chega ó sistema nervioso central e, polo tanto, o tempo existente entre o seu consumo e o posterior efecto. Estes dous factores xogan un papel moi importante na aparición da dependencia (a menor tempo e maior velocidade máis risco) e na aparición de cadros de intoxicación.

Inxestión

É a vía máis lenta e a que comporta menor risco de intoxicación e dependencia. De feito é a vía máis utilizada no consumo de medicamentos.

Mastigado

A entrada da substancia efectúase por medio da trituración ou disolución e posterior absorción a través da mucosa da boca. O efecto é máis rápido que na inxestión.

Inhalación

A utilización desta vía permite que a substancia inhalada chegue en 7-10 segundos ó cerebro. Mediante esta técnica a substancia sólida convértese nunha substancia gasosa ou en vapores das substancias volátiles que, posteriormente, se introduce nas vías respiratorias, ben a través do nariz ben fumada pola boca.

Xera cadros de dependencia extraordinariamente rápidos. Provoca serios danos e complicacións orgánicas, sobre todo en pulmóns e cerebro.

Intranasal ou nifrada

A substancia é absorbida a través da mucosa nasal. Popularizouse a través do consumo de cocaína e hoxe en día, xunto coa inhalación, é a vía que máis utilizan os drogodependentes, co fin de minimiza-lo risco de infección do VIH/SIDA.

Intravenosa

A introducción da droga por esta vía consiste en diluí-la substancia nun líquido (normalmente auga) e logo, a través dunha xiringa, introducila directamente no sistema sanguíneo. É a forma que produce maior rendemento custo-efecto para o consumidor, xa que a subida é moi rápida, aínda que a cambio se expoñen a múltiples riscos de sobredose, intoxicación e infección de moitas enfermidades orgánicas moi graves (hepatite, VIH/SIDA, flebite, edema pulmonar, embolias, etc.).

Intramuscular ou subcutánea

Consiste en introduci-la substancia, unha vez diluída, no músculo a través dunha xiringa para posteriormente ser absorbida a través dos capilares, en lugar de facelo directamente no sistema sanguíneo. Esta vía de administración é moi pouco utilizada polos consumidores de drogas, utilízase nas primeiras fases da adicción, cando o paciente non sabe usa-la intravenosa, e tamén na fase final, cando é moi difícil encontrar un vaso sanguíneo practicable.

Sublingual

A substancia introdúcese a través da fina membrana que temos na parte inferior da lingua e a través das glándulas existentes nesa zona.

TABACO

1. Un pouco de historia

Pertencente á familia das solanáceas, o tabaco extráese das follas da *Nicotiana tabacum*, das que se obteñen dos distintos labores destinados ó consumo: cigarros, cigarros puros, picadura de pipa, rapé, tabaco de mascar, etc.

Introdúcese en España en 1492, logo da primeira viaxe de Cristobal Colón a América. O tabaco tivo un grande auge no século XVI e importantes médicos da época escribiron libros sobre as súas supostas propiedades curativas; así, Nicolas Morandes definiu o tabaco como un remedio médico eficaz que permitía curar unhas 65 enfermidades das que se coñecían daquela.

Coa chegada do século XVII cámbiase a actitude con respecto ó consumo do tabaco. En 1603, o monarca inglés Xacobo I publicou un texto antibaco. En estados como Persia, Turquía ou Moscovia chegaron a adoptarse medidas cruentas como amputacións ou a perda da propia vida. En España, a Inquisición española estableceu que fumar “enxendraba insidiosas ficcións” e “só Satanás lle podía conferir ó home a facultade de expulsar fume pola boca”, polo que o que usara o tabaco expoñíase a ser acusado de posesión diabólica ou de ter un pacto co demo.

No século XVIII a política oficial optou por potencia-los beneficios do estado, introducindo fortes impostos polo seu cultivo e consumo. No século XIX introdúcense novidades no cultivo, nas formas de curado, na elaboración e no consumo de tabaco. Foi na Guerra de Crimea, en 1854, cando se comezou a fuma-lo cigarro. En 1881 aparece a primeira máquina de fabricar cigarros. O seu consumo veuse favorecido polas dúas guerras mundiais do século XX.

Empézase a considerar un problema de saúde nos anos 50-60, despois da aparición de informes científicos nos que se sentaron as bases sobre as consecuencias daniñas para a saúde das persoas pola gran mortalidade anual que produce.

En España, aproximadamente unhas 46.000 persoas morren anualmente polos efectos do consumo de tabaco ou, o que é o mesmo, unhas 126 persoas diarias.

2. ¿Que é e que contén?

Ten máis de 4.000 compoñentes distintos, producidos sobre todo na combustión. Estas substancias son transportadas polo fume ata os pulmóns.

Estas substancias actúan principalmente sobre o aparato respiratorio, aínda que algunhas son absorbidas e pasan directamente ó sangue, dende onde actúan sobre os tecidos e órganos do corpo.

2.1. Nicotina

É un alcaloide responsable da maior parte dos efectos do tabaco sobre o organismo e é o que da lugar á dependencia física.

A vida media da nicotina no sangue é menor de 2 horas e segundo se reduce a concentración aparecen os síntomas que alertan o fumador para que fume outra vez.

A nicotina que conteñen os cigarros comercializados en España (legalmente) oscila **entre 0,8 mg (lights) a 1,3 mg**; aínda que é posible atopalos con menor contido (extra-lights). Desta cantidade soamente se inhala unha terceira parte, o resto vaise no fume.

As persoas que a consomen aumentan un 31% o risco de infarto de miocardio.

2.2. Irritantes

O fume do tabaco contén moitas substancias irritantes, como acroleína, fenois, peróxido de nitróxeno, ácido cianhídrico, amoníaco, etc.

Estes compoñentes son os responsables da constricción bronquial, da estimulación das glándulas secretoras da mucosa da tose típica dos fumadores; en definitiva, da alteración dos mecanismos da defensa do pulmón, polo que se favorecen as infeccións e a instauración bronquial crónica (bronquite) e o enfisema pulmonar.

2.3. Alcatrán e outros axentes canceríxenos

Inclúense neste grupo toda unha serie de hidrocarburos policíclicos que teñen unha acción canceríxena, o máis estudado e directamente relacionado co cancro atribuído ó tabaco é o alfa-benzopireno e o benzo-a-pireno.

Os alcatráns que contén o tabaco teñen un aspecto untuoso e son de cor escura, cheiro moi forte e sabor amargo.

2.4. Monóxido de carbono

É un gas incoloro que procede da combustión do cigarro e ten unha alta toxicidade. A concentración do CO no fume depende do tipo de tabaco fumado (os cigarros teñen máis que os puros), da temperatura e da rapidez da combustión e do grao de contaminación atmosférica. Os niveis de COHb en non fumadores oscilan entre o 0,5% e o 2%, mentres que **nos fumadores vai do 2% ó 15%**. En cada cigarro hai alomenos entre 2 e 20 mg. É o axente que causa, entre outras cousas, as lesións no feto, o baixo peso ó nacer, o infarto de miocardio, a morte súbita, a arterioesclerose e as enfermidades respiratorias crónicas.

3. ¿Que efectos produce?

Fumar un cigarro **eleva o ritmo cardíaco, a frecuencia respiratoria e a tensión arterial**, o que produce un aumento do “ton” do organismo. Cando o fumador inhala o fume do cigarro, de forma case inmediata, a nicotina chega ó cerebro, onde ten un efecto recompensante para o suxeito. Pouco a pouco vaise convertendo **nun hábito** moi arraigado na conducta da persoa, que tódolos días realiza o xesto automático de fumar.

4. Mitos e realidades sobre o tabaco

MITO:

O consumo de tabaco non é tan perigoso como din algunhas persoas.

REALIDADE:

A maioría dos expertos están de acordo en que o consumo de tabaco é unha das causas máis importantes de enfermidades e morte.

O consumo de tabaco aumenta o risco de desenvolver importantes enfermidades, como o cancro de pulmón e corazón e o enfisema pulmonar.

O 90% dos casos de cancro de pulmón dáse en fumadores. O tabaco é o responsable do 75% das bronquites crónicas e do 25% dos infartos de miocardio e anxinas de peito.

Unha muller embarazada que fume corre o risco de ter complicacións no embarazo, ademais de ter repercusións negativas directas sobre a saúde do feto.

Os fumadores pasivos consomen ata un 30% do que as outras persoas fuman, é por isto que a xente que vive con fumadores ten máis probabilidades de enfermarse cá xente que vive con non fumadores.

No noso país estimouse que 46.000 persoas morren por esta causa. De cada 1.000 mortes en España, 1 ocorre por consumo de drogas, 3 por SIDA, 25 por accidentes de tráfico e 130 por consumo de tabaco.

Unha media de 1.000 persoas morren cada día debido a enfermidades producidas polo consumo de tabaco, isto supón máis de 3 millóns de mortes anuais no mundo.

MITO: O consumo de tabaco é algo que non me vai facer dano ata que sexa vello/a.

REALIDADE: **O consumo de tabaco é algo que dana dende os primeiros momentos.**

O consumo de tabaco produce nos dentes e nas uñas manchas amarelas que poden non irse nunca. Ademais poden facer que aparezan enrugaduras na cara con maior palidez, posto que produce o avellentamento prematuro da pel.

O consumo de tabaco fai sentir a un máis nervioso porque a nicotina actúa como un estimulante.

Máis da metade do fume do tabaco que se inhala queda nos pulmóns. As partículas que quedan aí atacan os pulmóns e vanse acumulando ó longo do tempo.

As persoas que fuman habitualmente teñen sempre un alto grao de monóxido de carbono na súa corrente sanguínea, o que fai diminuí-la resistencia nas actividades físicas.

Os deportistas que fuman poden non nota-la diminución na súa habilidade para facer deporte; sen embargo, o dano que se produce nos músculos do corazón, debido ó esforzo adicional que deben facer, pode causarlles importantes danos máis tarde.

O consumo do tabaco pode cambia-lo sabor das comidas porque diminúe o sentido do gusto. Pode facer tamén que empeore o sentido do olfacto.

Unha persoa que fume un paquete de cigarrillos ó día gasta aproximadamente unha media de 720 € ó ano en tabaco. (¡Vaia vacacións!).

A persoa que fume, o pelo, a roupa e o alento cheiraranlle a fume.

MITO: É fácil deixar de fumar.

REALIDADE: **A maioría da xente non consegue deixar de fumar, aínda cando a metade dos fumadores intentaron deixar de fumar polo menos unha vez.**

¡A mellor forma para deixar de fumar é non empezar!

Moita xente coñecida (pais, mestres, amigos/as, etc.) empezou a fumar antes de que fose descuberto que fumar causa moitas enfermidades, como cancro de

A prevención do consumo de drogas

pulmón ou enfermidades do corazón. Agora, moitas desas persoas quixeran deixar de fumar, pero resúltalles moi difícil.

As persoas que fuman máis ou menos un paquete diario atópanse con que lles é moi difícil deixar de fumar debido a que se volveron dependentes do tabaco, tanto psicolóxica como fisicamente.

A maioría dos mozos que fuman din que pensan deixar de fumar nun prazo de 5 anos. En realidade, estes mozos van atopar máis difícil deixar de fumar canto máis tempo continúen fumando.

Un fumador fuma cada día un paquete (20 cigarros); sen embargo, a maioría dos fumadores afirman que, cando empezaron a fumar, nunca pensaron que ían fumar máis de cinco cigarros ó día.

A maioría das técnicas actualmente existentes para abandona-lo tabaco son só efectivas nun 50% dos casos e, nos seis meses seguintes ó tratamento, só a metade desas persoas permanecen sen volver fumar.

MITO:

A maioría da xente fuma.

REALIDADE:

Pouca xente fuma e é probable que nun futuro fume aínda menos xente.

Só fuman un 18,1% dos adolescentes e un 30% dos adultos.

Un 76% dos adolescentes informan que os seus amigos desaprobaban un consumo de tabaco dun paquete diario.

Un 87% dos adolescentes perciben o consumo do tabaco como “perigoso” ou “moi perigoso”.

Un dos obxectivos dos gobernos dos países occidentais para o ano 2008 é avanzar cara a unha “sociedade sen tabaco”.

Cada día estanse creando en todo tipo de lugares “espacios libres de tabaco” ou están incluíndo unha área para fumadores.

Legalmente os cigarros non deben venderse a individuos menores de 18 anos. Os vendedores que violen esta normativa poden ser multados.

As persoas non fumadoras e ás que lles molesta o fume do tabaco están empezando a dicir sen medo: “Por favor, podería apaga-lo cigarro, faime dano”.

ALCOHOL

1. Un pouco de historia

Na historia da humanidade non aparece o alcohol ata que o home é capaz de facer vasillas nas que poder garda-las bebidas azucradas procedentes do gran e dos froitos, o que indica que a aparición das bebidas alcohólicas só foi posible nas sociedades organizadas agricolamente.

O alcohol, segundo o momento histórico, foi venerado ou prohibido e castigado. É a droga máis utilizada na nosa sociedade, tanto na poboación xeral como no grupo de mozos. O seu consumo foi variando na nosa sociedade, duplicouse entre 1959 e 1981 e nesa década empezaron a consumilo os adolescentes con máis forza que noutros momentos.

É unha droga moi arraigada e con grande aceptación social, o que fai que o alcohol sexa a droga que ten maior número de adictos e da que máis se abusa.

En España, e como non en Galicia, produciuse un proceso evolutivo socialmente condicionado, que parte dunha situación relativamente estabilizada ata os anos 50, cando a gran produción de viño e a súa dispoñibilidade integraron o seu consumo na vida comunitaria, á súa vez estable e xerarquizada, e fundamentalmente agraria e patriarcal. Daquela, o alcohol non era percibido como un factor distorsionante, e existía unha falta de percepción e, polo tanto, de resposta colectiva para os problemas alcohólicos sanitarios e sociais xa existentes naquel momento. Mesmo a clase médica receitaba certas bebidas alcohólicas como “reconstituíntes”, como poden ser certos viños doces.

Entre os anos 50 e 70 produciuse un aumento moi patente das complicacións sanitarias e sociais ocasionadas polo alcohol, que se poden poñer en relación coas transformacións sociais e de desenvolvemento económico que se deron nesas décadas. O aumento das cantidades consumidas, os cambios de patróns (pasa de consumirse na casa a consumirse maioritariamente fóra dela), o aumento do consumo de bebidas destiladas, irromperon como un dos factores que fomentaron o consumo dun xeito ata entón descoñecido.

Durante a década dos anos 70 e 80 apareceron as drogas ilegais, como a heroína. A repercusión social do seu consumo foi de tal magnitude que a todo o relacionado co alcohol deixou de se lle prestar atención debido á alarma social desatada pola heroína; isto fixo que tódolos recursos sanitarios e asistenciais se centrasen nesa droga; sen embargo, o consumo de alcohol seguiu aumentando sobre todo por parte dos máis novos, sen que a mobilización de recursos se estendese ós graves e prevalentes problemas derivados do abuso do alcohol.

Foi na década dos noventa cando se lles volve prestar atención outra vez ós problemas relacionados co alcohol, xa que o feito de se-lo terceiro país do mundo que máis alcohol consome per cápita non podía quedar impune; problemas sanitarios, accidentes laborais, accidentes de tráfico, malos tratos, etc. son algunhas das consecuencias directas e indirectas causadas polo seu abuso e causa de preocupación social ¿Que facer co alcohol?

2. ¿Que é e que contén?

O alcohol, en tanto que altera as facultades mentais, é unha **droga psicoactiva**; así mesmo, debido a que deprime o sistema nervioso central (SNC), é unha **droga depresora**. Os efectos agudos do etanol dependen da súa concentración no sangue, de modo que os efectos estimulantes que aparecen co consumo en doses baixas de etanol responden a unha acción farmacolóxica de tipo inhibidor sobre os circuítos nerviosos que limitan a actividade cortical; é dicir,

A prevención do consumo de drogas

prodúcese unha inhibición do córtex frontal. Sen embargo, conforme aumentan as concentracións de etanol no sangue, increméntase a depresión central, xa que o efecto inhibitor sobre o funcionamento neuronal irá afectando a outros centros nerviosos.

As bebidas alcohólicas son de dous tipos: fermentadas e destiladas.

a) Bebidas fermentadas: a fermentación é o proceso natural polo que un froito ou gran (uva, mazá, cebada, etc.) se transforma en bebida alcohólica. Este proceso require dunhas determinadas condicións fisicoquímicas e a presenza de bacterias-lévedo que transforman o azucre da froita nunha serie de substancias, entre elas o alcohol etílico ou etanol. Dentro destas bebidas están o viño, a cervexa e a sidra. A súa graduación nunca pasa dos 12°.

b) Bebidas destiladas: obtéñense mediante un proceso artificial, destilando unha bebida fermentada. Este procedemento consiste en separar por medio da calor unha substancia volátil (alcohol) doutras máis fixas, enfriando logo o seu vapor para reduci-lo novamente a líquido. Deste xeito, pode aumentarse a concentración de alcohol puro. Dentro deste tipo de bebidas están o whisky, ron, brandi, licores, caña, etc. A graduación destas bebidas pode chegar ata os 56°.

3. ¿Que é o grao alcohólico dunha bebida?

O grao alcohólico dunha bebida **é a porcentaxe de etanol contida nunha bebida para un volume determinado desta**. Cando dicimos que un litro de viño ten 12° queremos dicir que nun litro dese viño hai 120 mililitros de alcohol puro ou un 12% de alcohol. As persoas que beben alcohol deben ter en conta a cantidade total de alcohol puro que beberon durante ese día ou durante a semana.

Para sabe-la cantidade de alcohol puro dunha bebida podemos utiliza-la fórmula seguinte:

$$\text{Gramos de alcohol} = \frac{\text{Capacidade en milímetros} \times \text{Gramos de alcohol}}{100} \times 0,8$$

Exemplo: nunha lata de cervexa de 330 ml, que conteña 4,5° ¿cantos gramos de alcohol puro hai?

$$\text{Gramos} = \frac{330 \times 4,5}{100} \times 0,8 = 11,8 \text{ gramos de alcohol puro}$$

4. ¿Que sucede cando se inxire o alcohol? Metabolismo

Fase de absorción

O alcohol é unha substancia que, logo de ser inxerida, non é transformada polos **zumes gástricos** do estómago, como os alimentos, senón que pasa directa e moi rapidamente, sobre todo co estómago baleiro, ó sangue.

O alcohol inxerido acada as maiores concentracións no **sangue** entre 20' e 90' despois da súa inxestión; non obstante, multitude de circunstancias modifican esta fase de absorción, tales como:

- **O tempo transcurrido;** ó principio, a absorción é máis rápida que posteriormente.
- **O baleiramento gástrico** que, pola súa vez, se modifica pola cantidade e o tipo de alimento que hai no estómago. Co estómago baleiro o alcohol pasa antes ó sangue (20').
- **O alcohol tomado illadamente** fóra de toda alimentación produce máis efectos que cando se acompaña de alimentos.
- **As características da bebida inxerida;** a presenza de bebidas gasosas facilita a absorción estomacal.

Fase de distribución

Unha vez en contacto co sangue, distribúese dun xeito uniforme ós diferentes tecidos do organismo. **Chega a todos e cada un dos sistemas do corpo** sobre os que exerce algunha modificación funcional, debido a que actúa directamente sobre a estrutura das células.

Fase de metabolización

Cando chega ó fígado sofre a maior parte da súa metabolización, que é, o proceso químico que efectúa o organismo para poder eliminar cada substancia e desprenderse dela.

- **No fígado metabolízase entre un 90 e un 98%** do alcohol que se inxire.
- **O alcohol oxídase a un ritmo constante** (120 miligramos por kg de peso e por hora), modificable só por dous factores: peso corporal e algunhas diferencias xenéticas dalgunhas persoas.
- **Do 2% a un 10% elimínase sen metabolizar polos ouriños, pola suor e polo aire expirado dos pulmóns** (etilómetro). A medición do aire expirado é válida para coñecer dun xeito indirecto a alcoholemia dunha persoa.

5. ¿Que é a alcoholemia? Factores que interveñen

É a cantidade de alcohol no sangue medida como concentración ou relación entre alcohol (gramos) e sangue (litros). Noutras palabras, alcoholemia é a cantidade de alcohol que hai no sangue despois de beber alcohol. A taxa de alcoholemia é o número de gramos de alcohol que contén un litro de sangue.

A concentración de alcohol no sangue non é constante, logo da inxestión dunha mesma cantidade de alcohol. Varía entre persoas distintas e no mesmo individuo co tempo. Os factores que orixinan estas variacións da alcoholemia son:

- **Cantidade** de alcohol inxerida.
- Tipo de bebida e **grao alcohólico** desta.

A prevención do consumo de drogas

- A corpulencia e o **peso**.
- **Tempo** transcorrido ata que o alcohol pasa ó sangue e o que tarda en ser degradado e eliminado do organismo.
- A **alimentación**.
- **Sexo** e **idiosincrasia** individual.
- **Hábito** e costume.
- As **circunstancias do momento**: a fatiga, a emotividade, o embarazo...
- A **idade**. Os menores de 25 anos e os maiores de 60 anos adoitan ser máis vulnerables ó alcohol.

6. ¿Que efectos produce?

Os efectos do alcohol clasifícanse en **orgánicos, psicolóxicos e sociais**. As características de cada un deles son os seguintes:

6.1. Orgánicos

Ós poucos minutos da ingestión do alcohol, este pasa ó sangue, onde pode chegar a manterse 18 horas e dende ela exerce a súa acción sobre os órganos do corpo. O etanol afecta a todo o corpo, pero onde máis dano ocasiona é no fígado e no cerebro.

- Aumenta o tempo de reacción (tempo que tardamos en reaccionar dende que vemos un obxecto ata que o noso cerebro reacciona ante el) debido a que os reflexos son máis lentos ante situacións de emerxencia (como pode ser un obstáculo na estrada).
- Provoca descoordinación psicomotora, que é a falta de precisión no control e na execución dos movementos.
- Provoca alteracións sensoriais que dificultan a medición da distancia e velocidade, problemas na acomodación ocular ós cambios da luz, cegamentos, etc.
- Tamén provoca somnolencia, cansanzo e fatiga muscular.

O **consumo excesivo de alcohol** produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso da temperatura corporal, sede, dor de cabeza, deshidratación e, se a intoxicación é grande, depresión respiratoria que pode provocar a morte (véxase índices de alcoholemia).

O **consumo continuado** en grandes cantidades produce alteracións en distintas partes do corpo:

- **Cerebro**: alteracións da conciencia, da conducta (celopatía, agresividade) dexeneración e atrofia.
- **Sistema nervioso**: neurite, alteración sensitiva e alteracións dos reflexos.
- **Sangue**: anemia, diminución do número de glóbulos vermellos e brancos. Menor resistencia ás infeccións.
- **Corazón**: insuficiencia cardíaca, problemas cardiovasculares.
- **Fígado**: cirrose hepática. Inflamación e destrución progresiva do fígado. Hepatite alcohólica.
- **Estómago**: hipertrofia parotídea, glosite e/ou estomatite.

- **Esófago:** reflujo gastroesofáxico, esofaxite péptica, carcinoma de esófago.
- **Páncreas:** pancreatite aguda, pancreatite crónica.
- **Intestino:** trastornos na absorción das vitaminas, hidratos e graxa. O alcohol desestabiliza o funcionamento metabólico, incidindo na mala absorción das vitaminas e provocando cadros carenciais.

A **dependencia física do alcohol** provoca que a síndrome de abstinencia nun alcoholíco se desenvolva con tremores, febre, taquicardia e irritabilidade.

6.2. Psicolóxicos

A primeira zona do cerebro que o alcohol acalma é a **área frontal**. Esta área do cerebro **controla o pensamento, o xuízo e o autocontrol**. É por isto que cando a xente bebeu un pouco de máis, a miúdo semella animada e ás veces aparvada. Simplemente, ten menos autocontrol debido a que o alcohol paraliza progresivamente o funcionamento dos centros inhibidores do cerebro.

O alcohol afecta os centros superiores do cerebro ou o, que é o mesmo, os sentimentos, a reflexión, a memoria, a atención e o control social.

O alcohol é un depresor do sistema nervioso central que actúa bloqueando o funcionamento do sistema nervioso cerebral responsable de controla-las inhibicións; ó diminuí-lo control das inhibicións, o suxeito séntese eufórico, alegre e cunha falsa seguridade en si mesmo que o pode levar, en ocasións, á adopción de condutas temerarias.

O consumo excesivo produce falta de coordinación, lentitude nos reflexos e vertixe, ata aparecer dobre visión e perda do equilibrio.

O consumo continuado provoca irritabilidade, agresividade, celopatía, insomnio, confusión, delirios e alucinacións con ideas paranoides de persecución que poden derivar en demencia.

6.3. Sociais

Nun **núcleo familiar** cun alto grao de alcoholismo nalgún dos seus membros prodúcese unha perda de responsabilidade que adoita levar á desorganización e á aparición de crise, malos tratos, pelexas, etc.

No terreo laboral, a patoloxía alcohólica produce absentismo, inestabilidade laboral e un aumento importante de accidentes laborais.

Pero, seguramente, quizais o máis importante no que á mocidade se refire prodúcese **nos accidentes de tráfico**; altísimas porcentaxes de accidentes de tráfico teñen como causa a inxestión excesiva de alcohol. Por esta vía prodúcense máis mortos por día que con calquera outra droga; calcúlase que preto de 2.500 mozos menores de 27 anos perden a vida nas estradas españolas tódolos anos e é Galicia unha das comunidades onde maior número de accidentes se producen. Nos mozos é a primeira causa de mortandade.

Un efecto especialmente tóxico do alcohol é a **síndrome fetal alcohólica**. Se unha muller bebe moito durante os primeiros meses do embarazo, pode ter un aborto. Pero se o feto logra sobrevivir, o bebé acabado de nacer terá un peso máis baixo, o que adoita ir acompañado de varios problemas médicos: malformacións físicas (cara plana, labio superior fino, un aspecto peculiar dos ollos e do nariz), o crecemento do/a neno/a é especialmente lento e nos anos posteriores daranse varios graos de atraso mental, hiperactividade, déficits de atención e problemas de aprendizaxe.

7. Mitos e crenzas sobre o alcohol

MITO:	O alcohol é un estimulante... ¡A mellor maneira de sentirse “a tope” é bebendo alcohol ou consumindo outras drogas!
REALIDADE:	O alcohol é unha droga depresora. Aínda que nun primeiro momento produce certa desinhibición, que dá a sensación de estar “máis solto”, máis atrevido, máis “falanguero”..., en realidade estanse adormecendo as funcións que controlan o sistema nervioso, producindo sedación e lentitude a tódolos niveis. O alcohol non mellora nin o estrés nin a ansiedade; polo tanto, non te volve máis seguro ante situacións que che xeren ansiedade. Se despois de beber notas un “baixón” non bebas máis. O alcohol non reanima, senón todo o contrario. O mellor xeito de sentirte ben é a través de medios naturais que te satisfagan persoalmente: exercicio físico, baile, música, amor, amizade, risa... O teu corpo segrega máis substancias agradables ou recompensantes cando das un “morreo” ou cando fa-lo amor que con calquera outra droga, por moi forte que sexa.
MITO:	Unha persoa que pode beber moito alcohol é realmente unha persoa dura.
REALIDADE:	Canto máis alcohol bebemos, máis alcohol necesitamos para produci-los mesmos efectos. Como ocorre con outras drogas, canto máis bebemos, máis alcohol é necesario para produci-los mesmos efectos. A medida que aumenta a TOLERANCIA, tamén aumenta a dependencia física dunha persoa con respecto ó alcohol. Ser capaz de beber moito non é signo de dureza, resistencia e virilidade, senón un signo de tolerancia.
MITO:	Os/as meus/miñas amigos/as pensarán que son un/unha imbécil, un/unha neno/a, se non bebo moito.
REALIDADE:	Os/as teus/túas amigos/as respectarante se te expresas abertamente e honestamente e se pos en práctica o teu dereito a dicir NON. Os/as teus/túas amigos/as non te van desprazar do grupo porque non queiras facer determinadas cousas. Pregúntate o seguinte: ¿desprazarías a un/unha amigo/a simplemente porque non quixera beber?; ¿a que NON?; ¿que clase de amigo/a serías! O feito de saber realmente o “que queres” e “saber defendelo” é un síntoma máis de madurez. Non vaías a roldas, xa que iso pode obrigarte, ás veces, a beber sen ganas. Se tes amigos/as que beben moito é moi probable que intenten que ti tamén

bebas excesivamente; a causa é que os bebedores excesivos se senten ameazados por quen bebe con moderación, xa que a miúdo se senten culpables por beber tanto.

MITO: Eu só bebo cervexa e viño.

REALIDADE: **Unha lata de cervexa contén aproximadamente 18 gramos de alcohol, a mesma cantidade presente nunha copa de whisky ou de xenebra.**

O que realmente importa é o grao alcohólico da bebida e a cantidade desta.

As bebidas fermentadas conteñen o mesmo principio activo (Etanol) que as destiladas, aínda que en menor cantidade.

MITO: Beber alcohol indica madurez.

REALIDADE: **A madurez é a capacidade de enfrontarse dun xeito responsable cos problemas cotiáns.**

Beber alcohol para afrontar distintas situacións o que reflicte é unha escasa capacidade persoal para facer fronte a esas situacións con recursos propios.

Pon en práctica a túa imaxinación, non te pares a pensar en “qué dirán de ti”; goza ó teu xeito pero sempre respectando os demais. Bébedo nin gozarás nin respectalos demais.

Se tes algún problema, o alcohol non cho vai resolver. Busca apoio nos amigos/as, mestres, pais ou senón recorre a un profesional.

MITO: Bebendo ligamos máis.

REALIDADE: **O alcohol ó principio reduce as inhibicións e témo-la sensación de estar máis atrevidos; sen embargo, a nosa fala de contado se comeza a facer máis lenta, pesada e sen sentido. Volvémonos uns pesados/as.**

MITO: O alcohol dá calor e aumenta a resistencia ó frío.

REALIDADE: **O alcohol fainos perder calor a nivel interno e corrémo-lo risco de padecer unha hipotermia.**

En situacións de embriaguez hai que abrigar e proporcionarlle calor ó suxeito. Nunca intentar espertalo con duchas frías.

MITO: O alcohol abre o apetito.

REALIDADE: **O alcohol non é un alimento nin unha medicina; pola contra, pode producir lesións gástricas. O efecto do alcohol produce falsas sensacións de fame. O abuso crónico do alcohol adoita producir desnutrición.**

A prevención do consumo de drogas

MITO: O alcohol é bo para o corazón.

REALIDADE: Non existe ningunha evidencia do efecto beneficioso sobre a circulación coronaria. Pola contra, hai probas que demostran que pode producir lesións no músculo cardíaco. As bebidas alcohólicas non deben empregarse como tónico cardíaco.

MITO: O alcohol estimula a secreción do leite materno.

REALIDADE: O alcohol non é bo para a lactación. O alcohol inxerido durante este período pasa ó leite materno e, polo tanto, ó lactante, con posibles graves efectos tóxicos se abusamos.

MITO: O alcohol axuda a durmir mellor.

REALIDADE: O alcohol produce unha alteración das fases do sono diminuindo a reparación psíquica, polo que aparece a sensación de cansazo ó día seguinte (de aí algúns dos síntomas da resaca).

MITO: O alcohol adelgaza.

REALIDADE: O alcohol engorda. Unha vez metabolizado únese ós lípidos e glúcidos. O que explica que o alcohol é un factor que contribúe á obesidade e que un réxime de adelgazamento implique a súa supresión.

MITO: O alcohol estimula a potencia sexual.

REALIDADE: Posiblemente estimule o desexo, pero inhibe a acción. Reduce as inhibicións, pero incrementa a impotencia.

CANNABIS

1. Un pouco de historia

Con este nome désígnanse os preparados e derivados da planta *Cannabis sativa* na súa variedade *índica*. O cannabis é coñecido dende o século IX a. de C. Na India, o haxix é coñecido dende hai 2.000 anos. En moitos lugares atribúeselle un significado mítico pola produción de alucinacións e estimulando a mutilacións voluntarias, como as que se daban no culto á deusa Siva.

O cannabis desempeñou un gran papel durante a Idade Media no Islam. O xeque Hassen-i-Sabbah, *O vello da montaña*, provocou un cisma no islamismo fundando a secta dos Hashashin, que entraban en éxtase co haxix. Do nome desta secta procede a palabra “asasino”. O vello da montaña estaba convencido de que se podía chegar ó paraíso cometendo crimes, especialmente se a vítima era un infiel. A súa secta fíxose famosa en todas partes polos seus continuos ataques ós cruzados. Dende Oriente Medio, o uso do cannabis espallouse a través do norte de África a todo o imperio islámico.

O uso do cannabis en España estendeuse en 1545, cando os españois o introduciron dende Chile para facer un uso industrial deste, xa que a súa fibra é moi resistente e utilizábase (utilízase) para facer cordas.

En América, sobre todo en Virxinia e Nova Inglaterra, existían plantacións desta planta para a produción de cordas. Foron os propios escravos os que, coñecendo as súas propiedades psicoactivas e curativas, comezaron a usala como planta medicinal. Os escritos médicos de O’Shaughnessy, Jacques Joseph Moreau e Fitz Hugh Ludlow popularizárona nos círculos médicos. Dende 1850 ata 1942 o cannabis estivo incluído na farmacopea dos Estados Unidos e as empresas farmacéuticas comercializaban preparados a base de cannabis. Durante os anos vinte do século XX, o uso da marihuana en Estados Unidos proliferou o seu consumo debido sobre todo á exposición dos soldados á substancia en América Central, no Caribe e á “lei seca”.

En 1937, a substancia pasou de ser venerada a ser proscriba, mediante unha lei que foi aprobada sobre todo gracias a unha campaña de desinformación e histeria dirixida por Harry J. Anslinger, comisario da Oficina Federal de Narcóticos. Anslinger retratou a marihuana como a substancia que conducía de forma irrevogable á loucura homicida.

O consumo de marihuana popularizouse no ambiente da contracultura xuvenil na década dos sesenta, cando entre a xeración *beat*, comezou a estenderse o seu consumo. Pouco a pouco, o consumo de cannabis pasou a ser un símbolo, unha arma contra o poder establecido e, en conxunción con certas filosofías orientais, xurdiu como unha “representación social” da volta a formas de vida máis naturais e no símbolo dos movementos da contracultura. O seu consumo incrementouse de forma constante ata 1979, cando diminuíu de xeito drástico.

2. ¿Que é e que contén?

A planta *cannabis sativa* é unha planta anual que medra de xeito silvestre ou cultivada nas latitudes tropicais e tépedas. A variedade *índica* considérase unha subespecie do *Cannabis sativa*. É unha planta *dioica*, quere dicir, son plantas macho e femia que medran por separado. A planta macho é máis alta e normalmente morre despois da floración; a femia, pola contra, é máis pequena e arborada, as flores e as follas das femias teñen máis resina e, polo tanto, teñen maior poder psicoactivo. O *haxix* provén fundamentalmente da resina.

A prevención do consumo de drogas

A pesar de que se trata dunha droga bastante consumida, sábese bastante menos que doutras. Dos máis de 60 cannabinoides atopados no fume da marihuana só se estudaron en profundidade 14. O que si se estudou foi o **delta-9-tetrahidrocannabinol (THC)**, que é directamente psicoactivo; é dicir, non necesita ser metabolizado para exercer a súa acción. Outros cannabinoides estudados con certo rigor son o delta-8-THC, o cannabidiol (CBD) e o cannabiol (CBN).

A potencia da marihuana posúe unha gran variabilidade. A propiedade psicoactiva está directamente relacionada coa cantidade de THC. Cando se cultiva por métodos tradicionais, a concentración máis elevada obtense das flores das plantas femia. Sen embargo, nos últimos anos estendeuse un novo sistema de cultivo, o que supuxo o **“sensemente”**, co que a concentración de THC é moito maior, e obtéñense maiores ganancias económicas coa súa venda; este contido está aumentando nos últimos anos, debido á experimentación xenética coas sementes e cos cultivos hidropónicos en invernadeiros.

A potencia da marihuana cambiou drasticamente nos últimos anos. A título de exemplo, a principios dos setenta un cigarro de marihuana podía ter un 1% de THC sobre o peso total; é dicir, 10 mg de THC. Na actualidade, un cigarro de marihuana pode chegar a conter 150 mg de THC e o dobre se é leado con aceite de haxix. Así, un consumidor actual pode estar exposto a doses de 300 mg nun único “porro”. **Algúns traballos demostraron que unha dose diaria de 180 mg de THC durante 11 a 21 días produce unha síndrome de abstinencia clara e evidente.**

Un cigarro de haxix contén 3-5 veces máis alcatrán ca un cigarro de tabaco. Non existe ningunha dúbida de que o fume da marihuana provoca cancro de pulmón, entre outras enfermidades.

3. Formas e tipos de marihuana

Marihuana

Preparada coas flores e follas secas da planta *Cannabis sativa*. Potencia: 1% e máis de THC (a principios da década dos setenta), 6-14% de THC (en cepas actuais de “sensemente”).

O preparado, formado esencialmente polas follas da femia fecundada denomínase *Kiff*, e consómese prioritariamente en Marrocos. Outra forma de presentación é a grifa, que se prepara coas flores secas da planta.

O termo marihuana (*marijuana*, en inglés) procede de México, onde era un termo coloquial para designa-lo tabaco barato.

Haxix

Prepárase recollendo a resina segregada polas follas do cannabis ou fervendo a planta. Presiónase en tacos ou pasteis. Potencia: 10-20% THC

Aceite de haxix

Prepárase mediante a destilación da planta en disolventes orgánicos. Potencia: 15-30% THC.

4. ¿Que efectos produce?

A principal vía de administración nos humanos dos preparados coa planta *Cannabis sativa* (haxix, marihuana, kiff, etc.) é a inhalatoria. A absorción por esta vía dos compostos activos depende, entre outros factores, de: primeiro, a combustión da substancia, como demostra o feito de que os cannabinoides ácidos descarboxilan con bastante rapidez cando están expostos á calor; segundo, do tipo de preparación utilizada; e, terceiro, do tempo empregado en fumarlo: a duración da inhalación e da retención do fume dan lugar a que o tempo de contacto coas vías respiratorias sexa maior e, polo tanto, a que o paso dos compoñentes activos ó sangue tamén sexa maior.

A nivel subxectivo, doses baixas presentan efectos paradoxais, e actúan como estimulante e como depresor; depende sobre todo das expectativas previas do individuo. En doses máis elevadas predominan os efectos depresores.

Os efectos do cannabis, cando produce a **subida**, consisten esencialmente en cambios na percepción, humor, emoción e pensamento; aparecen cambios na concentración e no empeoramento da memoria. A subida adoita ir seguida por un período de **baixada**, que produce unha redución na coordinación, no equilibrio, etc.

Outras consecuencias do seu consumo son a produción de alteracións a nivel cardiovascular: taquicardia, hipotensión arterial e pode inducir cambios na temperatura corporal. Ademais da súa acción sobre o SNC, a marihuana tamén exerce efectos sobre os sistemas inmunitario, reprodutor e cardiovascular

A adolescencia é o momento evolutivo menos indicado para comezar a consumir drogas. Dende o **punto de vista fisiolóxico**, fumar inhibe o nivel de hormonas sexuais e interfere nos procesos de crecemento, da maduración sexual e da menstruación. Dende o punto de vista **psicolóxico** é unha etapa da vida na que se toman decisións que afectan ó futuro. Trátase pois de efectos que poden condicionar toda a vida dunha persoa.

Numerosos estudos indican que os cannabinoides son supresores de diversas funcións inmunes. Así, por exemplo, está demostrado que os cannabinoides inhiben as seguintes funcións inmunes:

- Procesamento e presentación do antígeno.
- Interacción entre as células T e as células B.
- Producción de citoquinas por células T e macrófagos.
- Activación de células B, NK, macrófagos e granulocitos.
- Producción de anticorpos polas células B.

Parece ser que o mecanismo implicado nestas accións podería ser a inhibición da adenilil ciclasa polos cannabinoides. Unha vez debilitado o sistema inmune somos máis vulnerables a padecer enfermidades.

Nos homes, a marihuana diminúe a produción de testosterona e diminúe a función reproductora. Nas mulleres produce alteracións hormonais do ciclo reprodutor feminino. Tamén inflúe negativamente na fertilidade das mulleres consumidoras habituais de marihuana.

Por último, a nivel respiratorio, produce efectos moi similares ós do tabaco. Aínda que os fumadores de marihuana fuman menos cós de tabaco, o fume inhálano máis profundamente, non empregan filtros e apuran o cigarro ata o final. O que supón que fumar marihuana comporta riscos similares ós do tabaco: cancro de pulmón, enfisema, bronquite crónica, carcinomas do tracto respiratorio e outros trastornos respiratorios.

Outras repercusións negativas que non son producidas directamente pola marihuana son as seguintes:

- A marihuana, contaminada debido ó uso dun herbicida denominado paraquat nas colleitas ilegais, afecta gravemente os pulmóns, glándulas adrenais, fígado e bazo. No pulmón produce, nun curto período de tempo, fibrose pulmonar, letal para as persoas.
- Micoorganismos como o *Aspergillus*, debido a un mal coidado e traslado da planta, producen graves infeccións respiratorias. Ó ser unha substancia ilegal transpórtase en lugares pouco hixiénicos e ás veces ten que botar moito tempo en lugares como nas salas de máquinas dos barcos, no medio doutros produtos, etc., o que compartía un risco engadido para a saúde.

5. Mitos e crenzas sobre o cannabis

MITO: É mellor fumar un porro que fumar un cigarro.

REALIDADE: Un porro é mestura de haxix e tabaco.

Un porro é a mestura de haxix e o tabaco dun cigarro normal; polo tanto, estás fumando por un lado, a droga que contén o haxix (THC) e por outro lado, a nicotina que contén o cigarro de tabaco; xa que logo, estás consumindo dúas drogas.

O haxix contén entre tres e cinco veces máis alcatrán que un cigarro; polo tanto, estás inxerindo por un lado o alcatrán do cigarro e por outro o alcatrán da resina de haxix (cinco veces máis).

Ademais fúmase sen filtro, polo tanto non hai nada que se interpoña entre o fume (e tódalas partículas tóxicas que van nel) e o teu sistema respiratorio. Ademais, o fume entra a unha maior temperatura.

Os fumadores de porros reteñen o fume no pulmón entre tres e catro segundos, ¿que cres que lles diría o seu pulmón se puidese falar?

MITO: O cannabis non produce efectos negativos a curto/medio prazo.

REALIDADE: O consumo de cannabis produce alteracións na produción de hormonas.

Fumar marihuana inhibe a produción de hormonas sexuais e interfere nos procesos de crecemento, na maduración sexual e na menstruación.

Debido ós seus efectos sobre o SNC produce incapacidade motora; e este é o motivo polo que os consumidores poden ter accidentes de tráfico ou laborais.

Os compoñentes da marihuana almacénanse nos tecidos graxos do cerebro durante semanas, e afectan así as capacidades de pensamento, razoamento, etc.

Os compoñentes da marihuana inflúen negativamente na memoria (lembrar), e dificultan a aprendizaxe de cousas novas e a atención.

Os consumidores de cannabis adoitan padecer-la SÍNDROME AMOTIVACIONAL, unha apatía xeral para facer ou emprender cousas.

MITO:	Quen consome cannabis (porros) tamén consome outras drogas.
REALIDADE:	Aínda que isto non é totalmente certo, si é verdade o seguinte: O cannabis é a droga de entrada para consumir outras (sen esquecer que seguramente son fumadores de tabaco). Onde se fuma ou consegue cannabis é doado acceder a outras drogas. A marihuana é unha droga, se facemos un uso indebido dela vains causar efectos e posiblemente danos no SNC.
MITO:	É moito peor o alcohol ou o tabaco cá marihuana.
REALIDADE:	Ningún dubida hoxe en día dos efectos negativos que produce o consumo indebido de tabaco ou de alcohol; pero tampouco se dubida dos efectos negativos que trae consigo o consumo de cannabis. Os efectos inmediatos do consumo de cannabis sobre o organismo son: incremento da taxa cardíaca, arroibamento dos ollos, sequidade da boca e a gorxa, lixeiro descenso da temperatura corporal, sistema da alarma do organismo. O cannabis afecta os pulmóns gravemente, xa que se adoita fumar sen filtro (fai que o fume chegue directamente) e ademais adoita fumarse con tabaco, o que implica as substancias tóxicas. O cannabis produce alteracións hormonais na adolescencia/mocidade que condicionan negativamente o desenvolvemento dese individuo. O consumo regular de marihuana afecta o proceso de formación de glóbulos brancos, necesarios no sistema inmunitario do organismo.
MITO:	O cannabis non produce dependencia.
REALIDADE:	O cannabis é unha droga e, como todas, pode producir dependencia cando se fai un consumo indebido dela. Como sucede con tódalas drogas hai que ter en conta a frecuencia do consumo, cantidade... É un mito estendido nos anos sesenta e setenta para xustificar, entre outros motivos, o seu consumo. Hoxe en día, tralos estudos realizados, non se dubida de que o cannabis é adictivo. A potencia da marihuana hoxe en día é moito maior que nos anos sesenta e setenta (cultivo “sensemente”). Na actualidade, un cigarro de marihuana pode conter aproximadamente 150 mg de THC, e o dobre se está leado con aceite de haxix. Un consumidor actual pode estar exposto a doses de 300 mg nun único porro. Algúns traballos demostraron que unha dose diaria de 180 mg de THC entre 11 e 21 días produce unha síndrome de abstinencia clara e evidente. Os efectos a longo prazo inclúen impotencia, perda do impulso sexual e esterilidade. Nas mulleres pode afectar-la súa fertilidade e a regularidade do ciclo menstrual.

A prevención do consumo de drogas

MITO: Os/as meus/miñas amigos/as pensarán que son un covarde se non me atrevo a probalo.

REALIDADE: **Os teus amigos non te rexeitarán nin pensarán que es un covarde se lles expós as túas razóns para non consumir dunha forma clara e coherente.**

¿Rexeitarías ti a un/unha amigo/a por non fumar un porro se eles non quixesen?

Se tes amigos/as que fuman porros é moi probable que intenten que ti tamén fumes. As persoas que fuman porros séntense ameazadas por quen pasa dos canutos, xa que a miúdo, e aínda que non o din, están preocupados e séntense culpables por fimalos e, polo tanto, buscan cómplices das súas accións.

MITO: Fumar porros significa que es moderno e rebelde.

REALIDADE: **A modernidade e a rebeldía non se demostran facéndote dano a ti mesmo. Busca outros xeitos de mostrarte moderno: viaxa, estudia, le, practica deportes de máis ou menos risco, fala con todo tipo de xente, participa en asociacións, ocupa o teu tempo libre con algo que te satisfaga persoalmente, utiliza a túa capacidade de innovación...**

Un é moderno e intelixente porque sabe defenderse e enfrontarse a un mundo cada vez máis competitivo e porque, ademais, é respectuoso consigo mesmo e cos demais.

Estar en contra do sistema non implica necesariamente que dáne-la túa saúde ou a dos demais.

As persoas que recorren ás drogas para divertirse non exercitaron nin o máis mínimo a súa imaxinación. Paradoxalmente son as que menos se coñecen a si mesmas.

Ser novo debe ser sinónimo de busca-la independencia, non a dependencia dunha substancia.

DROGAS DE SÍNTESE

1. Un pouco de historia

As drogas de síntese foron introducidas popularmente nos anos sesenta en EE.UU.; aínda que realmente son unhas drogas sintetizadas por científicos alemáns en 1910 combinando mescalina e anfetaminas.

A súa finalidade era terapéutica, pero axiña foron descartadas polos baixos efectos positivos que tiñan e polos graves **efectos secundarios** que provocaban: hipertermia con marcada sudoración, rixidez muscular, euforia, distorsións perceptivas, alucinacións, taquicardias, insomnio, etc.

A principios dos oitenta empezouse a estende-lo seu consumo en certos ambientes culturais e, sobre todo, musicais norteamericanos. En Europa entran a través de Reino Unido asociadas a certas formas musicais e subculturais xuvenis (*acid house, rave, dance culture,...*) así como en espazos de ocio xuvenil, como as macrodiscotecas.

En España introducíronse polas Illas Baleares, de man de turistas británicos, holandeses... e sempre unidas a festas, discotecas de música “bacallao”. Nos anos oitenta comeza a estenderse o consumo no noso país, debido en boa parte á percepción benigna das pímulas e a certas crenzas que os mozos tiñan sobre elas (“non enganchan”) se a comparabamos con outras drogas, en especial a heroína.

Polo tanto, aínda que moitos cren que son unhas drogas modernas, son moi antigas e ademais moi daniñas para a nosa saúde.

2. ¿Que son e que conteñen?

As drogas de síntese (termo correcto, xa que se obteñen dunha síntese química) ou de deseño (concepto máis social que farmacolóxico) máis consumidas polos mozos, obtéñense por substitución dalgún dos grupos moleculares da estrutura básica da fenilalkilamina. Moitas das drogas de síntese popularizadas na última década inclúen membros deste grupo como a MDA (droga do amor), a MDMA (éxtase), a DOM, a DOET, etc. Todas elas teñen en común a estrutura da mescalina e da anfetamina.

A maioría elabóranse en laboratorios clandestinos e preséntanse en forma de pímulas, cápsulas, po ou líquido.

Tamén poden conter outras drogas, como a heroína, cocaína, alucinógenos, speed, efedrina, etc. É moi probable que tamén conteñan substancias nocivas introducidas no seu proceso de elaboración (laca de unllas, pinturas, disolventes, etc.).

O **MDA (droga do amor)**, e sintetizada en 1910 por Mannish e Jacobson, dous químicos alemáns. A doses baixas, entre os seus efectos, producía unha dilatación das pupilas (midriasis), un aumento da presión arterial e do pulso. Ó incrementa-la dose, aparecen síntomas como a hipertermia con marcada sudoración, rixidez muscular, euforia, aumento das sensacións táctiles e en doses maiores pode producir distorsións perceptivas e mesmo alucinacións. Aínda que nun primeiro momento non se lle concedeu ningunha importancia, en 1941 experimentouse o seu posible uso para o tratamento da enfermidade do Parkinson, aínda que axiña se rexeitou ó comprobar que non só non rebaixaba a rixidez muscular senón que a aumentaba. Despois utilizouse en psicoterapia, pero ó comprobarse a súa toxicidade tamén se descartou.

A prevención do consumo de drogas

O **MDMA (éxtase)** sintetizárono en 1912 químicos da compañía alemana Merck. Nun primeiro momento patentouse como un supresor do apetito, pero non se lle atopou ningún uso clínico. Nos anos cincuenta, o exército americano experimentou con elas debido á súa posible utilidade bélica.

Nos anos sesenta comezouse a usar como droga psicoactiva nos movementos *underground* norteamericano e vinculouse a outras drogas psicoactivas, predominantemente as psicodélicas e visionarias. É esencialmente a sucesora do MDA e ademais adquiriu unha gran reputación entre os máis novos por producir unha euforia sensual e por ser doado de controlar. A produción ilegal desta substancia dispárase nos anos oitenta en EE.UU., debido a que se converte na droga favorita nas discotecas e nos clubs e tamén está unida a varios movementos musicais e culturais. En Europa popularizouse sobre todo no Reino unido, Alemaña e Holanda, sempre asociada a certos movementos musicais (*acid house, rave, dance culture*) e, polo tanto, a espazos de lecer do novo ocio xuvenil de principios dos noventa, as macrodiscotecas e os clubs.

3. ¿Que efectos producen?

Os efectos varían segundo a dose tomada (como tódalas drogas). Normalmente son activas a partir de 70-100 mg (ou a partir de 0'8 mg/kg de peso) e comezan a producir efectos en menos de media hora, a maioría desaparecen entre as catro e as seis horas.

Existen numerosos estudos experimentais nos que se demostra que a administración de MDMA produce un patrón neurodexenerativo específico da transmisión serotoninérxica no sistema nervioso central, máis concretamente provoca unha redución na concentración do 5-HT (serotonina) e do seu metabolito 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético), así como na densidade dos lugares da recaptación do 5-HT e na actividade da tritófano hidroxilasa.

A doses baixas	A doses elevadas
• Dilatación das pupilas	• Aumento da temperatura corporal
• Aumento da presión arterial	• Excesiva suor
• Aumento do pulso	• Rixidez muscular
• Sequidade da boca	• Euforia
• Suor (golpe de calor)	• Vómitos, náuseas
• Ansiedade	• Distorsións perceptivas: alucinacións
	• Taquicardias

Normalmente, estes efectos van acompañados doutros secundarios que varían segundo a persoa (estado emocional, idade, peso, etc.). Entre os efectos **somáticos** destacan:

• Insomnio	• Boca seca
• Taquicardias	• Desexo de orinar
• Diaforese	• Perda do control
• Dificultade para coordinar movementos	• Reaccións alérxicas

• Insuficiencias hepáticas: falla fígado	• Movemento involuntario da mandíbula
• Calafríos	• Perda do sentido da orientación
• Visión borrosa	• Sensación de calor
• Trismo	• Movements involuntarios dos ollos
• Accidentes cerebro-vasculares: hemorraxias, trombose e infartos cerebrais	• Hiponatremias: diminución da concentración de sodio no plasma

A maioría destes efectos son propios da sobreestimulación simpática, tanto na área cardiovascular como na área neurolóxica, e resultan totalmente congruentes coas propiedades farmacolóxicas das drogas de síntese máis consumidas (MDA e MDMA).

En canto ós efectos **neuropsiquiátricos** adoitan destacar:

• Atafego	• Irritabilidade
• Perdas temporais da memoria	• Paranoia
• Ansiedade, atafego	• Obsesión
• Problemas psiquiátricos: depresión, trastorno por angustia...	• Trastornos de pánico
• Dificultades para concentrarse	• Pensamentos estraños
• Perda de control nas accións	• Inestabilidade mental

Entre os efectos **subjectivos** que adoitan informa-los consumidores son:

• Euforia	• Enerxía
• Felicidade/alegría	• Aceptación dos outros
• Locuacidade	• Maior intimidade
• Alucinacións acústicas	• Alucinacións visuais
• Risa	• Autoestima
• Desexo de contacto físico e, en casos, sexual	• Desinhibición

Os efectos atribuídos polos usuarios a esta droga poden variar en función dunha serie de factores incontrolables como son: o contido dos comprimidos, as doses, o principio activo que leven as pílulas... Tamén inflúen factores máis ambientais, como o lugar onde se tomen, as expectativas do individuo, o estado físico e psíquico do individuo... Non obstante, en xeral, podemos dicir que a maioría dos usuarios consideran que as pílulas son unha droga estimulante máis que alucinóxena, que facilita a comunicación, a solidariedade grupal e, en bastantes casos, tamén erótica. Estas sensacións non varían en función do sexo.

4. Mitos e crencas sobre as drogas de síntese

MITO:	Son inofensivas, non son drogas.
REALIDADE:	Son drogas (derivados anfetamínicos) e, como todas, poden provocar adicción. Non existe ningún control de calidade na súa fabricación, polo que poden conter calquera tipo de substancia adulterante. Pílulas aparentemente iguais poden conter produtos distintos e doses distintas. Moitas nin sequera conteñen droga, son unha fraude.
MITO:	Facilitan as relacións sexuais.
REALIDADE:	As drogas de deseño poden provocar impotencia nos homes e dificultades para acadalo orgasmo nas mulleres. As relacións sexuais son máis interesantes se es ti quen leva-lo control. En certas situacións, o consumo de éxtase e doutras drogas pode dárla sensación de que aumenta o desexo de establecer contacto físico con outras persoas. Sen embargo, nas relacións sexuais provoca impotencia e desconcentración. Baixo os efectos destas drogas téñense menos precaucións, o que pode producir consecuencias negativas, como embarazos non desexados, infeccións, SIDA, etc. Hai drogas que poden aumenta-lo desexo, pero case todas aumentan a impotencia.
MITO:	Son algo novo, están de moda, son modernas, etc.
REALIDADE:	A maioría delas son substancias moi vellas; o éxtase sintetizouse en 1912, xa se usaron nos anos setenta e foron rexeitadas polos efectos secundarios. As drogas de síntese son moi antigas (1910-12) e foron rexeitadas como medicamentos e como drogas de recreo polos graves efectos negativos que provocaban. A estratexia publicitaria é presentalas como de moda ou de deseño para vender máis. Son unha mala copia das que se sintetizaron a principios de século.
MITO:	Para estar á moda hai que tomalas. Todo o mundo as toma.
REALIDADE:	Só o 3% dos mozos as probaron e só o 1% as consome a miúdo. Para estar á moda non necesitas drogarte, senón discurrir. A maioría dos mozos nin as probaron nin as van probar. ¡Témolo moi claro!

A prevención do consumo de drogas

MITO:	Colocado/a divírtome máis.
REALIDADE:	As persoas que necesitan drogarse para pasalo ben non exercitaron a súa imaxinación nin o máis mínimo. Busca o teu estímulo nos/as teus/túas amigos/as, en alternativas no teu tempo libre; non te empobrezas. A maioría das drogas provocan efectos secundarios moi frecuentes: insomnio, taquicardia, ansiedade, paranoia, perda do control, etc. Ó día seguinte é normal a fatiga, a apatía, a incapacidade para traballar e para estudar e a falta de desexo sexual.

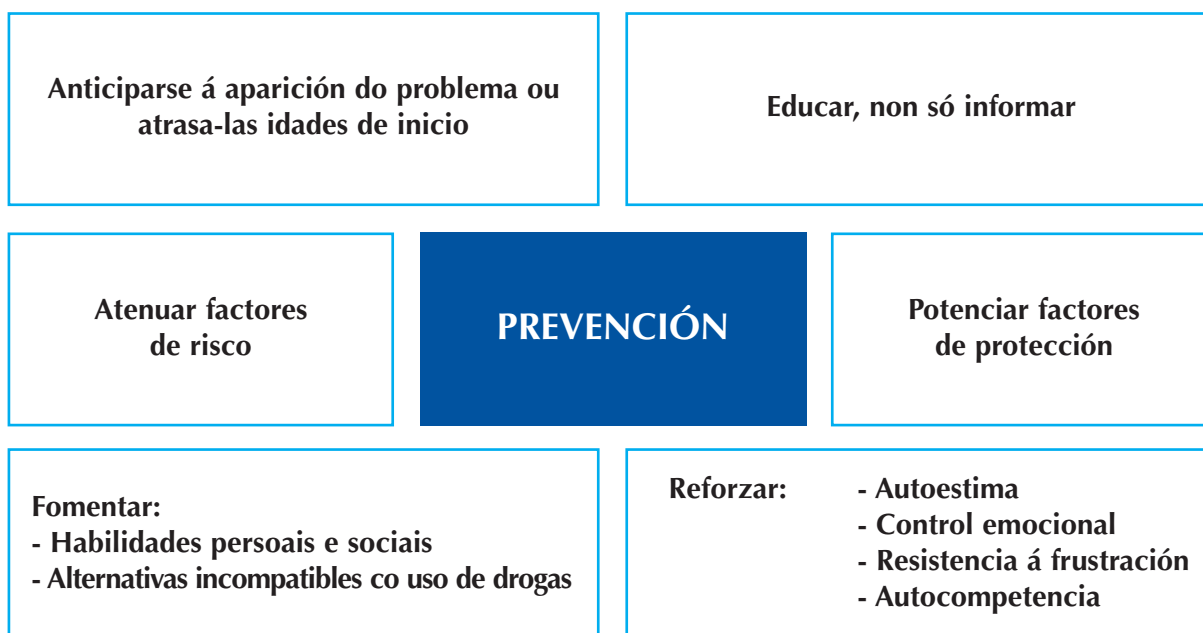
1.3. A PREVENCIÓN E OS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS E CRITERIOS BÁSICOS

Enténdese por prevención de drogodependencias un conxunto de medidas tendentes a modificar e a mellora-la formación e calidade de vida dos individuos, fomentando o autocontrol individual e a resistencia colectiva ante a oferta de drogas (Martín, 1995). Estas medidas pódense aplicar nos ámbitos educativo, familiar e comunitario.

Aínda que é clásica a división dos programas de prevención segundo unha terminoloxía do paradigma sanitario (primaria, secundaria e terciaria), recentemente aplícase á prevención das drogodependencias unha distinción entre os seguintes tipos de prevención: universal, selectiva e indicada (Gordon, 1987). A **prevención universal** sería aquela que pode dirixirse a tódolos adolescentes, beneficiando a todos por igual. Son perspectivas amplas, menos intensas e menos custosas que outras que se orientan a conseguir cambios de comportamento duradeiros. Inclúense nestes programas os escolares que tratan de fomentar habilidades e clarificar valores. A **prevención selectiva** é aquela que se dirixe a un subgrupo de adolescentes que teñen un risco maior de ser consumidores cá media dos adolescentes. A **prevención indicada** é a máis intensa e a máis custosa. Diríxese a un subgrupo concreto de individuos da comunidade que adoitan ser consumidores ou que xa teñen problemas de comportamento, e as actividades diríxense tanto ós que xa son consumidores como ós que son experimentais.

Para a aplicación deste programa de prevención no ámbito educativo imos centrarnos fundamentalmente na prevención universal para a redución da demanda (a redución da oferta é obxecto dos corpos e forzas de seguridade do Estado). Así, a prevención universal pon en funcionamento, aplica métodos e toma medidas antes de que xurda o consumo problemático de drogas. O seu obxectivo é impedir que este apareza ou, se iso non é posible, atrasar ó máximo as idades de inicio destes consumos.

Neste esquema reflíctese o que se entende por prevención das drogodependencias no marco educativo que nos atinxe.



Estructura, principios e criterios dos programas de prevención

Para que a nosa actuación preventiva sexa o máis eficaz posible cómpre que forme parte dun proceso continuado e reforzado en sucesivos cursos académicos, integrado nos currículos. Ademais, este programa debe formar parte dun **plan** máis amplo que dispoña doutros **programas** preventivos (para a familia e a comunidade en xeral), asistenciais e de incorporación social. Do mesmo xeito, debe desagregarse en **proxectos** e **actividades** máis específicos, atendendo ás necesidades dos distintos centros educativos.

O Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPCDE) intégrase no Plan de Galicia sobre drogas 2001-2004, que dispón doutros programas, proxectos e actividades nas áreas de prevención, asistencia e incorporación social, nunha acción global que implica a Administración, os profesionais e a sociedade.

En xeral, un programa de prevención é un conxunto de actuacións relacionadas entre si para conseguir impedi-la aparición dun problema de drogodependencias; é dicir, para evitar ou atrasalo uso e abuso das distintas drogas. Os programas de prevención teñen tamén múltiples compoñentes, pois o consumo de drogas está influído por numerosos factores. Os compoñentes que maioritariamente están presentes nestes programas son do seguinte tipo:

Cognitivo	Información sobre substancias, prevalencias e riscos de consumo
Autoimaxe e autosuperación	Formación da propia imaxe e mellora da autocompetencia
Toma de decisións	Pensamento crítico ante publicidade e persuasión Toma responsable de decisións
Control emocional	Afrontamento da ansiedade, técnicas para autocontrol
Adestramento en habilidades sociais	Habilidades de comunicación e resistencia á presión de grupo
Criterios de ocio	Alternativas á busca de sensacións. Ocio saudable
Valores	Tolerancia, solidariedade, cooperación
Intervención familiar	Habilidades de comunicación familiar, estratexias para normas e límites

A investigación preventiva (NIDA, 1997) presenta unha serie de **principios** que cómpre considerar para unha maior eficacia dos programas:

- Deben realza-los factores de protección e reduci-los de risco (ver apdo. 1.4)
- Deben abordar tódalas drogas, incluíndo tabaco, alcohol, derivados do cannabis, mal uso e abuso de medicamentos, drogas de síntese.
- Deben ser adecuados á fase evolutiva e sensibles ós aspectos culturais.
- Deben contar con apoio externo para o profesorado.
- Deben incluír técnicas de resistencia e de competencia persoal e social.
- Deben utilizar métodos interactivos que complementen a didáctica tradicional (grupos de discusión, audiovisuais, multimedia).

A prevención do consumo de drogas

- Deben ser deseñados a longo prazo e para todo o currículo educativo, con intervencións reiteradas para reforza-los obxectivos iniciais.
- Deberían permiti-la detección de grupos de alto risco para o consumo de drogas.

Así mesmo, froito do consenso das estruturas que configuran o Plan nacional sobre drogas, elaboráronse uns **criterios básicos de intervención** nos programas de prevención das drogodependencias que se propoñen para a realización das actuacións preventivas no noso país, sen ter un carácter normativo nin pretender ser un marco ríxido e definitivo. Sinalamos a continuación algúns deles:

- **Busca dun certo consenso en prevención.-** A actuación debe ser multidimensional e transdisciplinar para traballar con estilos de vida problemáticos máis que con substancias, xa que o tipo, uso e abuso destas evoluciona moi rapidamente. A planificación das intervencións debe contar co compromiso de diversos ámbitos institucionais, profesionais e da sociedade baixo o principio da corresponsabilidade social.
- **Necesidade dunha avaliación previa de necesidades.-** En prevención xa non vale todo, senón que o que facemos debe ter unha xustificación, pertinencia e axuste ós problemas detectados. Esta avaliación debe conter: descrición da poboación estudiada, características da área xeográfica, fontes de información que se utilizan, indicadores de actividade, expertos e apoios cos que se conta, criterios de análise e interpretación de resultados.
- **Adecuación a unha estrutura e metodoloxía de programación.-** Hai que describi-lo marco teórico que guía a nosa intervención, defini-los obxectivos xerais e específicos, a poboación á que nos diriximos, qué estratexias establecemos conforme ós obxectivos antes definidos, con qué medios técnicos e materiais imos contar, qué avaliación (de proceso e de resultados, segundo o caso) imos facer.
- **Contorno institucional e de xestión.-** Debe fixarse un marco competencial e de responsabilidade no que se articule a participación das administracións e da iniciativa social.
- **Os materiais didácticos dos programas educativos** deben axustarse ás esixencias curriculares e ós requirimentos pedagóxicos comúns, conterán guías de uso para profesores e/ou titores, centraranse no obxectivo prioritario de diminuí-la vulnerabilidade psicolóxica de nenos/as e adolescentes, presentarán modelos vitais positivos e atractivos con contidos cientificamente actualizados.

1.4. OS FACTORES DE RISCO E DE PROTECCIÓN

1. Introducción

En prevención, entendemos por factores de risco aquelas características individuais, sociais e culturais que en conxunto e nun momento dado, incrementan as condicións de vulnerabilidade das persoas xerando ou reforzando o consumo de substancias psicoactivas. Os factores de protección defínense como aquelas variables (situacións, actitudes, valores...) que contribúen a previr, reducir ou modula-lo consumo de drogas. Os factores de risco e de protección non son posicións opostas dun mesmo continuum, senón dúas realidades diferenciadas que interactúan entre si.

Entre os factores de risco analizados na investigación científica sinálanse os sociais, familiares, a influencia dos compañeiros, os socioculturais, os valores e conductas desviantes, os intra-persoais, os de personalidade e os estados emocionais. Obsérvanse varios niveis na relación existente entre os factores de risco e os consumos de drogas: a) nun nivel máis intenso estarían as relacións cos compañeiros, valores pouco convencionais, ser emocionalmente pouco estable, ter actitudes proconsumo e a infravaloración dos riscos que comportan as drogas. b) Nun nivel de menor intensidade estarían os factores familiares e os escolares, así como o nivel educativo, a clase social, a ocupación e os factores laborais.

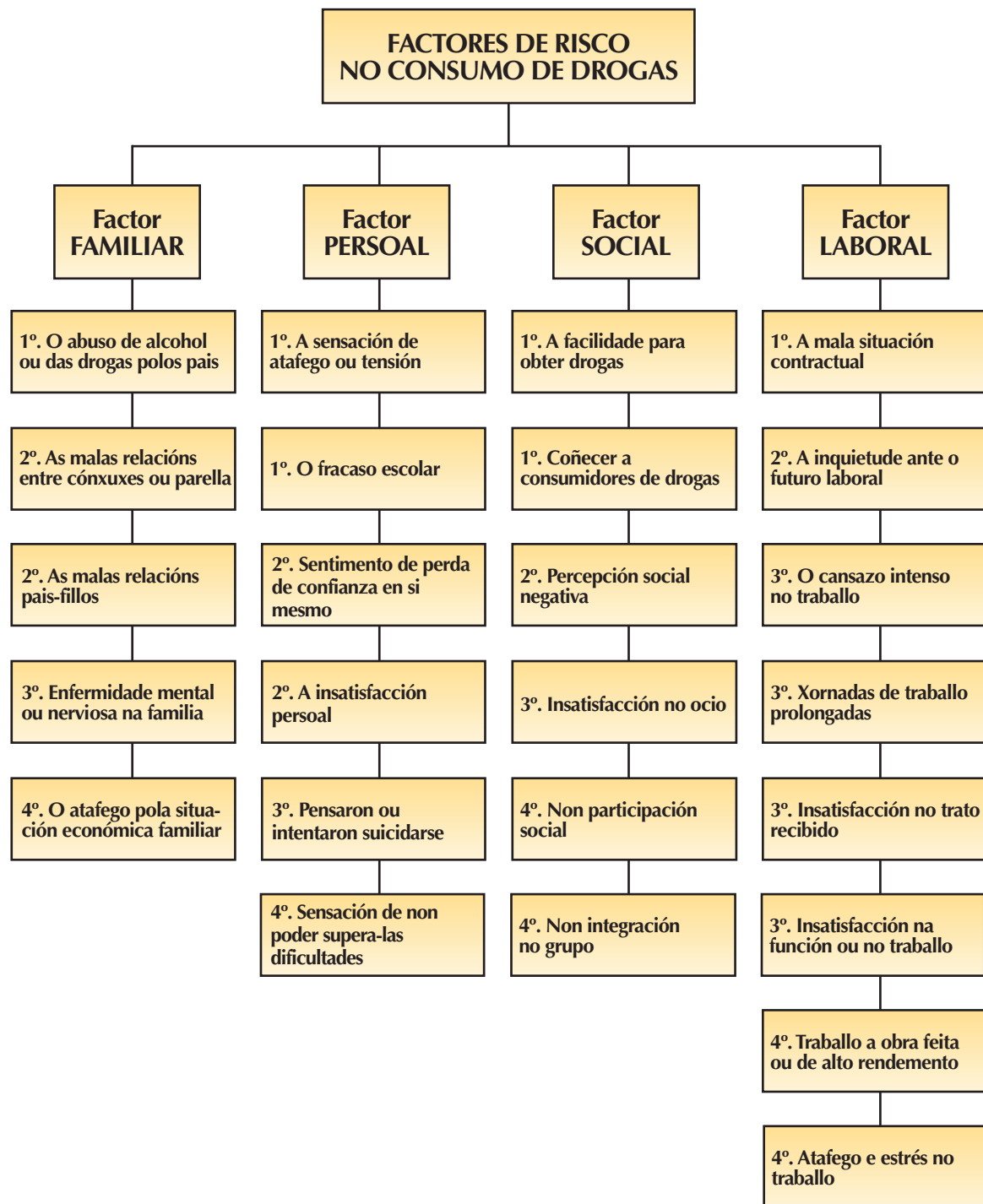
Entre os factores de protección que máis se correlacionan coa prevención ou redución do consumo de drogas sinálanse as normas de conducta na familia e na escola, as relacións familiares satisfactorias, o apego familiar, o apoio social, a implicación en actividades comunitarias, a autoaceptación e a existencia de valores positivos con respecto ó corpo e á vida.

2. Os factores de risco e de protección do consumo de drogas en Galicia

No último estudio do consumo de drogas en Galicia, no que se analizaron estes factores de risco e de protección, extraéronse as seguintes conclusións:

- a) **Factores de risco.** Estrutúrase a súa análise en catro bloques —familiar, persoal, social e laboral—, e obsérvase:
- Unha clara relación entre as situacións que configuran os factores de risco e os consumos de drogas. Esta relación detectouse no 62% de tódalas combinacións posibles entre variables explicativas e clases de consumos.
 - Os factores de risco que máis inciden serían o social e o persoal (no que se inclúe o fracaso escolar), seguidos a non moita distancia polo familiar e laboral, para o que se atende á seguinte xerarquización de variables en cada factor:

A prevención do consumo de drogas



A prevención do consumo de drogas



b) Factores de protección: no que respecta a estes factores, agrupados nas categorías de “valores alternativos”, “actividades alternativas”, integración familiar”, “contorno e prevención”, obsérvase o seguinte:

- Hai unha clara relación entre estes factores e a modulación ou redución dos consumos de drogas. Cando están presentes estes factores as probabilidades dos consumos son menores.
- Entre tódolos factores, os máis influentes na modulación e redución dos consumos de drogas serían os de “valores alternativos” e “contorno e prevención”, seguidos a pouca distancia polos de “integración familiar” e os de “actividades alternativas”.
- As drogas máis sensibles e de mellor pronóstico na súa redución son as ilegais (cocaína, drogas de síntese, alucinóxenos, heroína...).
- **A prevención na escola** (realizar programas e actividades curriculares) constitúe a variable de protección máis influente na modulación e redución de consumos, xuntamente co valor da colaboración cos demais, a importancia do corpo e da saúde, e o diálogo pais-fillos.

Estes datos, á luz da evidencia científica, reflicten a necesidade estratéxica de actuar en dobre sentido: potenciación dos factores de protección e desactivación no posible dos factores de risco.

Dun xeito máis detallado, presentamos a continuación a análise individualizada dos **factores de protección** no ámbito educativo, recollida do manual do Plan nacional sobre drogas, ***Actuar es posible: la prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar.***

O CLIMA ESCOLAR

No medio escolar prodúcese unha serie de interaccións entre os propios mestres e entre os alumnos/as, pais/nais, etc., que van xera-lo que se denomina estilo educativo do centro. Este é o primeiro elemento que se debe considerar na prevención escolar, xa que pode funcionar tanto como factor de risco como de protección. Así, por exemplo, os códigos de disciplina, o currículo oculto, as pautas prevalentes de conducta e o ambiente que se respira son importantes no desenvolvemento da educación do alumnado e tamén na prevención das drogodependencias, xa que o clima escolar non só afecta os resultados académicos do alumno senón tamén o plano afectivo, os valores e o desenvolvemento persoal.

Segundo recolle o Plan nacional sobre drogas (1996), as características dun centro educativo con ambiente saudable ou ben desfavorable son as seguintes:

Centros educativos con ambiente desfavorable	Centros educativos con ambiente saudable
1. Establécense relacións en clave de dominio (disciplina autoritaria), fóméntase o control e a carencia de iniciativa e increméntase a tensión que se produce nas relacións persoais.	1. Os mestres relaciónanse de xeito integrador e non dominante, o que favorecese a autonomía do outro, a iniciativa, a participación e o afán por lles buscar novas solucións ós problemas.

Centros educativos con ambiente desfavorable	Centros educativos con ambiente saudable
2. Foméntase o individualismo e a competitividade, o que pode xerar un clima social agresivo e insolidario, que separa os/as alumnos/as e crea entre eles desconfianza e inseguridade.	2. Foméntase a cooperación e a solidariedade cos demais, e prepárase o/a alumno/a para actuar con responsabilidade, tanto na clase coma no centro ou no contorno exterior.
3. Foméntase a pasividade e a dependencia.	3. Poténciase a autonomía persoal e a responsabilidade dos seus membros.
4. Establécense relacións desequilibradas e discriminatorias, o que contribúe a crear un clima de desconfianza e hostilidade.	4. Trátase de xeito igualitario a todos, e evítanse marxinacións e discriminacións, dentro dun clima de respecto mutuo.
5. Predominio da relación vertical profesor/a-alumno/a.	5. A comunicación entre os distintos membros é fluída e bidireccional, cun <i>feed-back</i> transparente.
6. Empréganse metodoloxías pasivas baseadas na mera transmisión de contidos conceptuais, e priorízase a transmisión verbal e académica do coñecemento.	6. Promóvese a participación do alumnado no proceso de ensino-aprendizaxe, na aula e no centro, e priorízanse aprendizaxes activas e significativas.
7. Dáselles preferencia ós programas en vez de ó alumnado, o que minimiza a dimensión socioafectiva e emocional.	7. Os mestres son accesibles e próximos ó alumnado, e aténdense non só as dimensións intelectuais, senón tamén a socioafectiva e a emocional.
8. Ignóranse as características persoais, familiares, etc., do/a alumno/a.	8. Os mestres recoñecen, explicitan e respectan os intereses dos/as alumnos/as.
9. Favorécese a produción de individuos dirixidos e facilmente manipulables.	9. Procúrase un clima social empático, e promóvese o desenvolvemento de aprendizaxes significativas e a adquisición ou fortalecemento de actitudes de confianza, seguridade e apertura.
10. Danse relacións de enfrontamento dentro do equipo docente e malas relacións coa APA ou cos pais en xeral.	10. Poténciase a coordinación e o traballo en equipo por parte do profesorado e os distintos membros da comunidade educativa (profesor, titor, pai/nai, etc.).
11. Existe unha falta de apertura do centro escolar ante os demais sistemas sociais.	11. Establécense vínculos positivos entre a escola, familia e a comunidade.

A prevención do consumo de drogas

Así pois, parece necesario que o profesorado reflexione conxuntamente sobre os aspectos fundamentais que contribúen a crear no centro un ambiente satisfactorio e un clima escolar saudable.

A relación dos/as alumnos/as coa escola.

A escola xoga un papel fundamental nas nosas vidas, nelas pasamos gran parte do noso tempo. É un dos grandes medios de socialización, nela non só nos capacitan para sernos adultos no ámbito dos coñecementos, senón tamén no das actitudes e nos valores.

Os factores de risco escolares son:

- Mala adaptación escolar ou escasa integración.
- Insatisfacción.
- Ausencia de motivación e falta de expectativas.
- Baixo rendemento.

Considéranse factores de risco porque os/as alumnos/as van necesitar buscar fóra da escola, case sempre no seu grupo de iguais, as satisfaccións, motivacións e o recoñecemento que non atopan no medio escolar; e porque normalmente inflúen negativamente na construción da personalidade, o que xera problemas no desenvolvemento da autoestima.

1.5 ¿QUE PODEMOS FACER DESDE A ESCOLA CON RESPECTO Á FAMILIA?

Aínda que moitas veces resulta difícil, é importante conseguir unha integración familia-escola eficaz mediante a implicación de todos na tarefa educativa, favorecendo así o traballo conxunto entre pais e mestres.

Neste sentido, desde a escola podemos apoia-lo labor da familia:

- 1º. Dándolles a coñecer ós pais e nais o currículo escolar e, no caso de que se elaborase un plan de prevención no centro, explicarllelo e invitalos a colaborar ou a participar.
- 2º. Recordarlles ós pais que calquera proxecto sobre prevención ou educación para a saúde terá máis éxito se se fai coa colaboración da escola e da familia.
- 3º. Informa-los pais sobre os factores de risco que detectan na comunidade con respecto ó fenómeno do consumo de drogas, para que os pais tomen conciencia.
- 4º. Informa-los pais non só do rendemento escolar dos/as fillos/as, senón tamén dos aspectos persoais, da súa relación cos compañeiros, do seu proceso de maduración e dos seus hábitos de estudio e de conducta. É importante que a información que se lles transmite ós pais se faga en termos positivos, a facer fincapé non só no que falta por acadar senón tamén no xa acadado.
- 5º. Cando a situación pareza supera-las capacidades de actuación do centro, tanto para o profesorado como para os servicios de orientación educativa, haberá que poñerse en contacto cos servicios de prevención máis próximos ou, se é o caso, cos servicios sociais de atención primaria.

1.6. A PREVENCIÓN DO CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA: PRINCIPIOS, OBXECTIVOS E PROGRAMAS

1.6.1. Principios de actuación

- Os programas preventivos multicomponentes, entendidos como o conxunto de actividades coordinadas desenvolvidas en distintos sectores (escolar, sanitario, laboral, social, etc.), constitúen o instrumento máis evolucionado de facer prevención das drogodependencias. Sempre que sexa posible, deberá tenderse á formulación de programas delimitados territorialmente, que contén coa participación articulada das administracións públicas, dos técnicos expertos nas materias anteriormente citadas e da propia poboación á que van destinados os programas.
- Existe a opinión xeneralizada de que un elemento clave na redución da demanda do consumo de drogas e, conseguintemente, nas estratexias preventivas, o constitúe a corresponsabilidade social e a participación activa dos cidadáns. Desde esta óptica, débense continuar configurando instrumentos e proxectos que estruturen as súas intervencións nos seguintes ámbitos fundamentais: comunitario, educativo, familiar, laboral, información-comunicación, de saúde e de prevención do consumo de drogas en poboación xuvenil.
- Outro marco de actuación para a redución da demanda do consumo de drogas é a promoción da educación para a saúde. Desde esta liña de intervención é conveniente seguir potenciando os procesos de posta á disposición da poboación de Galicia, sobre todo da de idade infantil, adolescente e xuvenil, de tódalas informacións, habilidades e capacidades que contribúan ó incremento de comportamentos e estilos de vida saudables, tanto individual como colectivamente. Máis concretamente, na poboación adolescente e xuvenil contémpase a introducción de marcos de actuación que, adaptándose ás necesidades e intereses destas idades, estean suficientemente contrastados pola investigación neste campo (p. ex. aprendizaxe social).
- Ó mesmo tempo, débese insistir en que, aínda que a educación para a saúde non se circunscribe ó medio escolar, este é un punto de referencia obrigado para ela. Nese sentido, a prevención do consumo de drogas formará parte da educación obrigatoria e non obrigatoria. Centrase en:
 - Dar información básica sobre as drogas.
 - Potencia-los factores de protección e diminuí-los de risco de consumo de drogas.
 - Favorece-la busca de alternativas flexibles e adaptadas ás necesidades e aspiracións da comunidade escolar.

1.6.2. Obxectivos

Os obxectivos xerais e de proceso do PGD, que a continuación se describen, están en consonancia cos establecidos na Estratexia nacional sobre drogas para o 2000-2008.

1.6.2.1. Obxectivos xerais

1. O 80% da poboación de 16 anos en adiante deberá recibir información suficiente sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas.

2. O 75% do persoal docente de EPO (ensino primario obrigatorio) e ESO (ensino secundario obrigatorio), recibirá información sobre os problemas derivados do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas. Prestaráselle especial atención á formación dos orientadores dos centros de educación secundaria.
3. O 95% dos escolares galegos, ó finaliza-los seus estudos de ensino obrigatorio, terán información abonda sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas.
4. Atrasa-la idade de inicio de consumo de alcohol, tabaco e outras drogas.
5. Promoveranse medidas preventivas que contén coa perspectiva de xénero, e a diversidade cultural, étnica e/ou relixiosa.
6. Promoveranse medidas preventivas dirixidas a situacións cotiás, nas que o uso e abuso de drogas resulta especialmente perigoso, tanto individualmente coma a terceiros (conducción de vehículos, manexo de maquinaria, etc.).
7. Promoveranse accións informativas e formativas en colaboración con Servicios Sociais, ANPA (asociacións de nais e pais de alumnos) e outras entidades sociais destinadas ás familias en xeral e ás de alto risco en particular.
8. Seguirase a facer fincapé na información dirixida a protexe-lo dereito dos non fumadores.
9. Seguirase incidindo no abandono do consumo de tabaco entre o persoal sanitario e docente.
10. Seguiranse a desenvolver accións que favorezan o consumo alternativo de bebidas non alcohólicas.
11. Continuarase capacitando o persoal sanitario de atención primaria de saúde, para dar consello sobre o consumo e abandono do tabaco, do alcohol e das demais drogas, así como para o fomento da distribución racional de psicofármacos, e ofrecerase información sobre os programas de atención.
12. Continuaráselle ofrecendo á poboación afectada a información sobre os centros e alternativas asistenciais.
13. Continuaranse desenvolvendo accións de apoio ás asociacións que traballan no campo da prevención do alcoholismo e das outras drogodependencias.
14. Seguiranse a promover medidas normativas, así como accións de vixilancia da normativa vixente, en relación co tabaco, alcohol e medicamentos.
15. Seguiranse a desenvolver medidas preventivas dirixidas a minora-los danos ocasionados polo consumo de drogas, fundamentalmente en aspectos sociais e de saúde.

1.6.2.2. Obxectivos de proceso:

1. Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos, a Consellería de Sanidade e Servicos Sociais manterá a coordinación, de xeito preferente, cos departamentos que a continuación se relacionan, para a execución das seguintes accións:
 - 1.1. Consellería de Educación e Ordenación Universitaria:
 - 1.1.1. Continuar coa implantación, avaliación, e actualización, nos diferentes niveis educativos, do material didáctico e de documentación de apoio para a prevención do consumo de drogas na escola.
 - 1.1.2. Continuar coas actividades de información e formación do persoal docente e non docente en materia de prevención do consumo de drogas.

- 1.1.3. Desenvolver proxectos de investigación sobre drogodependencias no medio educativo.
- 1.2. Consellería de Cultura, Comunicación Social e Turismo:
 - 1.2.1. Promocionar e apoiar actividades socioculturais (literarias, teatrais, musicais, etc.) levadas a cabo por entidades que desenvolven programas de prevención no campo das drogodependencias.
 - 1.2.2. Colaborar e organizar encontros culturais a beneficio de ONG sen ánimo de lucro que interveñen neste campo das drogodependencias.
 - 1.2.3. Organizar e colaborar con actividades socioculturais que teñan como finalidade última a prevención do consumo de drogas.
 - 1.2.4. Mante-lo apoio que o IGAEM presta para a realización de actividades preventivas.
 - 1.2.5. Potenciar que os medios de comunicación de Galicia adopten tratamentos informativos favorecedores da prevención e dunha percepción social máis aproximada á realidade actual das drogodependencias en Galicia, corrixindo os estereotipos e mitos arredor deste fenómeno.
- 1.3. Consellería de Xustiza, Interior e Relacións Laborais:
 - 1.3.1. Proporcionar información e incentiva-la formación de profesionais do sistema xudicial, funcionarios de institucións penais, de corpos e forzas de seguridade do Estado e da policía autonómica e local sobre recursos, servicios e actuacións preventivas en materia de drogodependencias.
 - 1.3.2. Realizar actuacións preventivas do consumo de drogas en centros penais.
 - 1.3.3. Informar, sobre os recursos e accións preventivas do PGD, a poboación reclusa e ex-reclusa con problemas derivados do consumo de drogas.
 - 1.3.4. Deseño e aplicación de programas de información e prevención do consumo de drogas, no ámbito laboral, no marco das funcións de prevención e incorporación social de drogodependentes atribuídas á Comisión Tripartita, constituída pola Administración, os sindicatos e o empresariado.
 - 1.3.5. Intensifica-la coordinación e a colaboración entre a Administración autonómica e a Administración local para o desenvolvemento de actuacións preventivas. O proxecto deberase desenvolver a través de plans municipais, que inclúan accións dirixidas tanto á diminución da oferta como da demanda de drogas.
- 1.4. Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude:
 - 1.4.1. Realizar programas de información e orientación para familias, mulleres, minorías étnicas e colectivos sociais menos favorecidos, en relación coa prevención do consumo de drogas.
 - 1.4.2. Realizar actividades de formación e reciclaxe de animadores socioculturais, monitores-asesores e mediadores de asociacións xuvenís, para que se constituán en axentes preventivos de drogodependencias.
 - 1.4.3. Realizar programas de redución do consumo de tabaco e alcohol na poboación infantil e xuvenil de Galicia, con especial referencia ós menores institucionalizados.

- 1.5. Outros departamentos da Consellería de Sanidade:
 - 1.5.1. Mantemento dos programas de vacinación antitetánica, antihepatite B e quimioprofilaxe antituberculosa de drogodependentes e persoas do seu ámbito, nas UAD do PGD e centros de saúde das áreas correspondentes.
 - 1.5.2. Reduci-las prácticas de risco que faciliten a adquisición de enfermidades graves por parte dos usuarios de drogas (subministración de lotes antisida, intercambio de xiringas, obradoiros de sexo máis seguro e de consumo de menos risco).
 - 1.5.3. Promove-los hábitos saudables e a modificación dos nocivos para a saúde, sobre todo na poboación infantil e xuvenil.
 - 1.5.4. Potencia-lo Programa galego de promoción da vida sen tabaco.
 - 1.5.5. Proporcionar información actualizada sobre produtos e substancias susceptibles de crear dependencia.
 - 1.5.6. Control e inspección de medicamentos, estupefacientes e psicótropos.
2. Durante o ano 2001 e nos anos sucesivos, o PGD establece a continuidade dos seguintes obxectivos:
 - 2.1. Mante-la participación, xunto coas estruturas equivalentes doutras comunidades autónomas, no sistema estatal de información técnica sobre a prevención do abuso de drogas.
 - 2.2. Mante-lo sistema para a avaliación de prevención e incorporación social (Sapi), que facilita información sobre a eficacia-eficiencia dos programas e intervencións que se desenvolven na área de prevención-incorporación do PGD.
 - 2.3. Manter e ampliar, en función das posibilidades orzamentarias, os convenios entre o PGD e os concellos e ONG para o desenvolvemento de programas/actividades de prevención.
 - 2.4. Potenciar aquelas intervencións preventivas que, á luz da investigación e evidencia científica, amosen a súa eficacia a partir do Sapi.

1.6.3. Recursos: equipos de prevención

Entendemos por equipos de prevención aqueles recursos humanos que se orientan á realización de plans, programas e/ou accións encamiñadas a impedir ou a atrasa-la aparición de condutas de uso e abuso das distintas drogas, así como a minimiza-los riscos derivados da súa utilización.

Entre as súas funcións destacan:

- Atender e canaliza-las demandas de información, asesoramento e formación, en relación coas substancias-droga no seu territorio de actuación.
- Diseñar, elaborar e executar programas de prevención nos diferentes ámbitos de intervención: educativo, familiar, comunitario, laboral, de saúde, de información-comunicación, de consumo de drogas en poboación xuvenil e de diminución de riscos.
- Enfatiza-la avaliación dos programas preventivos realizados, no marco do sistema de avaliación de prevención e incorporación (Sapi).

- Coordinar outras actuacións preventivas que se desenvolvan no seu territorio.
- Difundi-las estratexias preventivas que se estea realizando no seu territorio, así como os resultados acadados.
- Segui-las directrices do Plan de Galicia sobre drogas en materia de prevención.

1.6.4. Tipoloxía de programas

Introducción

Un programa preventivo é un conxunto de actuacións co obxectivo específico de impedir ou atrasar a aparición de conductas de consumo das distintas drogas. Pode ser global para toda a comunidade ou específico para un subgrupo de persoas, un barrio concreto ou segundo grupos de idades.

Estes programas deben estar orientados a obxectivos concretos e grupos claramente delimitados, o que permite tomar medidas máis directas, facer deseños máis realistas e avalialo seu impacto. Outras actividades máis xenéricas, cunha intención teoricamente preventiva, non se consideran programas preventivos de drogodependencias.

Debe considerarse a clasificación categorizada segundo os diferentes niveis de actuación no campo da prevención:

- **Universal:** aquela que se dirixe a unha poboación total, que beneficia a todos por igual e que tende a conseguir cambios de comportamento duradeiros.
- **Selectiva:** dirixida a un subgrupo desa poboación, aquel que ten un risco de presentar índices de uso e/ou abuso de drogas maiores cá media.
- **Indicada:** dirixida a un subgrupo concreto da comunidade, aquel que xa ten problemas de comportamento e que son experimentadores ou consumidores de substancias.

A literatura máis recente sobre avances en prevención destaca que esta debe ser fundamentalmente específica, avaliable e claramente dirixida ó obxectivo que se pretende e a unha poboación diana ben definida. A poboación destinataria pode ser clasificada en diferentes ámbitos.

1.6.4.1. Ámbito comunitario

A prevención das drogodependencias desde o ámbito comunitario implica unha estrutura de traballo baseada na innovación e na coordinación.

Isto supón, por un lado, que os programas e actuacións neste ámbito terán que adaptarse á realidade e ás necesidades dos contornos concretos (atendendo ás súas peculiaridades e reforzando as propias normas da comunidade, en favor da saúde e en contra do abuso de drogas) e, polo outro, propiciando a sinerxía dos recursos comunitarios co apoio técnico de expertos en prevención (equipos de prevención).

Dentro deste ámbito de referencia cómpre sinalar:

- o modelo de traballo dos programas comunitarios,
- os medios de comunicación social, e
- o conxunto de actuacións de información e/ou sensibilización realizadas coa comunidade.

1.6.4.1.1. Programas comunitarios: modelo de traballo

Partindo da base da existencia de diversos enfoques de actuación no ámbito comunitario, a localización da acción preventiva no territorio social-comunitario realizarase considerando os criterios conceptuais e operativos que indicamos a continuación. Estes criterios fundaméntanse nos principios xerais, nos factores estruturais e nas fases de intervención do enfoque proposto no Documento marco de prevención en drogodependencias (Colección Drogodependencias, nº 10. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Xunta de Galicia).

■ Principios xerais de planificación:

- A unidade operativa é o territorio ou comunidade na que se intervén.
- A participación e a motivación permanente da comunidade son obxectivos prioritarios.
- A valoración dos factores estruturais que configuran a comunidade é básica para nos achegar á súa realidade.
- A intersectorialidade e a optimización dos recursos comunitarios é fundamental para a execución de plans de actuación.

■ Factores estruturais dunha comunidade:

- O territorio, entendido como unha unidade urbanística, física e social.
- A poboación, considerando as súas características sociodemográficas e organizativas.
- As demandas existentes e as súas diferentes dimensións: actuais e futuras, explícitas e implícitas, existentes e potenciais, etc.
- Os recursos para desenvolver intervencións, considerando a necesidade de operativizalo conxunto de recursos: materiais e/ou humanos, públicos e/ou privados, existentes e/ou potenciais.

■ Metodoloxía e fases de intervención:

- Formación dos técnicos que desenvolverán os plans comunitarios.
- Diagnóstico da realidade social, que inclúe como pasos previos o estudo do territorio e o diagnóstico da comunidade realizado polos técnicos. O diagnóstico identificará as necesidades e establecerá prioridades e liñas de actuación.
- Programacións operativas, que teñan en conta os seguintes aspectos e pasos:
 - Formulacións xerais, evitando definicións abstractas e confusas.
 - Selección de programas, axeitados ás necesidades detectadas e con criterios de prioridade, rendibilidade e funcionalidade.
 - Implantación e asignación de recursos ós programas.
 - Planificación de continxencias e alternativas ante realidades cambiantes.
- Execución de programas, contando:
 - cos recursos, instrumentos e métodos axeitados ós obxectivos.
 - coa súa distribución e articulación con outras actuacións.
 - cun cronograma de desenvolvemento.

A prevención do consumo de drogas

- Avaliación de resultados desde a perspectiva da eficacia, eficiencia, consecución de metas e posibles erros cometidos.
- Reformulación de propostas e intervencións, baseadas nun proceso de escoita continuada e permanente da comunidade, que permitan a optimización dos programas e a continuidade do proceso de desenvolvemento social da comunidade asignada.

1.6.4.1.2. Medios de comunicación social

Os medios de comunicación social, polas súas características, posibilitan a difusión e achegamento á sociedade das campañas de información e sensibilización e, tamén, das accións e resultados doutros ámbitos de prevención.

Por iso, cómpre facer especial fincapé en que a as relacións e accións cos medios de comunicación social sirvan:

- Como vehículo transmisor dunha información clara e obxectiva, positiva, non moralista ou dramatizadora e que achegue alternativas.
- Como reforzo, non como base da acción preventiva, das diferentes accións e programas preventivos.

Obxectivo xeral:

Impulsar e fortalece-las relacións e accións cos medios de comunicación social no campo da prevención das drogodependencias.

Obxectivos específicos:

- Ofrecer información áxil, clara e veraz dos diferentes aspectos relacionados co consumo de drogas e a drogodependencia.
- Achegar información, non condicionada polos estereotipos, polas ideas preconcebidas e polos erros, sobre as drogas, a súa utilización e as consecuencias do seu uso.
- Procura-lo seu apoio para formar unha opinión social sobre a drogodependencia conforme coa realidade do fenómeno e sen os prexuízos actualmente existentes.

Metodoloxía:

Proporcionar información sobre as diferentes drogas e as consecuencias do seu uso e abuso nos medios de comunicación, que:

- Sexa clara, rigorosa e contrastada.
- Enfatice as consecuencias positivas do non consumo.
- Potencie alternativas saudables ó consumo.

Destinatarios

Persoal dos medios de comunicación social e poboación en xeral.

Estratexias e actividades:

A planificación de estratexias preventivas contará coas seguintes pautas:

- Enfatiza-la interacción entre as substancias e os individuos coas circunstancias nas que se produce o consumo.
- Darlle información axeitada á poboación sobre os recursos, programas e servizos, tanto de asesoramento como de prevención.

- Ter en conta os roles que van desempeña-los medios de comunicación na xeración de “estados de opinión”.
- Considera-la lexislación existente sobre publicidade e venda de alcohol e tabaco.
- Introdución das novas tecnoloxías aplicadas á area de prevención.

Recursos:

Profesionais do PGD (dos equipos de prevención e outros), e medios de comunicación social.

Avaliación:

Avaliación de impacto, de proceso e de resultados, empregando como base o Sapi (sistema de avaliación de programas de prevención e incorporación social).

1.6.4.2. Ámbito educativo

A educación sobre drogas na escola realizarase considerando os seguintes criterios:

- Iniciarase no ensino infantil e terá continuidade no primario e secundario.
- Centrarase no tabaco, alcohol e medicamentos na educación infantil e primaria.
- A prevención do consumo de drogas como o cannabis, os alucinóxenos e as drogas de síntese abordaranse na ESO. Dadas as dificultades de abordaxe práctica da implantación da educación para a saúde nesta etapa considérase, á luz da evidencia científica, que se poderían implantar programas preventivos realizados por profesionais dos equipos de prevención coa colaboración de orientadores e educadores.
- Actuación individualizada, específica e axustada, como resposta a situacións relacionadas co uso de substancias a través da colaboración entre os profesionais anteditos.

As actividades dirixidas ós alumnos centraranse en:

- Incremento dos niveis de competencia persoal, tolerancia á frustración e autocontrol.
- Desenvolvemento de habilidades de relación interpersoal e de rexeitamento do uso e/ou abuso de drogas.
- Capacitación para a toma de decisións e a solución de problemas.

Estas actividades serán dirixidas polo profesorado contando, se é o caso, co apoio dos equipos de prevención de drogodependencias.

Continuarase a desenvolver, avaliar e actualiza-lo Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo iniciado no curso 1994-95, que entronca no currículo escolar obrigatorio e postobligatorio (educación infantil, educación primaria, educación secundaria obligatoria, educación secundaria postobligatoria) promovido pola LOXSE, a través dunha materia transversal: a educación para a saúde.

Dentro do traballo no ámbito educativo, establécese a seguinte estrutura:

Obxectivo xeral:

Informar, formar e xerar actitudes e comportamentos positivos para uns estilos de vida máis saudables.

Obxectivos específicos:

- Dota-la comunidade educativa duns instrumentos de traballo que permitan un enfrontamento racional do consumo de drogas.

A prevención do consumo de drogas

- Facilita-la comprensión global, a toma de decisións e o posicionamento persoal do alumno ante a saúde e o uso indebido de drogas.
- Dota-lo alumno de coñecementos sobre o coidado do corpo e os efectos da actividade física, coa finalidade de que valore os hábitos e costumes sans como un dos aspectos básicos da calidade de vida.
- Darlle ó alumno unha información obxectiva e veraz que lle facilite unha análise crítica das drogodependencias.
- Valorar axeitadamente a autoestima, a toma de decisións e a identificación da presión de grupo para a resolución de conflitos e para actuar ante situacións de consumo.
- Axuda-lo alumno a desenvolver comportamentos e hábitos gratificantes, alternativos ó consumo de drogas.
- Dota-lo alumno de coñecementos para unha mellora das actitudes persoais e colectivas ante o drogodependente, evitando estereotipos e xuízos de valor que propician o seu illamento e marxinação social.

Destinatarios:

- Especificamente: poboación escolar de ensino obrigatorio e postobrigatorio.
- Xenericamente: comunidade educativa (pais/nais, mestres).

Estratexias e actividades:

- Formación do profesorado.
- Implantación progresiva do material no programa educativo de centro.
- Información, sensibilización e formación de ANPA.
- Seminarios permanentes de formación.

Recursos humanos:

Profesores, profesionais dos equipos de prevención e técnicos dos cefores (centros de formación e recursos).

Avaliación:

Realízase, no marco do Sapi, unha avaliación do proceso (por parte do profesorado e dos equipos de prevención), con indicadores de cobertura. No ano 2004 realizárase unha nova avaliación de resultados.

1.6.4.3. Ámbito familiar

Sen dúbida, a familia é quen ten o papel protagonista no proceso educativo dos seus fillos. Isto implica que, malia complementarse con outros axentes formativos, a familia posúe certas responsabilidades que non poden ser delegadas. É por isto polo que no ámbito das familias deberá traballarse e fomentar:

- A autoestima, o sentido da responsabilidade e as habilidades educativas dos seus membros.
- A creación de canles interxeracionais axeitadas, que faciliten tanto a comunicación como a toma de decisións dos membros da familia.
- A participación conxunta en actividades de ocio e tempo libre e de promoción da saúde, que potencien a adquisición e a interiorización de valores.

- A participación activa dos seus membros en actividades grupais e sociais de contido diverso.

Tódolos programas que se desenvolven neste ámbito terán como obxectivo previ-la aparición do consumo de drogas e os problemas asociados, adaptándose ás necesidades e características dos participantes. Ademais, deben estar suficientemente coordinados coas ANPA, servicios sociais, educadores familiares, centros de menores, asociacións e outros. Estes programas serán avaliados aplicándolles o Sapi.

Deberán estruturarse metodoloxicamente baseándose nos seguintes criterios:

- Continuidade temporal.
- Programación participativa dos contidos.
- Accesibilidade a tódalas familias que queiran participar, priorizando o traballo preventivo coas familias multiproblemáticas e con fillos que teñan alto risco de iniciar e/ou continuar un consumo de drogas.
- Dentro do traballo no **ámbito familiar**, establécese a seguinte estrutura:

Obxectivo xeral:

Implica-las familias no traballo da educación para a saúde e a prevención das drogodependencias.

Obxectivos específicos:

- Fomenta-las habilidades educativas e de comunicación no seo familiar.
- Incrementa-lo sentido de competencia dos pais/nais de nenos/as e a súa capacidade para a resolución de problemas.
- Conciencialos da importancia do seu papel como axentes de saúde.
- Incrementa-la implicación dos pais/nais noutras iniciativas escolares ou comunitarias que se desenvolvan no seu contorno.
- Responder ás necesidades e inquietudes dos pais/nais de nenos/as.

Metodoloxía:

- Mediante o achegamento de información ós propios domicilios e asociacións de pais e nais (envío de publicacións, vídeos, trípticos, etc.).
- A través de grupos ou foros de participación activa, empregando técnicas de debate, grupos pequenos de discusión, intercambio de ideas e análise de casos e situacións.

Destinatarios:

Pais/nais de nenos/as en xeral.

Estratexias e actividades:

- Constitución de escolas de pais/nais nun marco participativo e de discusión sobre temáticas xerais e específicas das drogodependencias.
- Inclúense, así mesmo, aquelas actividades e estratexias que xorden da dinámica comunitaria (comisións socioeducativas dos plans comunitarios).
- Ademais, deberán deseñarse estratexias centradas en responder ás necesidades específicas das familias multiproblemáticas ou dos pais/nais de nenos/nenas en situación de risco.

Recursos:

Profesionais dos equipos de prevención do PGD e outros profesionais colaboradores.

Avaliación:

- Inicial: sobre información, actitudes e conductas.
- De proceso: sobre tarefas, relacións e organización.
- De resultados: sobre información, actitudes e conductas.

1.6.4.4. Ámbito de saúde

Neste ámbito é fundamental a coordinación entre a rede do PGD e a de atención primaria e especializada de saúde. Máis concretamente, esta coordinación desenvolverase por medio da colaboración coa Dirección Xeral de Saúde Pública para mante-la continuidade de catro programas ou subprogramas, de grande impacto para o colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral e para a poboación galega en xeral, atendendo a estratexias de prevención indicada. Esta coordinación operativa terá como obxectivos fundamentais:

- A potenciación de hábitos e actitudes saudables.
- A consideración de factores protectores e de risco (no ámbito sanitario e social) do consumo de drogas; a este nivel é prioritario reduci-las prácticas de risco no uso de drogas, sobre todo entre os UDI (usuarios de drogas inxectables), con obxecto de diminuí-lo contaxio de enfermidades somáticas graves.
- A implantación de estratexias tendentes a reduci-lo impacto das patoloxía asociadas ó consumo de drogas e o fomento de prácticas de consumo de menos risco.

■ Considerando que o tabaquismo é a adicción máis estendida socialmente, desde a Dirección Xeral de Saúde Pública deseñouse o **Programa galego de promoción da vida sen tabaco**. O PGD contempla este programa consistente en:

Obxectivo xeral:

Diminuí-la mortalidade e morbilidade producida polas patoloxías asociadas ó tabaco.

Obxectivos específicos:

- Evita-lo inicio no consumo de tabaco.
- Atrasa-la idade de inicio no consumo de tabaco.

Estratexias e actividades:

- Intervencións na poboación xeral.
- Intervencións na poboación fumadora.
- Intervencións en colectivos específicos.
- Intervencións intersectoriais.

Avaliación:

Indicadores cuantitativos de xestión e de resultados do programa galego de promoción da vida sen tabaco.

■ No marco do **Programa galego de prevención e control da hepatitis B** considérase imprescindible manter e incrementa-la vacinación anti-VHB nos chamados grupos de risco, nos que

se inclúen os usuarios de drogas inxectables (UDI), debido a que é na idade adulta cando se produce o maior número de contaxios. Isto supón unha formulación consistente en:

Obxectivo xeral:

Identificación e vacinación, se procede, do maior número posible de persoas pertencentes ó grupo de alto risco dos usuarios de drogas inxectables.

Obxectivos específicos:

- Conseguir anualmente que o 70% dos UDVP que contacten coas UAD, reciban polo menos a primeira dose da vacina antihepatite B.
- Conseguir que o 40% dos usuarios de drogas inxectables, atendidos polas UAD, que comenzaron a pauta vacinal quedan protexidos fronte á hepatite B, completando a pauta de 4 doses.

Estratexias e actividades:

Ofrecerlles ós usuarios de drogas por vía parenteral que contacten coas UAD ó inicio da vacinación fronte á hepatite B, coa administración da primeira dose vacinal.

Simultaneamente, na mesma visita médica, solicita-la investigación dos seus marcadores serolóxicos de hepatite B.

Avaliación:

Indicadores cuantitativos de xestión do Programa galego de prevención e control da hepatite B.

■ No marco do **Programa galego de prevención e control da tuberculose**, que ten como meta acadar unha redución na mortalidade, morbilidade e transmisión da enfermidade na nosa comunidade, considérase tamén o colectivo de usuarios de drogas inxectables como de alto risco, ó presentar unha serie de factores de índole clínico e socioeconómico que están asociados ó aumento de casos de tuberculose rexistrado nos últimos anos en Galicia, e destaca tamén o factor da infección por VIH.

Obxectivo xeral:

Diminuí-la mortalidade, morbilidade e transmisión da tuberculose.

Obxectivos específicos:

- Realizar unha busca activa de enfermos e persoas infectadas entre os usuarios das UAD, así como entre as persoas do seu medio habitual, se procede.
- Instaurar un tratamento efectivo que asegure un axeitado cumprimento do tratamento, para evita-la aparición de resistencias ós fármacos habituais (para este fin valorouse a súa inclusión en programas de mantemento con metadona) ou, se procede, a instauración dunha pauta de quimioprofilaxe nos infectados.

Estratexias e actividades:

- Realización dun *screening* con PPD a tódolos seus usuarios, ben por parte do equipo sanitario da UAD ben pola súa derivación ás unidades de tuberculose (UTB).
- Implantación progresiva de subprogramas dirixidos ó control dos usuarios con drogodependencia, a través da busca activa de enfermos e infectados.
- Seguimento coordinado coa UTB de referencia.

Avaliación:

Indicadores cuantitativos de resultados: datos do Rexistro Galego de TB.

■ A infección polo VIH/SIDA en Galicia representa un dos retos fundamentais, tanto desde o punto de vista da saúde pública como da asistencia sanitaria e social. Se se considera que na nosa comunidade autónoma o 62% dos casos rexistrados de SIDA se producen polas prácticas de risco asociadas ó uso de drogas, especialmente por vía inxectable, é necesaria a coordinación entre o Plan de Galicia sobre drogas e o **Plan de prevención e control da infección polo VIH/SIDA**.

Obxectivos xerais:

- Diminuí-la transmisión da infección por VIH entre persoas que utilizan drogas por vía inxectable.
- Reduci-los danos asociados ó uso de drogas por vía parenteral. Mellora-los hábitos hixiénicos nos usuarios de drogas inxectables (UDI).

Obxectivos específicos:

- Mellora-la accesibilidade dos usuarios de drogas inxectables (UDI) ó material de inxección estéril.
- Diminuí-la práctica de compartir e/ou reutilizar xiringas e/ou material de inxección.
- Mellora-la accesibilidade dos usuarios de drogas inxectables (UDI) ós preservativos e fomenta-lo seu uso.
- Facilita-lo contacto dos usuarios de drogas inxectables (UDI) coa rede sanitario-asistencial.

Estratexias e actividades:

- Colaboración nos programas de distribución de lotes preventivos e de intercambio de xiringas.
- As UAD coordinaranse cos centros de saúde e coas unidades hospitalarias da SIDA para asegurar un eficaz seguimento dos casos que traten conxuntamente.
- Dentro da programación asistencial das UAD realizaranse, cando sexa necesario, grupos de saúde, obradoiros de sexo seguro e outras actividades dirixidas á prevención de riscos e diminución do dano.

Avaliación:

Indicadores cuantitativos de xestión: datos do Rexistro Galego da SIDA.

1.6.4.5. Ámbito de prevención do consumo de drogas en poboación xuvenil

Este ámbito fai referencia, fundamentalmente, ó ocio e tempo libre na poboación xuvenil como espazo de educación informal. A abordaxe da educación formal xa quedou definida no ámbito escolar.

A importancia de delimitar este ámbito de actuación reflíctese na información e nos datos estatísticos, que reflicten os niveis e patróns do consumo de drogas na comunidade galega (Colección Drogodependencias, nº 23. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Xunta de Galicia).

O ocio e o tempo libre na poboación xuvenil considérase un marco idóneo para a prevención do uso e abuso de drogas por:

- 1) Constituír un contorno privilexiado no que se dean procesos educativos sen o carácter formal da escola.
- 2) Orientarse desde a participación voluntaria e, polo tanto, cunha predisposición máis positiva.
- 3) Facilita-la aprendizaxe, o desenvolvemento persoal e a interacción dos participantes e, de xeito especial, daqueles con dificultades de integración noutros ámbitos.

Ademais, cómpre ter presente que é no ocio e no tempo libre cando se producen a maioría dos consumos de drogas por parte da poboación xuvenil.

Por outra banda, a diferenza entre o consumo e o non consumo de drogas, no ocio e no tempo libre, está estreitamente ligada á confluencia dunha serie de factores de risco e de protección que cómpre considerar no deseño das actuacións preventivas neste ámbito.

Dentro do traballo no ámbito de prevención do consumo de drogas na poboación xuvenil establécese a seguinte estrutura:

Obxectivo xeral:

Articula-lo espazo do ocio e tempo libre para o traballo da prevención do consumo de drogas entre a poboación xuvenil.

Obxectivos específicos:

- Mellora-la información sobre drogas entre a poboación xuvenil, favorecendo a toma de conciencia da problemática que xera o seu uso e/ou abuso.
- Favorece-la implicación da poboación xuvenil en actividades saudables, incidindo na motivación e na satisfacción dos participantes.
- Promove-la figura do/a mediador/a no ocio e no tempo libre como axente de saúde.
- Desenvolver canles de colaboración e asesoramento con persoas e entidades que traballen no ocio e no tempo libre con poboación xuvenil.

Metodoloxía:

Mediante a formación e o asesoramento en prevención de drogodependencias, dos/as mediadores/as que traballan no ocio e no tempo libre cos/as mozos/as. Esta formación e asesoramento realizarana os equipos de prevención e outros profesionais do PGD.

Aproveitando as iniciativas que no ocio e no tempo libre oferta a comunidade, introducir contidos e actividades relacionadas coa promoción da saúde e, máis concretamente, coa prevención do consumo de drogas.

Isto supón xerar canles de interacción e cooperación integradas nos recursos comunitarios, máis que a elaboración de actividades puntuais propias.

Destinatarios:

Poboación de 12 a 18 anos.

Estratexias e actividades:

- Edición e distribución de materiais informativos sobre prevención de drogodependencias, tanto para os/as mediadores/as como para a poboación xuvenil (poboación diana)
- Formación dos/as mediadores/as en prevención de drogodependencias, dentro do marco da educación para a saúde.

A prevención do consumo de drogas

- Promover actuacións que teñan como denominador común o tratamento de contidos de educación para a saúde e, máis concretamente, de prevención de drogodependencias:
 - En medios de comunicación (p. ex. programas de radio, actividades de banda deseñada, etc.).
 - De alternativas saudables ós patróns actuais de consumo de drogas no ocio e no tempo libre (p. ex. obradoiros de bebidas saudables, centros de reunión alternativos, etc.) e colaborar con entidades culturais ou deportivas, que promovan actividades alternativas no tempo libre.
 - A través das novas tecnoloxías (p. ex. elaboración de páxinas web con información sobre as drogodependencias, colaboración cos cíbbers para a difusión da información, etc.).

Recursos:

Profesionais do PGD (dos equipos de prevención e outros), e mediadores/as que desenvolvan o seu labor no campo do ocio e tempo libre con poboación xuvenil.

Avaliación:

Avaliación de impacto, de proceso e de resultados, empregando como base o Sapi (sistema de avaliación de programas de prevención e incorporación social)

1.6.4.6. Ámbito laboral

Enténdese por prevención de drogodependencias no ámbito laboral, o conxunto de actuacións que se dirixen a:

- Evita-lo consumo de substancias legais e ilegais na poboación laboral.
- Mellora-las condicións e a calidade de vida dos traballadores usuarios de substancias.
- Minimiza-los riscos e danos derivados do uso e o abuso de drogas, así como as súas consecuencias na actividade productiva.

Segundo os estudos epidemiolóxicos, o nivel de consumo de alcohol e de tabaco no colectivo laboral sitúase por riba da media de consumo da poboación xeral. Desde esta óptica, cómpre implantar intervencións e programas preventivos de drogodependencias no marco da Comisión Tripartita para o desenvolvemento do Programa de intervención en drogodependencias no ámbito laboral. Estas actuacións deberán:

- Dirixirse preferentemente a sectores de produción e colectivos de traballadores en situación de alto risco.
- Contar coa participación de patronais, representantes sindicais, servicios médico-sanitarios das empresas e cos traballadores.
- Encamiñarse á redución da demanda, abranguendo aspectos individuais, grupais e de contexto.

Obxectivo xeral:

Estimular e apoiar actuacións de prevención do consumo de drogas no medio laboral, de xeito coordinado, entre tódolos axentes implicados.

Obxectivos específicos:

- Realizar estudos descritivos específicos sobre a situación do consumo de drogas no ámbito laboral (substancias consumidas, patróns de consumo, actitudes, etc.).

- Coñece-las prioridades e as necesidades que, sobre a problemática relacionada co consumo de drogas, existen nun contorno laboral concreto.
- Propiciar espazos favorables para a prevención do consumo de drogas nas empresas, no marco das estratexias de prevención de riscos e de promoción da saúde.

Metodoloxía:

- Programas de prevención que inclúan medidas de diferentes tipos con obxectivos parciais a curto, medio e longo prazo.
- Intervencións de carácter puntual.
- Campañas de información e sensibilización.

Así mesmo, considérase que estas e outras propostas deben enmarcarse en actuacións máis amplas de prevención de riscos e promoción da saúde, sen perde-la súa especificidade no tocante ós obxectivos que se queren conseguir.

Destinatarios

Traballadores, empresarios e sindicatos.

Estratexias e actividades

- Campañas de información e sensibilización sobre as drogas e os riscos asociados ó seu consumo.
- Campañas de promoción de hábitos saudables.
- A formación de axentes sociais (delegados sindicais e de prevención, mandos intermedios, comité de seguridade e saúde, dirección de recursos humanos, servizos de prevención, etc.).

Recursos:

Profesionais do PGD (dos equipos de prevención e outros) e traballadores, empresarios e sindicatos.

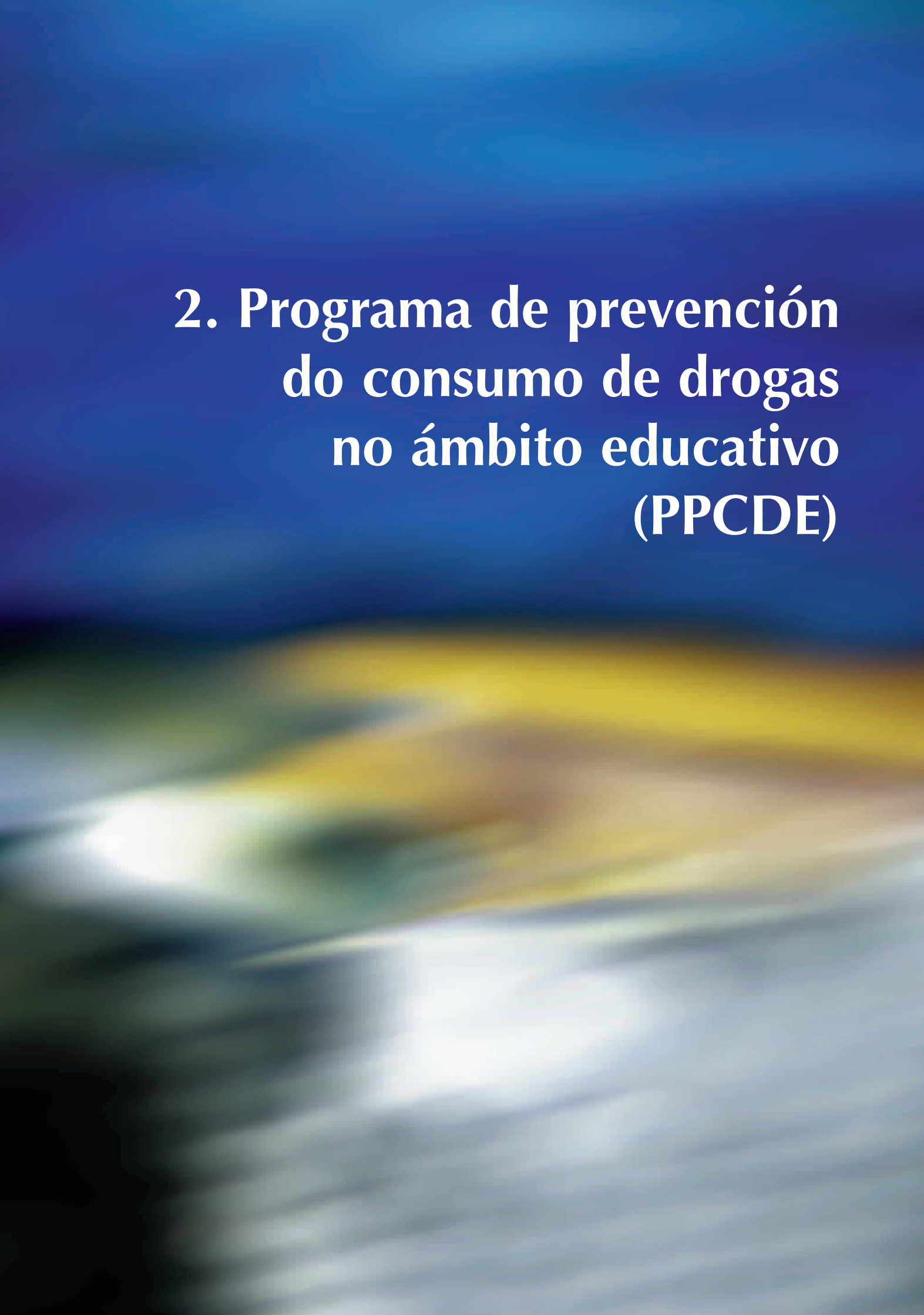
Avaliación:

Avaliación de impacto, de proceso e de resultados, empregando como base o Sapi (sistema de avaliación de programas de prevención e incorporación social).

1.6.4.7. Outros ámbitos para desenvolve-lo traballo de prevención

Hai unha serie de institucións que, polas súas características, conforman comunidades convivenciais con diferentes grupos de poboación, polo que requiren de intervencións específicas preventivas. O PGD contempla a colaboración nestes ámbitos nos que se inclúen:

- Centros que reúnan poboación nova durante un tempo máis ou menos prolongado (residencias xuvenís, servizo militar, etc.).
- Centros penais onde poder realizar intervencións integrais de prevención, a través dunha óptica de promoción da saúde.
- Centros de reeducación e centros de día para a atención a menores.



2. Programa de prevención do consumo de drogas no ámbito educativo (PPCDE)

Antes de presentar e definir cal é o marco teórico do PPCDE, convén facer unha aclaración breve sobre o seu contorno. A posta en marcha deste programa no curso 1994-95 xustifícase baseándose en:

- Evidencia científica: existencia do estudio lonxitudinal *Análise psicosocial do consumo de drogas nos adolescentes galegos* (1993), realizado pola Universidade de Santiago de Compostela para o Plan autonómico sobre drogodependencias. Este estudio, entre outras conclusións, pon de manifesto a necesidade de instaurar actuacións preventivas estables na escola.
- Necesidades institucionais: xa no dictame da Comisión non Permanente para o Estudio da Repercusión Socio-Económica e Sanitaria do Narcotráfico en Galicia (1992) se manifestaba a necesidade de formación dos escolares en materia de saúde, e dedicóuselle especial atención a todo o referente á prevención de drogodependencias que se incorpora ó currículo de formación en tódolos niveis educativos non universitarios.
- Articulación da rede preventiva: no ano 1994 a rede de prevención en Galicia está en fase de asentamento e progresivo crecemento, e necesita unha articulación e coordinación programática que confluirá posteriormente na elaboración do Plan de Galicia sobre drogas 1997-2000. O PPCDE constituíu o primeiro programa preventivo común para toda a rede.
- A escasa visibilidade e presenza de programas preventivos no ámbito escolar en España. Neses momentos, non existía un programa curricular de prevención que abranguese todo o ensino non universitario, senón que se centraban en etapas concretas ou ciclos dunha etapa. Isto fixo que se instaurase un proceso longo de elaboración do programa no que participaron a Administración educativa e sanitaria, con profesionais dos dous sectores.

Esta situación promoveu un programa de intervención desde unha perspectiva global, considerando, como di Amando Vega, que se a escola funciona como institución educativa xa se fai prevención. Inseríase o PPCDE nos programas formais de educación para a saúde, coa intención de chegar a unha gran parte da poboación escolar, como así sucedeu ó acadar cifras de participación moi altas en comparación con outros programas españois e europeos.

Nestes anos avanzouse moito na prevención escolar en España. Xurdiron novos programas, adaptáronse outros e contamos con sistemas de recollida de información e catalogación (Idea-Prevención, EDDRA, Catálogo de programas de prevención de drogodependencias) que permiten dispor de mellores ferramentas para a prevención. Este avance complementase coa aparición de documentos de consenso sobre criterios básicos de intervención (PNSD), de investigacións sobre factores de risco e protección (Calafat, Navarro) e de recompilación sobre modelos teóricos (Becoña).

Logo de cinco cursos de aplicación do PPCDE procedeuse á avaliación na etapa da ESO (e actualmente na EPO), do que resultou o correspondente estudio e evidencia científica que se detalla no apartado 6 deste capítulo. Esta avaliación provocou modificacións no modelo teórico, nos obxectivos e nos contidos do PPCDE.

2.1. MARCO TEÓRICO E OBXECTIVOS

O PPCDE integra compoñentes de diversos modelos teóricos ó ter que conxugar esforzos de distintos sectores (educación, saúde, servicios sociais) e tamén pola dificultade de atopar un modelo ideal claramente predictivo, aceptado e facilmente operativizable (Becoña). Basicamente parte dos principios da teoría cognitivo-social de Bandura. Ó basearse na aplicación curricular de determinadas actividades segundo a etapa educativa, contempla tamén compoñentes do modelo evolutivo de Kandel, da teoría da acción razoada de Azjen e Fishbein e da autoeficacia de Bandura.

Por outra parte, considéranse os últimos datos sobre factores de risco e de protección, fundamentalmente obtidos a partir do estudio de Navarro para o Plan de Galicia sobre drogas (2000). Neste sentido, o modelo de estilos de vida e factores de risco condicionantes (Calafat et al.) está presente tamén en moitas das actividades propostas no PPCDE. A continuación, explicamos brevemente as principais características de cada modelo.

Teoría cognitivo-social (Bandura, 1986)

Teoría psicolóxica baseada nos principios da aprendizaxe, moi utilizada polos programas preventivos máis eficaces, parte das explicacións da conducta humana dadas polo conductismo. Actualmente, ten a súa aplicación na prevención de drogodependencias a través de programas centrados na autoeficacia e das técnicas de adestramento en habilidades sociais.

Neste sentido, o PPCDE contempla nos seus contidos actividades centradas nos dous compoñentes citados, sobre todo en etapas como a ESO e bacharelato, pasando dun modelo de protección a outro no que se capacita individualmente para afrontar situacións potenciais de risco. A constancia sobre a percepción do risco de consumo de drogas (crenzas, mitos, coñecementos), o adestramento en habilidades para a toma de decisións sobre o uso ou non de drogas, van ser unha constante nas actividades propostas.

Modelo evolutivo (Kandel, 1975)

Baséase en que o consumo de drogas segue uns pasos secuenciais e evolutivos (non causais), nos que se comeza por unhas primeiras substancias de iniciación (drogas legais) que serven de elemento facilitador para o posterior consumo doutras substancias (marihuana e logo outras ilegais), para os que finalmente chegan a consumilas. O consumo dunha substancia nunha fase incrementa de modo importante e significativo a probabilidade de pasar á seguinte fase de consumo, aínda que non é necesario que a secuencia anterior se dea en tódolos suxeitos por igual.

No PPCDE contéplanse compoñentes deste modelo, no sentido de que se secuencia a introducción de información e habilidades nas diferentes etapas educativas segundo os factores de risco e de protección, así como as substancias que se identifican e/ou consomen nelas, tendo en conta os datos obtidos nos estudos periódicos de consumo de drogas en Galicia.

Teoría da acción razoada (Fishbein e Ajzen, 1975) e teoría da conducta planificada (Ajzen, 1988)

O obxectivo principal destas teorías é a predicción da conducta desde a actitude ou actitudes do suxeito e das normas subxectivas, ámbalas dúas están mediatizadas pola intención con-

ductual, no primeiro caso, e polo control conductual percibido, no segundo. Resultan especialmente útiles cando nos interesa predici-la conducta desde as intencións, crenzas e actitudes. Moitos programas preventivos baséanse nelas para avalia-los compoñentes actitudinais, intención conductual e conducta.

No PPCDE foron especialmente relevantes na configuración das actividades para educación infantil e primaria, no sentido de xogar tanto coas intencións, crenzas e actitudes dos alumnos/as máis novos/as. A avaliación que se fixo do PPCDE na etapa de primaria baseouse na análise de intencións e actitudes.

Teoría da autoeficacia (Bandura, 1977 e 1986)

Partindo dunha perspectiva teórica máis ampla (a teoría cognitivo-social xa citada), esta teoría ten como núcleo central as percepcións que os individuos temos da nosa capacidade de actuar, por exemplo, para realizar conductas de habilidade social con persoas de distinto sexo, fumar cando nos sentimos tensos ou deprimidos... En definitiva, a autoeficacia percibida sería esa capacidade que temos para lograr un nivel especificado ou un tipo de actuación nun lugar concreto.

Esta teoría aplícase moito en áreas tan diversas como o rendemento académico e deportivo (pola súa importancia na motivación e logro), conducta interpersoal e conductas adictivas.

No PPCDE utilízanse compoñentes desta teoría, sobre todo nos últimos cursos da ESO e en bacharelato, con actividades dirixidas a que o alumnado poña en práctica, en situacións concretas, as súas habilidades logo de analiza-los pensamentos sobre a súa capacidade para actuar.

Modelo de estilos de vida e factores de risco que o condicionan (Calafat et al.,1992)

Baséase nos factores de risco e de protección para o consumo de drogas debido a que “as causas ou factores que fan ou facilitan que os individuos se interesen polas drogas teñen que ver con toda a dinámica persoal e social anteriores ó contaxio coas drogas”.

Así pois, a prevención debe dirixirse a influír neses factores de risco e protección para que o individuo non consuma.

No PPCDE hai un bo número de actividades centradas no coñecemento e mellora de certos factores de risco e protección fronte ó consumo en alumnado da ESO.

De acordo con este marco teórico, o obxectivo xeral do PPCDE é:

Influír nas crenzas e actitudes do alumnado de educación infantil e primaria sobre as drogas e o seu consumo, así como no consumo actual de drogas e na intención de consumo futuro dos estudantes de ESO, bacharelato e ciclos formativos.

Consecuentemente, os obxectivos específicos serán:

1. O 95% dos escolares galegos, ó finaliza-los seus estudos de ensino obrigatorio, terá recibida información suficiente sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, cannabis, drogas de síntese e outras drogas.

O programa de prevención do consumo de drogas

2. Aumentar en cinco puntos porcentuais o número de estudantes de educación primaria que están en desacordo con que as drogas son divertidas (actualmente o 86%) e emocionantes (actualmente o 77%), pasando ó 91% e 82%.
3. Aumentar en cinco puntos porcentuais o número de estudantes de educación primaria que actualmente pensan que as drogas son perigosas e teñen consecuencias negativas para a saúde (percepción do risco), pasando do 85% ó 90%.
4. Aumentar en dez puntos porcentuais o número de estudantes de educación primaria que identifican o tabaco e as bebidas alcohólicas como drogas.
5. Atrasar en 0,5 puntos porcentuais a idade media de inicio no uso do alcohol, pasando da actual de 16,69 anos á de 17,19 anos.
6. Atrasar en 0,5 puntos porcentuais a idade media de inicio no uso do tabaco, pasando da actual de 16,56 anos á de 17,06 anos.
7. Reducir en cinco puntos porcentuais o actual consumo de tabaco en estudantes de 12 a 18 anos, pasando do 32,2% actual (EDIS VI, 2000) ó 27,2%.
8. Reducir en cinco puntos porcentuais o actual patrón de consumo de alcohol en fin de semana en estudantes de 12-18 anos, pasando do 27,6% actual (EDIS VI, 2000) ó 22,6%.

2.2. POBOACIÓN DIANA E ESTRATÉXICA

A poboación destinataria do PPCDE está constituída polo alumnado de ensino non universitario de Galicia, distribuído nos treitos educativos de educación infantil, educación primaria, educación secundaria obrigatoria e educación secundaria postobrigatoria. Abrangue, polo tanto, desde os 5 ata os 18 anos (aínda que a educación infantil é desde os tres anos, aconséllase iniciar as actividades do PPCDE ós cinco). O PPCDE, ó ser un programa de prevención primaria ou universal, vai dirixido a non consumidores de drogas, aínda que tamén participan consumidores experimentais de tabaco, alcohol, cannabis e outras drogas, fundamentalmente da ESO e do ensino secundario postobrigatorio.

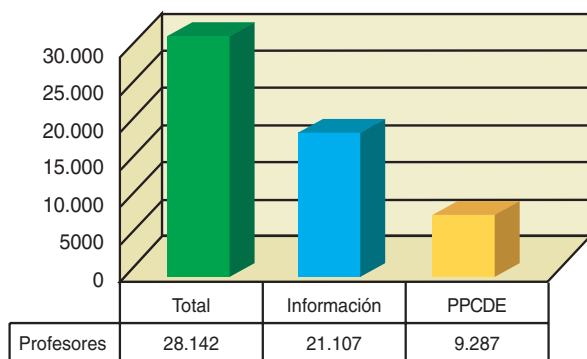
Baseándose nos datos da Consellería de Educación e Ordenación Universitaria do curso 2000-2001, o alumnado obxecto do PPCDE sería de 344.580 alumnos/as nun total de 1.718 centros educativos.

Como poboación estratéxica intermediaria, en canto axentes de cambio para chegar ó grupo diana, está o profesorado desas etapas, 28.142 profesionais no curso 2000-2001 segundo datos da Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.

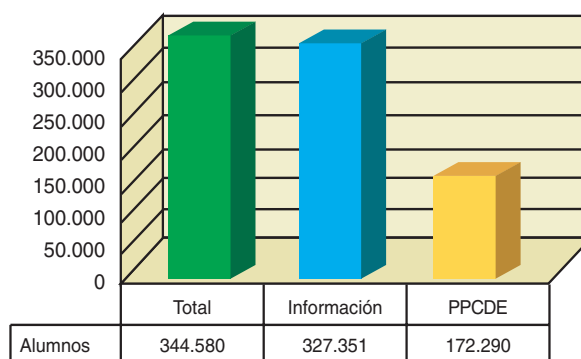
A cobertura esperada desta poboación diana e estratéxica sería a seguinte:

- O 75% do persoal docente de educación primaria obrigatoria (EPO) e educación secundaria obrigatoria (ESO) recibirá información sobre os problemas derivados do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas (PGD 2001-2004).
- Acada-la inclusión no PPCDE do 33% do profesorado de educación infantil, EPO, ESO e o ensino secundario postobrigatorio, no período 2001-2004.
- O 95% dos escolares galegos, ó finaliza-los seus estudos de ensino obrigatorio, recibirán información abonda sobre os riscos do consumo de tabaco, alcohol, drogas de síntese e outras drogas (PGD 2001-2004).
- Acada-la inclusión no PPCDE do 50% do alumnado de ensino non universitario, no período 2001-2004.

Poboación diana e estratéxica (profesores)



Poboación diana e estratéxica (alumnado)



2.3. ACTIVIDADES QUE SE DESENVOLVEN

Os materiais didácticos do PPCDE conteñen as seguintes actividades:

- **Educación infantil:** conto interactivo con diversas actividades que tocan a educación para a saúde e outros aspectos do currículo desta etapa, tales como a lateralidade, a valoración do medio, a toma de iniciativas, o ritmo...
- **Educación primaria:** conxunto secuenciado de actividades (aproximadamente dez por curso) para a programación de aula, con contidos sobre consumo e consumismo, produtos nocivos para a saúde, medicamentos, tabaco e tabaquismo, alcohol e alcoholismo, autoestima, alternativas no tempo libre, presión de grupo, toma de decisións.

O material destas dúas etapas é o mesmo de anos anteriores; rematouse o estudo de avaliación, agora está en proceso de revisión e reelaboración.

- **Educación secundaria obrigatoria (ESO):** conta con material moi renovado, tanto na súa estrutura por curso e nos cadernos para o alumnado como na filosofía de aplicación a través de titoría (aínda que pode ser aplicado por profesores das distintas materias). Consta de 129 actividades, distribuídas segundo as táboas seguintes (ver páxinas 94 e 96).

Como se observará, ademais de actividades de información e cognición, hai un gran número de actividades sobre actitudes e competencias persoais ou sociais, e trátanse factores de protección fronte ó consumo e habilidades para a vida.

- **Educación secundaria postobrigatoria (ESPO):** as actividades están enmarcadas en cada área temática específica: lingua galega, inglés, matemáticas, filosofía, historia da arte... Son actividades dirixidas fundamentalmente á toma de decisións e habilidades para a vida. Inciden especialmente nos estilos de vida e comportamentos que poden implicar riscos fronte ó consumo abusivo de alcohol e outras drogas.

ACTIVIDADES DE 1º ESO

Nº	TÍTULO	OBXECTIVOS	MODELO/TEORÍA	VARIABLES	TÉCNICAS
1	¿Como son eu?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Persoal
2	¿Como me vexo? ¿Como me ven?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Persoal
3	Ti es única. Ti es único	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Persoal
4	Susie	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Persoal
5	O escaravello peloteiro	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades sociais	Persoal
6	A pirámide das necesidades	Modificar actitudes	Necesidades xerárquicas (Maslow)	Influencias persoais e sociais	Grupos
7	Superfluo	Modificar actitudes	Necesidades xerárquicas (Maslow)	Influencias persoais e sociais	Persoal
8	Estratexias da publicidade	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
9	As aparencias enganan	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
10	Realidade/Ficción	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
11	Adiviña adiviñanza	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
12	Retrato robot	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
13	Contrapublicidade	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
14	A arrasadeira	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Persoal
15	Definición	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
16	Dictado en grupo	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupo
17	Xateentendo.com	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
18	Rapeando	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupo
19	Capitán Haddock	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
20	Ditos e costumes	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
21	A crúa realidade	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
22	Descubre a outra metade	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
23	Salto do cabalo	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
24	A entrevista	Modificar actitudes	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
25	Ábrese a sesión, preside...	Modificar actitudes	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
26	A manipulación	Competencias sociais	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Relacións cos compañeiros	Persoal
27	Bart Simpson	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Asertividade	Persoal
28	Dereitos	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Asertividade	Persoal
29	Dereitos 2	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Asertividade	Persoal
30	Non te deixes intimidar	Competencias sociais	Estilos vida e factores risco (Calafat)	Relacións cos compañeiros	Persoal
31	A liña de ocio	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Presión de grupo	Persoal
32	A liña de ocio 2	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Presión de grupo	Grupos

O programa de prevención do consumo de drogas

ACTIVIDADES DE 2º ESO

Nº	TÍTULO	OBXECTIVOS	MODELO/TEORÍA	VARIABLES	TÉCNICAS
1	¿Que quen son eu?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconfianza	Persoal - Parellas
2	¿Como me vexo?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconfianza	Persoal - Parellas
3	Árbore xenealóxica	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconfianza	Persoal
4	Fábula	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, metas	Persoal
5	Emocións	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autocontrol	Persoal-Grupos
6	A pirámide das necesidades	Modificar actitudes	Necesidades xerárquica (Maslow)	Influencias persoais e sociais	Grupos
7	Estratexias de publicidade	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
8	As aparencias enganan	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
9	Adiviña adiviñanza	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
10	Adiccións	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
11	Afección/Adicción	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
12	Accións/Consecuencias	Reducir riscos	Conducta problema (Jessor)	Intención de consumo	Persoal
13	Definición	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Remuíño ideas
14	Tres en liña	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
15	O que avisa... Tabaco	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
16	O fumador artificial	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
17	Mitos e lendas. Tabaco	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
18	¿Por que se empeza?	Competencias sociais	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Relacións cos compañeiros	Remuíño ideas
19	Xogo de roles. Tabaco	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma decisións	Grupos
20	A sopa dos porqué- Alc.	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Percepción risco	Grupos
21	Uso ou abuso. Alcohol	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
22	Paga a pena. Alcohol	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Percepción risco	Grupos
23	¡Tan só! Alcohol	Reducir riscos	Conducta problema (Jessor)	Intención de consumo	Persoal
24	Dameiro... Alcohol	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
25	O cofre das 7 chaves	Competencias sociais	Habilidades para a vida (Botvin)	Habilidades sociais	Persoal
26	A nosa campaña	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Percepción risco	Grupos
27	¿Onde vai Vicente?	Alternativas ocio	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Uso do tempo libre	Grupos
28	Festa	Competencias sociais	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Relación cos compañeiros	Persoal
29	Dicir “non”	Competencias sociais	Habilidades para a vida (Botvin)	Asertividade	Persoal

ACTIVIDADES DE 3º ESO

Nº	TÍTULO	OBXECTIVOS	MODELO/TEORÍA	VARIABLES	TÉCNICAS
1	¿Como se ven?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoconcepto	Grupos
2	¿Como me vexo?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoconcepto, autoestima	Persoal
3	¿Como me ven...?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoconcepto, autoestima	Persoal, grupos
4	¿Podo mellorar?	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoconcepto, autoestima	Persoal, grupos
5	Establezo metas	Competencias sociais	Habilidades para a vida (Botvin)	Toma decisións	Persoal
6	Xuventude, divino tesouro	Mellora intrapersoal	Mellora estima-integrativa (Kaplan)	Autoconfianza	Persoal
7	As aparencias enganar	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal, debate
8	Vai de amarelo	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal, debate
9	Pero... ¿que nos queren...? Ac.	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal, debate
10	Publicidade bebidas alcohólicas	Modificar actitudes	Necesidades xerárquicas (Maslow)	Coñecemento e actitudes	Grupos
11	Círculo	Intereses e actitudes	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
12	Mestura de letras	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal, debate
13	Relaciona	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
14	Remuíño de ideas	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
15	Mitos e lendas arredor do tabaco	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
16	Crebacabezas	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
17	Crebacabezas II	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
18	A xente non ten sonos	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
19	Accións e consecuencias I	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
20	Accións e consecuencias II	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
21	Comunicación	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
22	Escoita activa I	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
23	Escoita activa II	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
24	Mensaxes..."eu"	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
25	Mensaxes..."eu". Posta en práctica	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
26	Negociación. Todos gañan	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
27	Negociación ¿gañamos todos?	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades de comunicación	Grupos
28	E ti, ¿fas sempre o que che din?	Competencias sociais	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Relación cos compañeiros	Persoal
29	Hai outros xeitos de dicir "non"	Competencias sociais	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Relación cos compañeiros	Persoal

O programa de prevención do consumo de drogas

ACTIVIDADES DE 4º ESO

Nº	TÍTULO	OBXECTIVOS	MODELO/TEORÍA	VARIABLES	TÉCNICAS
1	Ti es unha estrela	Mellora intrapersoal	Mellora da estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Grupos
2	Podo mellorar	Mellora intrapersoal	Mellora da estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Persoal
3	Valores	Mellora intrapersoal	Mellora da estima-integrativa (Kaplan)	Autoestima, autoconcepto	Persoal
4	Determinantes da saúde	Vida saudable	Saúde pública	Percepción da saúde	Persoal
5	Ás veces as aparencias enganan	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
6	Estratexias da publicidade	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
7	Salva for mata	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Persoal
8	¿Sen dúbida?	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Habilidades ante a publicidade	Grupos
9	Eu fun un escravo do tabaco	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
10	¿Quen ten a razón?	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
11	¿Por que?	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
12	Don Pedro, dona Carme e fillo (I)	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
13	Don Pedro, dona Carme e fillo (II)	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
14	Bébedos na arte	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
15	Eu bebo para...	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
16	Mitos e lendas arredor do alcohol	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
17	Encadeado	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Persoal
18	Escándalo no IES	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
19	Arquivo	Información	Cognitivo-social (Bandura)	Coñecemento e actitudes	Grupos
20	Chamábase Luís	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
21	Apaga o móbil	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
22	Metilenodioximetanfetamina (mdma)	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
23	¿A xente non ten sonos?	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
24	Estopa	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
25	Barrio de clase media	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
26	¿Prohibición ou legalización?	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Grupos
27	Carta a un/unha amigo/a	Modificar actitudes	Acción razoada (Ajzen)	Coñecemento e actitudes	Persoal
28	Decisión	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Grupos
29	Acordo parcial e disco raiado	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Asertividade	Grupos
30	¿Que fago?	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Presión de grupo	Grupos
31	Opcións	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Grupos
32	As opcións de María	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Grupos
33	Problema	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Resolución de problemas	Grupos
34	Exemplo	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Grupos
35	Solución	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Toma de decisións	Grupos
36	Resistindo	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Presión de grupo	Grupos
37	Un xeito de comportarse. "Ser asertivo"	Competencias sociais	Cognitivo-social (Bandura)	Asertividade	Persoal
38	Convocatoria pública	Alternativas de ocio	Estilos de vida e factores de risco (Calafat)	Uso de tempo libre	Grupos

2.4. RECURSOS HUMANOS IMPLICADOS

O PPCDE conta cunha importante e cualificada tipoloxía profesional en elaboración e deseño, presentación e seguimento, aplicación, avaliación e formación de profesorado.

- **Elaboración e deseño: 14**

- Cinco psicólogos/as e unha pedagoga do ámbito das drogodependencias
- Tres mestres de educación infantil e primaria
- Tres profesores de educación secundaria obrigatoria
- Unha orientadora e unha profesora de bacharelato

- **Presentación e seguimento: 59**

- 32 psicólogos
- 1 médica
- 7 pedagogos
- 12 traballadores sociais
- 7 educadores sociais

- **Aplicación: 9.287 mestres e profesores (período 2001-2004)**

- **Avaliación externa: 19**

- Grupo Criteria Evaluación: dous psicólogos e unha socióloga
- Factam: un psicólogo, catedrático da Universidade Autónoma de Madrid
- Traballo de campo: 15 colaboradores

- **Formación do profesorado: 16**

- 6 psicólogos/as
- 2 traballadoras sociais
- 3 mestres
- 5 profesores/as

2.5. DESENVOLVEMENTO METODOLÓXICO. TÉCNICAS DE APLICACIÓN

A metodoloxía de aplicación do PPCDE baséase nos seguintes criterios:

■ **Adaptación curricular:** o PPCDE é un programa de prevención universal para tódolos/as alumnos/as de ensino obrigatorio, desde a educación infantil ata o ensino secundario postobrigatorio. Insírese no currículo a través da educación para a saúde, e pode ser aplicado como materia transversal ou en titoría. Está deseñado para ser incluído no proxecto educativo de centro (PEC) ou, en todo caso, na programación de aula.

O material didáctico adáptase á etapa educativa do alumnado e á maior potencialidade de aplicación:

- En infantil e primaria, será o/a mestre/a quen programe a aplicación á súa programación de aula
- En secundaria obrigatoria, a titoría é o lugar idóneo para traballar co PPCDE
- En bacharelato, a idoneidade vén dada polas diferentes unidades creadas para distintas materias básicas

■ **Formación do profesorado:** en virtude da colaboración entre as consellerías de Educación e Ordenación Universitaria e a de Sanidade, o PPCDE contempla a necesidade de formación de mestres e profesores nas cuestións de educación para a saúde e a prevención do consumo de drogas. Deste xeito, a oferta formativa realízase:

- a través dos centros de formación e recursos do profesorado nas súas programacións anuais e
- a través dos proxectos de formación dos equipos de prevención do Plan de Galicia sobre drogas.

■ **Coordinación entre docentes e técnicos de prevención:** a existencia de equipos de prevención en moitos concellos (ver “Guía de recursos”) debe facilita-lo coñecemento e aplicación do PPCDE. O profesorado e os centros educativos dispoñen de técnicos de prevención que lle achegan o material do programa, apoian a súa aplicación, promoven actividades formativas e realizan o seguimento. A comunicación entre o profesor e o profesional de prevención é fundamental para acadar os obxectivos de implantación e extensión do programa, e fai que os seus efectos teñan eco no propio centro educativo, na familia e na comunidade.

■ **Temporalización:** considerando a evidencia científica, que ensina que para ser efectivo calquera programa preventivo require dunha intensidade de aplicación mínima de dez sesións por curso, o PPCDE axústase a ese requirimento e preconiza a realización desas sesións en aula, independentemente do tempo que o profesorado ou titor/a asigne para traballo na casa.

Neste sentido, é conveniente insistir na necesidade de traballo intensivo na aula, evitando actuacións puntuais ou desviando o cumprimento da actividade por parte do alumnado como extraescolar e voluntaria.

■ **Congruencia do clima do centro coas propostas preventivas:** para que o PPCDE sexa efectivo, tan importante como a transmisión de coñecementos ou a intención de modificar actitudes e comportamentos no alumnado vai se-lo clima do centro e o modelado que o profesorado teña establecido. Debe existir unha confluencia e unha mensaxe unívoca ó respecto do consumo de drogas, tanto por parte do cadro directivo como do profesorado, de tal xeito que o alumnado non perciba contradicións que lle xeren maior confusión á hora de decidir ante situacións de risco.

Polo que se refire ás técnicas que facilitan a aplicación do PPCDE, fundamentalmente para a ESO e bacharelato, nestes materiais atópanse algúns conceptos que é interesante revisar:

Metodoloxía: ciencia do método. Procedemento para ensinar algo. Qué facer cando xa eliximos tema e contido. Pasos, medidas que se tomarán e recursos necesarios para acadar uns obxectivos previamente definidos.

Estratexia: arte, habilidade para dirixir un asunto. Qué estilo xeral de acción imos manter.

Técnica: conxunto de regras prácticas. Modos e procedementos dos que se serve unha ciencia ou un acto. Medios que van servir para lograr unha mellor aprendizaxe de contidos, aptitudes e/ou comportamentos.

Habilidade: capacidade para dicir ou facer algo. Disposición para unha cousa. Destreza.

En moitas actividades destes materiais xa se indica qué hai que facer e incluso as técnicas que se poden utilizar para conseguí-los obxectivos previstos. Con isto pretendemos facilitar e orienta-lo traballo de mestres, profesores, titores e orientadores.

De seguido, pasamos a describir algunhas das técnicas que propoñemos para utilizar nas actividades co alumnado, pero antes hai que lembrar que, como norma xeral de aplicación de calquera técnica grupal, cómpre ter en conta que:

- Antes de utilizar unha técnica de grupo é imprescindible **coñece-lo seu fundamento teórico, estrutura, dinámica e modo de aplicación.**
- Se se descoñece a técnica, é preferible **seguir-las indicacións** e pasos que se propoñen. Se se ten experiencia na súa aplicación, poderanse **intentar adaptacións diferentes.**
- Unha técnica de grupo funciona mellor na medida na que os alumnos se sintan **implicados, interesados e cooperen** activamente na actividade.

As técnicas grupais vannos permitir traballar dun xeito máis eficaz e lúdico os contidos que se queren tratar: pensamento creativo, facer e recibir críticas, presión de grupo, toma de decisións, autoestima e autoconceito, asertividade, etc.

TÉCNICAS GRUPAIS

XOGO DE ROLES* *Role - Playing*

¿En que consiste?

Na representación dunha situación previamente definida. As persoas que participan no xogo como actores pretenden transmitirle ó grupo o feito como se fose unha realidade. Cada actor elixe un papel, e a representación é libre e espontánea, preferentemente, sen uso de guións nin de ensaios previos. O resto do grupo representa o rol de espectadores.

¿Que se pretende?

Aborda-lo tema dun modo vivencial, facilitando a identificación coa situación que se representa, tanto por parte dos actores como dos alumnos que están a observa-la escena. Permite compartir unha situación determinada como se fose real, para posteriormente poder discutir sobre o tema cun maior coñecemento, acercamento e comprensión deste.

¿Como facelo?

1. Pedir **voluntarios ou invita-los** que vaian participar no xogo de roles.
2. Explicar qué se quere **destacar** para aclarar e entender con maior facilidade o tema que se estea a tratar. Encadra-la escena.
3. A información que o profesor lle dea ó grupo sobre o que hai que facer debe ser **clara, concreta e precisa**.
4. Pódense pechar en maior ou menor medida os personaxes, pero **non** hai que dar **guións pechados** como en teatro. Serán os propios “actores” os que deberán dar vida e facer evoluciona-los seus personaxes e situacións.
5. Indicarlles ós espectadores qué se busca e **qué deben observar**.
6. **Ás veces non se lles indica** previamente ós espectadores o **obxectivo do xogo de roles**, co fin de utiliza-lo factor sorpresa como elemento dinamizador.
7. Analízase a representación, non se critican os participantes. **Pídese respecto e reforzo na valentía dos que actúan**.
8. **O tempo de representación é variable**, oscilará entre cinco e dez minutos; de tódolos xeitos será o profesor quen dea por rematada a representación cando considere que hai suficiente información para poder traballar no ámbito do grupo. Se existe un ambiente moi negativo ou se percibe que algún dos alumnos que actúa o está pasando mal, dara-se tamén por rematada a representación.
9. **A representación** da escena **non debe ser interrompida** polos compañeiros, agás que se utilice unha variante desta técnica na que previamente xa estea establecida esta posibilidade.
10. Ó rematar, **reforzar positivamente ós participantes**; preguntarlles cómo se sentiron e as dificultades na representación.
11. Preguntarlles ós observadores/espectadores qué viron e pasar a analiza-las relacións establecidas nos xogos de roles.

* Existen outras variacións de xogo de roles, como facer pequenos grupos e varia-los personaxes; intercambiar sobre a marcha os papeis que representan os actores; que os espectadores se convertan en actores e estes en espectadores (...)

REMUÍÑO DE IDEAS * *Brainstorming*

¿En que consiste?

Na designación do maior número posible de palabras que lle suxiren a idea, tema ou palabra proposta ós participantes.

Exemplo de palabra proposta: avión

Respostas válidas: reacción, medo, viaxes, altura, sol, rapidez

¿Que pretendemos?

Xera-lo maior número de ideas, en pouco tempo e dun xeito creativo, sen ter que fixarse en se o que se di é real, útil ou mesmo posible. Favorece-la maior cantidade de alternativas posibles con respecto a un tema ou palabra proposta.

¿Como facelo?

1. Realízanse subgrupos entre os alumnos da clase.
2. Unha persoa anotará tódalas ideas achegadas polo grupo nun folio (ou taboleiro se se fai con todo o grupo) sobre o tema/palabra proposta. Nesta fase, nin se criticarán nin interromperán as ideas achegadas; unicamente se busca o maior número posible destas.
3. Analízanse as ideas e faise unha primeira selección daquelas que nos poidan resultar máis útiles. Primeiro nos subgrupos e posteriormente no gran grupo.

PHILLIPS 66

¿En que consiste?

Na exposición de ideas que realizan seis persoas durante seis minutos.

¿Que pretendemos?

- A **participación de tódolos** membros do grupo.
- Expoñe-las ideas de xeito resumido. Que **desenvolvan/practiquen a capacidade de síntese** sobre os seus pensamentos.
- Recolle-la **opinión de tódolos participantes en pouco tempo**.
- **Mobilizar** un tema que non avanza, non esta claro ou se atasca durante o desenvolvemento dunha clase.

¿Como facelo?

1. Fórmanse subgrupos con **seis alumnos** cada un.
2. O profesor **formula claramente o tema/caso** que se vai traballar no ámbito do grupo. É importante deixalo escrito no taboleiro e á vista de tódolos alumnos.

O programa de prevención do consumo de drogas

3. Indícaselles que entre os integrantes do grupo teñen que **elixir un secretario** que anotará o exposto polos seus compañeiros e exporá as conclusións no gran grupo.
4. **Elixirase tamén un coordinador** para controla-lo tempo. O secretario e o coordinador participarán no grupo ó igual que os seus compañeiros.
5. Cada integrante do grupo ten **un minuto de tempo para expresa-las súas ideas**. Se acaba o seu tempo, o coordinador indicarlle ó seguinte compañeiro que pode empezar a falar.
6. **Un minuto antes de acaba-lo tempo**, o **profesor avisará a tódolos subgrupos** para que poidan face-lo resumo do falado para expoñer no gran grupo.
7. É importante **respecta-las normas sobre os tempos**.

TRIBUNAL

¿En que consiste?

Na representación, con tódolos actores clásicos dun xuízo (xuíz, fiscal, avogado defensor/acusador, testemuña, culpable), dunha situación que polo seu tema dea lugar a propostas que poidan ser defendibles desde polos distintos.

Exemplo: xuízo ó alcohol

Empresario da construción: pola súa experiencia profesional xulgaría negativamente o alcohol, polo absentismo laboral que teñen na empresa e polo incremento de accidentes laborais relacionados co abuso deste.

Empresario vitivinícola: defendería o alcohol como un traballo que lle permite gañar diñeiro e ter unha posición económica determinada.

¿Que pretendemos?

- Recoller información sobre o tema
- Que os alumnos **investiguen** sobre o tema no seu propio medio.
- Que xustifiquen, acheguen probas sobre o que din e **sexan capaces de defendelo en público**.
- Que **practiquen a escoita activa**, atendendo ás explicacións/razóns que dan os demais.
- Que **practiquen e acepten a crítica constructiva**.
- Fomenta-lo **traballo en equipo**.

¿Como facelo?

1. Elíxense **entre os alumnos os personaxes** que, como mínimo, deberán ser: xuíz, fiscal, avogado defensor, avogado acusador, testemuña de ámbalas dúas partes, ou culpable (a quen se xulga o tema que se pretende traballar (tabaco, racismo, alcohol, agresividade, intolerancia...) e xurado popular (alomenos 6-8 membros).
2. **Os alumnos que non participen como actores** e que vaian formar parte do público **axudarán na fase de investigación** a buscar documentación para os actores.

3. **Faranse subgrupos que se dediquen a buscar material** para que o xuíz dicte sentenza, o fiscal poida basea-la súa acusación, o culpable defenderse, etc., de xeito que todos participen na busca de información.
4. É necesario **adapta-la clase á actividade**. Coloca-los membros do tribunal fronte ó público, de forma que poidan ser vistos e oídos sen dificultade; e, se é necesario, buscar unha sala alternativa máis grande. Coida-la escenografía da posta en escena.
5. É importante que os **actores coñezan ben a súa función e cada personaxe debe ser facilmente identificable para o público**.
6. Darase por rematado o xuízo cando se dicte sentenza.

DIÁLOGOS SIMULTÁNEOS * Bisbar

¿En que consiste?

Na organización do grupo en parellas que, simultaneamente, tratarán sobre o tema proposto.

¿Que pretendemos?

- **Mobilizar a un grupo pouco activo.**
- Conseguir unha **maior participación** dos integrantes do grupo.
- **Facilitar que tamén participen aqueles alumnos que teñen máis dificultades para expresarse.**
- **Coñece-la opinión** do grupo **sobre un tema de xeito rápido** e sen preparación previa.
- Que os alumnos **compartan información e desenvolvan a súa capacidade de síntese.**

¿Como facelo?

1. Exponse o **tema** sobre o que se vai tratar **de xeito claro**, coa finalidade de que todos falen sobre o mesmo.
2. Darase un **tempo limitado** para cada membro da parella, dun a tres minutos.
3. Pediráselles ós alumnos **que falen en voz baixa** para non molesta-lo resto dos compañeiros.
4. O profesor intentará **que os participantes non se aparten do tema e que ámbolos dous participen por igual.**
5. Un dos compoñentes da parella **exporá en público o falado** durante a súa conversa **coa maior obxectividade posible.**
6. **O profesor tirará a conclusión xeral** da información ofrecida por tódolos subgrupos e concluirase coas decisións oportunas sobre o caso.

DISCUSIÓN DIRIXIDA

¿En que consiste?

No intercambio informal de ideas sobre un tema, baixo a condución dunha persoa que estimule, de xeito activo, a participación.

¿Que pretendemos?

- **Esperta-lo interese** dos participantes.
- **Estimula-la súa capacidade de razoamento.**
- **Favorece-la expresión de ideas** con claridade.
- **Coñecer e analiza-las diferentes actitudes e opinións** sobre un tema.
- **Respecta-las opinións diferentes e defende-las propias.**
- **Modificar crenzas e actitudes.**
- **Chegar a algún tipo de acordo.**
- **Facilita-la toma de decisións** e tirar conclusións.

¿Como facelo?

1. Antes do debate **fáiselles saber** ós alumnos o **tema de discusión** e **dáselles tempo para preparalo.**
2. **Definir con claridade os obxectivos** que se pretenden alcanzar.
3. O profesor deberá **planificar, previamente e por escrito**, unha serie de **preguntas que axuden a estimular-lo debate** e a promove-la discusión para obte-los obxectivos previstos.
4. O día do debate o **profesor fará unha breve introducción para encauza-lo tema.** Formulará a primeira pregunta e invitará os alumnos a participar.
5. **Deixaranse claras as condicións de participación no debate:** petición de palabra; respecto ó exposto polos compañeiros; crítica ó tema, non ás persoas; brevidade na exposición das ideas, etc.
6. **Reconduci-la exposición cando se desvíe do tema proposto.**
7. **Facilita-la participación daqueles alumnos que teñan máis dificultade** en expresa-la súa opinión.
8. **O profesor que dirixe o debate debe absterse de entrar nel.** Pode suxerir, aclarar confusións, introducir elementos que faciliten esclarecer confusións ou formulacións bipolares, pero non inclinarse por unha opinión.
9. A función do profesor é **estimular e guía-lo grupo.**
10. Finaliza-lo debate animando os alumnos a **sintetiza-las conclusións** máis relevantes.

2.6. AVALIACIÓN DO PROGRAMA NA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBRIGATORIA

O PPCDE é un programa de prevención universal de aplicación no ámbito educativo iniciado no curso 1994-95, dirixido a todo o alumnado do ensino obrigatorio desde a educación infantil (5 anos) ata a educación postobrigatoria (18 anos). Susténtase na aplicación na aula duns contidos curriculares transversais adecuados á LOXSE, que teñen como finalidade dotar a profesores e alumnos de instrumentos de traballo que permitan un afrontamento racional do consumo de drogas. A formalización do PPCDE instruméntase nun convenio entre as consellerías de Educación e Ordenación Universitaria e a de Sanidade e Servizos Sociais da Xunta de Galicia.

É o primeiro programa de prevención escolar de España que abrangue todo o ensino preuniversitario, dos 5 ata os 18 anos, así como o de maior cobertura de centros educativos, alumnado e profesores. Na súa dimensión comunitaria, o programa está implantado en 119 concellos, que representan o 38% do total de concellos de Galicia e abranguen o 68,20% da poboación total de Galicia.

O marco teórico en que se inscribe é a teoría da aprendizaxe social e a teoría cognitivo-social de Bandura, integrando compoñentes como a autoeficacia. As actividades propostas no programa teñen como referente o determinismo recíproco entre a conducta, os factores cognitivos e persoais e as influencias ambientais. O concepto “droga” insírese noutros conceptos e prácticas conductuais máis globais, tales como: hábitos de saúde, autoestima, habilidades sociais, toma de decisións e presión de grupo, atendendo ás características evolutivas de cada etapa educativa. Así mesmo, en consideración ó obxectivo de influír na intención de consumo futuro de drogas, preténdese actuar nas crenzas de invulnerabilidade e busca de sensacións.

Os obxectivos específicos do programa son: a) influír nas crenzas e actitudes sobre as drogas, b) reduci-lo consumo presente de drogas, c) influír na intención de consumo futuro de drogas.

As actividades do programa están recollidas nun material didáctico facilmente accesible (tanto economicamente —é gratuíto— como na recepción) para o alumno e o profesor. Os alumnos de educación infantil e primaria dispoñen de cadernos individuais segundo ciclos. En ESO e na educación secundaria postobrigatoria os materiais están deseñados para que calquera profesor poida aplicalos na aula sen rixidez, atendendo á diversidade de situacións e contornos educativos. Preténdese, a través dos proxectos educativos de centro, a integración curricular do programa.

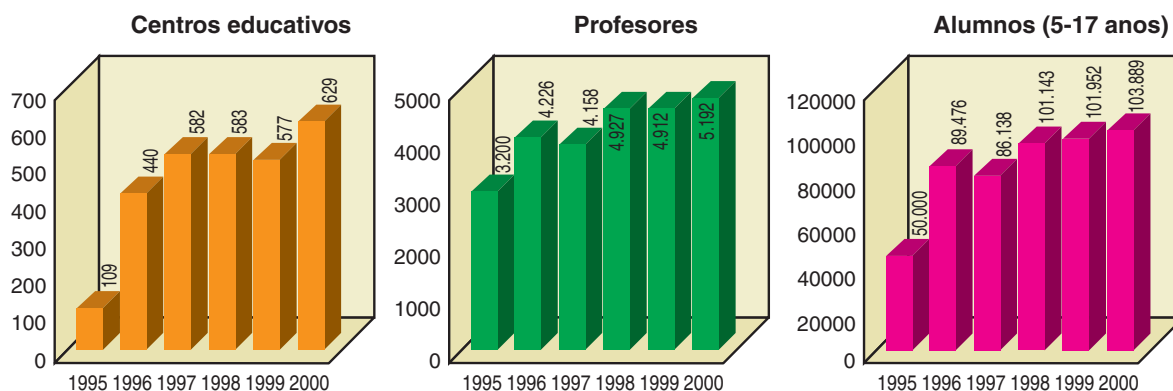
As actuacións que contempla o programa son:

- Presentación dirixida ó centro e profesorado por técnicos de prevención do Plan de Galicia sobre drogas (PGD).
- Formación do profesorado en cursos homologados.
- Aplicación do material didáctico na aula polo profesor.
- Seguimento e apoio técnico por parte de profesionais da rede do PGD.

O programa de prevención do consumo de drogas

>> Gráfico 20

Implantación do PPCDE - Evolución período 1995-2000



Fonte: Observatorio de Galicia sobre Drogas

>> Gráfico 21

Avaliación da implantación (sistema de avaliación de prevención 2000)

	n	% s/total centro	%total Galicia
Centros	629	—	33
Alumnos	103.889	70	24
Profesores	5.182	44	15

Desde a súa implantación no curso 1994-95, o PPCDE foi crescendo e asentándose nos centros educativos de Galicia e chegou, no último curso académico, a 103.889 alumnos e 5.182 profesores de 629 centros (gráficos 20 e 21).

Neste período de tempo obsérvase un crecemento gradual máis acentuado nos primeiros anos, cunha tendencia á estabilización nos dous últimos cursos académicos. Evidentemente, razóns de índole superestructural (dificultades na aplicación da LOXSE, situación dos centros educativos) e de coordinación a distintos niveis están na base desta estabilización. Incídese un pouco máis nestes aspectos nos apartados seguintes de avaliación de proceso e resultados.

Debido a que non se trata dun rexistro nominal, non podemos suma-las cifras acadadas anualmente, pero si podemos estimar, en función da experiencia acumulada e dos datos do estudo avaliativo realizado (que revelou que entre un 65% e un 82% do alumnado de Galicia declara ter falado do tema de drogas durante o curso escolar), que entre 269.347 e 339.791 alumnos diferentes participaron no programa ó longo destes anos. A participación media nos centros adscritos ó programa é do 70% dos alumnos do centro e do 44% dos profesores do centro.

O programa de prevención do consumo de drogas

Nos cursos 1998-99 e 1999-2000 realizouse a avaliación de proceso e resultados do programa na etapa de educación secundaria obrigatoria (ESO), e era o terceiro traballo deste tipo que se realizaba en España.

Para a avaliación de proceso utilizouse unha metodoloxía descritiva, con métodos cuantitativos e cualitativos que inclúen:

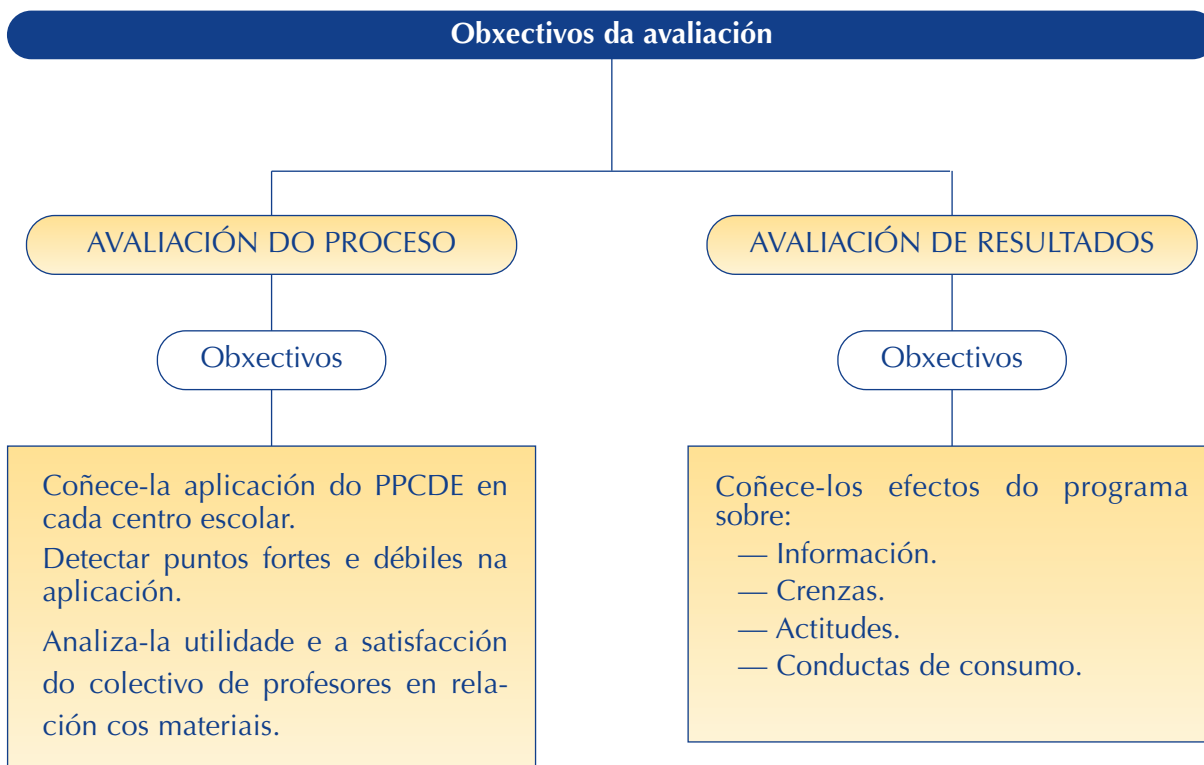
- Folla de rexistro de actividades, para os efectos de obter datos de implantación.
- Grupos nominais con profesores e técnicos de prevención.
- Enquisa a profesores.

Para a avaliación de resultados seguiu-se unha estratexia de investigación cuantitativa, seguindo a tradición científica establecida por D. Campbell e ós seus colaboradores, que insiste en lograr unha validez interna no deseño utilizado e na investigación realizada. Utilizouse un deseño case experimental que incluía unha medición pretest-postest e nun grupo de comparación, e realizouse unha dobre comparación, primeiro entre pretest e postest, e logo entre o grupo experimental e o de control.

A mostra total é de 1.600 alumnos de primeiro ciclo de ESO; dos que 1.000 formaron a mostra do grupo experimental e 600 do grupo control. O número de centros escolares nos que se recolleu información é de 32 (20 no grupo experimental e 12 no de control). O número de alumnos neste ciclo en Galicia é de 62.000, polo que a mostra seleccionada é ampla. O erro mostral do grupo experimental é de $\pm 3\%$, cun nivel de confianza do 95% para o suposto máis favorable de $p=q$. No grupo control, cos mesmos supostos, o erro é de $\pm 4\%$. A significación pode dala o feito de que tódalas diferenzas, aínda que non sexan significativas unha a unha, se dan na dirección esperada, o que permite supor que non se deben a causas aleatorias.

No gráfico 22 preséntanse os obxectivos para cada unha das avaliacións.

>> Gráfico 22



O programa de prevención do consumo de drogas

>> Gráfico 23



Da análise cuantitativa, realizada a través das fichas de rexistro, tirámo-las seguintes conclusións:

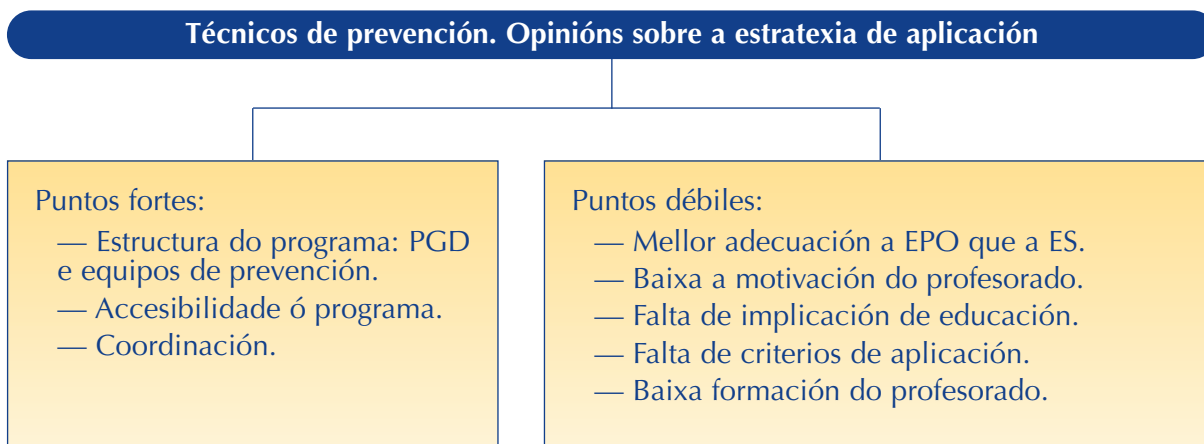
- O programa amósase moi útil para facer prevención nos centros educativos, aínda que a súa eficacia aumenta ó incrementa-lo número de horas de aplicación, en tanto que se concretan máis algúns aspectos relativos á forma de aplicación e contidos.
- Os materiais didácticos do programa son flexibles e adaptables, en consonancia cos postulados da transversalidade. Sen embargo, isto supón que a aplicación era moi heteroxénea en canto a contidos, áreas en que se imparte, métodos e tempo investido.
- O programa é moi accesible pola súa estrutura de aplicación.
- Requírense criterios máis pechados para a súa aplicación e maior formación do profesorado.
- Demándase un formato máis útil nos materiais, con cadernos para o alumno, así como unha actualización continuada.
- Existen problemas superestructurais dificilmente controlables polo programa.

En canto ó traballo cos grupos nominais de técnicos de prevención e profesores, formuláronselles dúas cuestións ós asistentes:

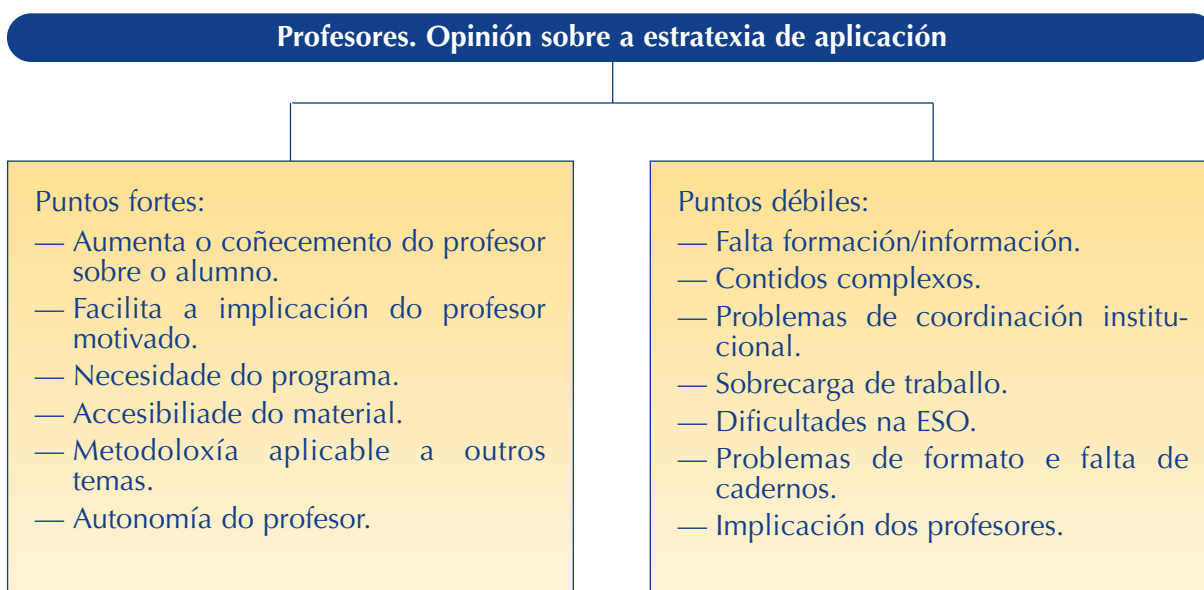
- Satisfacción co programa.
- Opinións do programa:
 - Puntos fortes dos materiais.
 - Puntos débiles dos materiais.
 - Puntos fortes da estratexia de aplicación.
 - Puntos débiles da estratexia de aplicación.

As conclusións presentámolas nos gráficos 24 e 25 e, como vemos, inciden nas cualidades e problemas apuntados no punto anterior.

>> Gráfico 24



>> Gráfico 25



Avaliación de resultados

A avaliación de resultados recolleu información sobre os cambios que se produciron entre o alumnado, tanto no ámbito actitudinal como conductual, debidos precisamente á súa participación no programa. O procedemento utilizado consistiu na realización dunha enquisa ó comezo do curso escolar e outra ó finaliza-las dúas mostras seguintes:

- Centros e alumnos participantes no programa (grupo PPCDE).
- Centros e alumnos non participantes no programa (grupo NON PPCDE).

Utilizouse, polo tanto, un deseño case experimental con medición pretest-postest e grupo de comparación non equivalente.

Da análise dos resultados tirámo-las conclusións que se indican a continuación:

- A visibilidade do programa é alta. Os alumnos que participan no programa son conscientes e perciben claramente en maior medida cós que non participan, que se están tratando en diferentes sesións e temas relacionados coas drogas; aínda que mesmo máis da metade do alumnado do grupo control manifesta que o tema se tratou na clase.

O programa de prevención do consumo de drogas

- O tratamento que se lles dá ás drogas normalizouse dentro das actividades cotiás dos centros e percíbese que, en xeral, o enfoque é obxectivo. Convén sinalar, sen embargo, que algo máis dun tercio do alumnado pensa que se esaxera a perigosidade das drogas.
- Malia a gran variabilidade na aplicación, encóntranse diferencias sistemáticas non debidas ó azar entre os dous grupos, que mostran un efecto positivo do programa na formación de actitudes negativas ante o consumo e nas intencións de non consumo e de redución do consumo expresado. Son diferencias pequenas, entre 1 e 6 puntos porcentuais (gráficos 26 e 27), pero sistemáticas e na dirección positiva. Hai que ter en conta que cada punto porcentual representa 250 alumnos/as en termos absolutos, polo que debemos observa-la importancia real que ten reduci-lo consumo ou as intencións de consumo do 1% da poboación escolar.

>> Gráfico 26

Consumo de drogas. Diferencias entre grupos PPCDE control entre pretest e postest

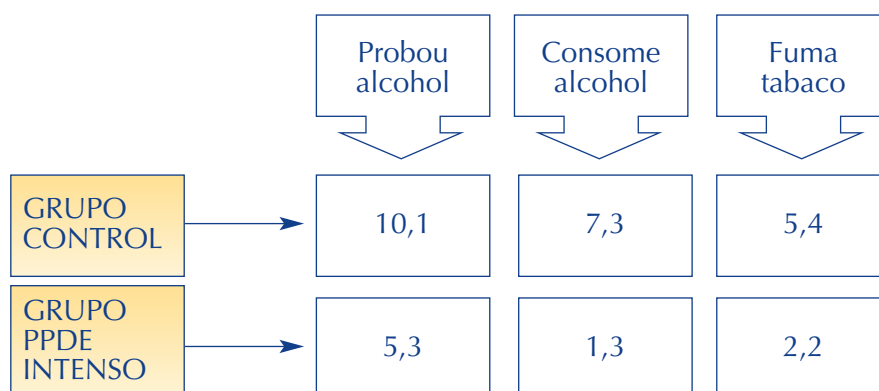


Gráfico 7

>> Gráfico 27

Consumo de drogas. Diferencias entre grupos PPCDE e control entre pretest e postest

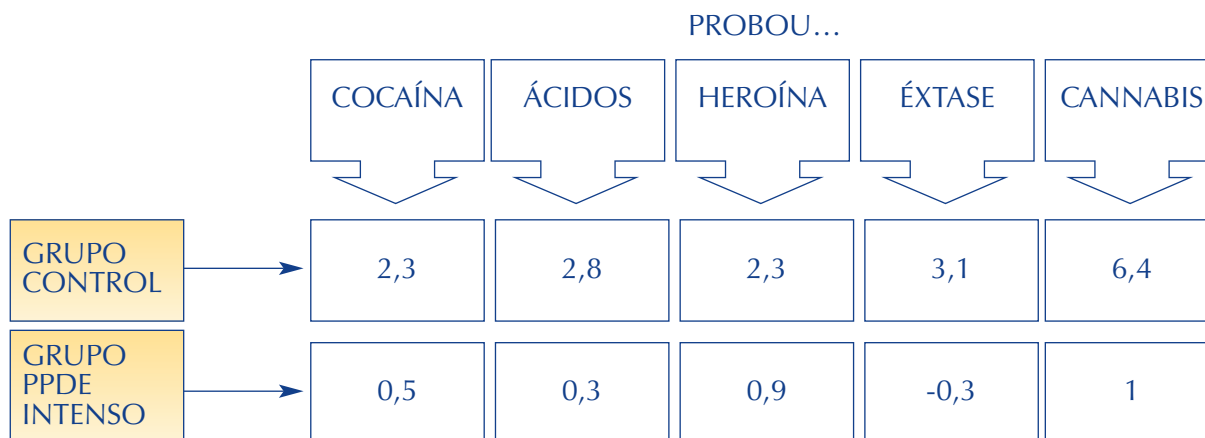


Gráfico 8

O programa de prevención do consumo de drogas

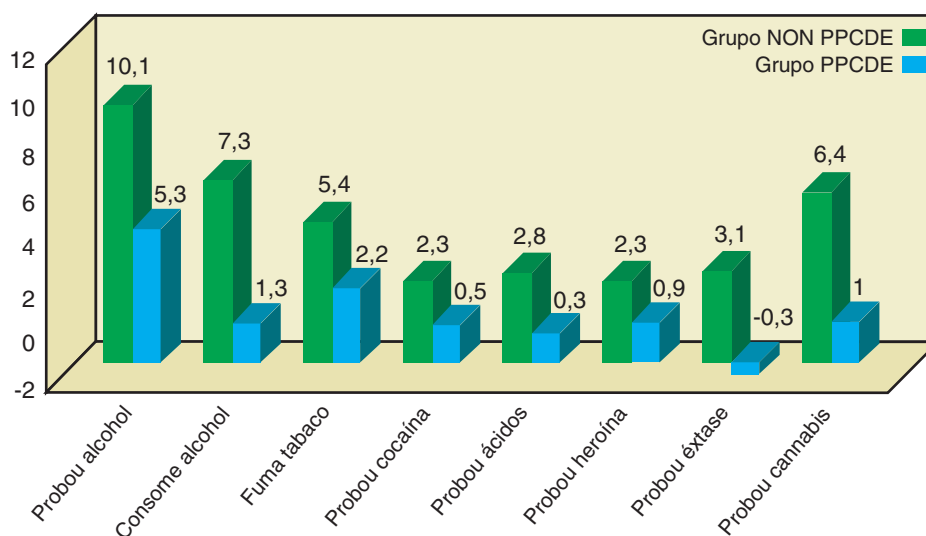
Así pois, obsérvanse diferencias sistemáticas importantes entre o grupo de alumnos que participa no programa e o que non participa, tanto nas actitudes como nas intencións de conduta e consumos expresados. **O efecto preventivo do programa evidénciase no feito de que o consumo de drogas é moito menor no grupo de alumnos que participan nel que no grupo dos que non participan.** Así, considerando que o número de alumnos de primeiro ciclo de ESO que participaron no programa cando se realizou o estudo foi de 25.000, e trasladando a termos absolutos os valores porcentuais atopados, observamos que trala aplicación do programa:

- 450 alumnos/as deixaron de probar cocaína
- 625 deixaron de probar ácidos
- 350 deixaron de probar heroína
- 850 deixaron de probar éxtase
- 1.350 deixaron de probar cannabis
- 750 deixaron de fumar
- 1.250 deixaron de consumir bebidas alcohólicas
- 750 deixaron de emborracharse

No gráfico 28 obsérvanse máis claramente, en porcentaxes, os cambios no consumo de drogas entre o grupo que participa no programa (grupo PPCDE, en verde) e o grupo que non participa no programa (grupo NON PPCDE, en azul).

>> Gráfico 28

Porcentaxes de consumo de drogas nos dous grupos



O programa de prevención do consumo de drogas

Como propostas para o futuro, a avaliación realizada sinala as seguintes:

1. Debería intentarse unha certa homoxeneización ou estandarización na aplicación do programa, tanto na metodoloxía como na duración. Para iso poden establecerse uns mínimos de intensidade en termos de sesións ou tempo de aplicación, así como deseñar materiais de traballo individualizados para o alumnado.
2. Ratifica a idoneidade de realizar un programa como o PPCDE nestas idades e etapas educativas.

Atendendo a estas indicacións, as consellerías de Sanidade e Servizos Sociais e a de Educación e Ordenación Universitaria crearon, en setembro de 2000, un grupo de traballo interdisciplinar, con profesorado e técnicos de prevención, coa finalidade de actualizar e modifica-lo programa para a súa posta en marcha no curso 2001-2002. Neste proxecto participan, ademais, a Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas e a Obra Social de Caja Madrid.

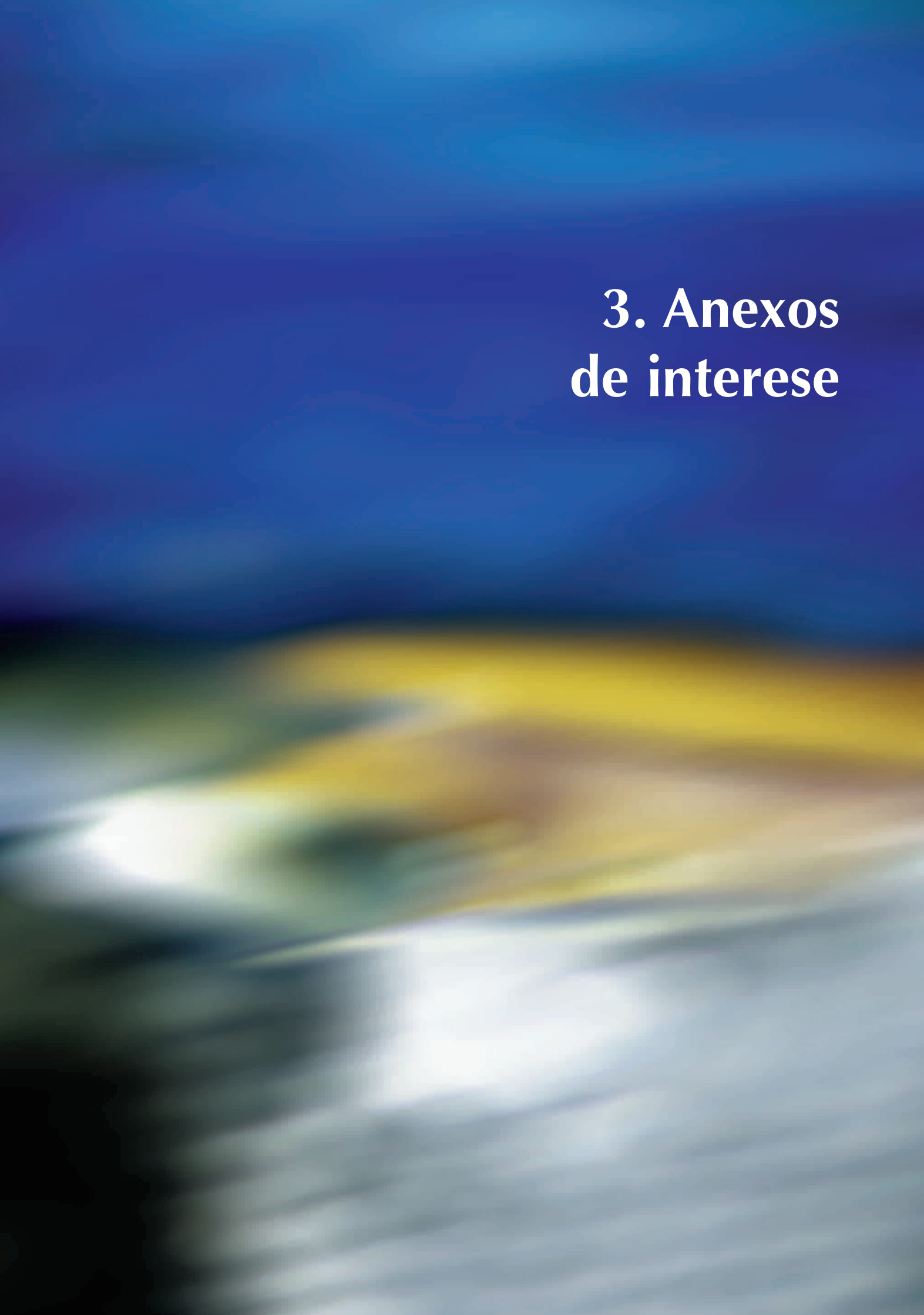
CUSTOS DO PROGRAMA

O orzamento deste programa para o curso académico 1999-2000 alcanzou os 194.867 euros (32.423.140 ptas.). Nesta cantidade inclúense os gastos derivados dos recursos humanos (73 profesionais da rede de programas de prevención do Plan de Galicia sobre drogas, cunha dedicación ó programa de 12,5 horas semanais) dos recursos materiais para a edición, impresión e reimpresión do material didáctico.

Considerando a cobertura do programa, o custo por alumno foi de 1,8 euros (312 ptas.). Xa que logo, a relación custo-beneficio do programa é realmente importantísima, non só pola importancia da prevención á hora de evita-lo consumo de drogas –tal como se evidenciou na investigación comentada–, senón tamén se comparámo-lo custo medio por alumno/ano co custo medio por paciente atendido/ano nos centros de tratamento do Plan de Galicia sobre drogas, que se situou en 565 euros² no ano 1997. Segundo estas cifras pode dicirse que os 6.375 consumos evitados, sinalados anteriormente, supoñen un aforro máximo previsible en asistencia de 3.590,183 euros, ou 3.395,644 euros se descontámo-lo orzamento dedicado ó programa de prevención escolar. **Noutros termos, cada euro dedicado á prevención escolar pode supoñer un aforro de ata 1,8 euros en asistencia.**

En conclusión, este programa amosa a utilidade da prevención non só en termos sociais, senón tamén en termos de eficacia, eficiencia e na valoración custo-beneficio dos resultados que se están a conseguir.

2 Esta cifra non ten en conta os custos externos ás unidades asistenciais de drogodependencias, como por exemplo, exploracións complementarias, hospitalización e gasto farmacéutico. Se se inclúsen os ditos custos, a relación sería moito máis positiva para o programa de prevención.



3. Anexos de interese

3.1. LEI 2/96, DO 8 DE MAIO, DE GALICIA SOBRE DROGAS

1. DISPOSICIÓNS XERAIS PRESIDENCIA

O consumo de drogas, aínda que acompañou á humanidade desde as súas orixes, nas súas actuais características forma parte do contexto social contemporáneo. O desenvolvemento científico-técnico trouxo consigo tanto a posibilidade de consumir unha maior variedade de drogas –inicialmente de orixe natural e na actualidade con progresiva tendencia cara ás de orixe sintética– coma a de utilizar diferentes vías de administración, particularmente, desde mediados do século XIX, a parenteral. A evolución sociocultural configurouno como un fenómeno de mercado sometido ademais á dinámica da oferta e da demanda.

En Galicia, comezaría a xerar problemas a finais da década dos setenta, e entre 1979 e 1981 revelaríase como especialmente preocupante. A partir dese momento iniciouse a creación de servizos de atención ós afectados, que, promovidos inicialmente por asociacións cidadás e posteriormente por algúns concellos, empezaban a recibir-lo apoio da Administración autonómica e central.

A Xunta de Galicia, sensible ós problemas xerados polo consumo de drogas na nosa Comunidade, creou en 1986 o Plan autonómico sobre drogodependencias (PAD), coordinado co Plan nacional sobre drogas (PND), que a Administración central comezou a poñer en marcha en 1985. A partir de entón comezou o proceso de organización, planificación, coordinación e xestión da resposta ós ditos problemas, tanto no que respecta ós programas e servizos de atención ós afectados coma no que atinxe á colaboración entre as administracións e o movemento social.

A extensión do consumo de drogas é, na actualidade, un dos motivos que maior preocupación social xera, asociado coa conflictividade e inseguridade, que a sociedade percibe como unha das súas consecuencias. O uso de drogas non institucionalizadas, como a heroína, a cocaína ou os derivados da cannabis, se ben en proceso de estancamento as dúas primeiras e en franco retroceso os últimos, provoca dolorosas e difíciles situacións tanto persoais coma familiares e sociais.

O elevado consumo de bebidas alcohólicas na nosa Comunidade, aínda situado na media estatal, é un factor importante na aparición de problemas sociais, familiares, persoais e de saúde. E isto é especialmente preocupante por canto os sectores de xente nova da nosa sociedade parecen estar incrementando tal uso, sobre todo o das bebidas destiladas, de maior graduación e menos asimiladas culturalmente.

O consumo de tabaco en Galicia é excesivamente elevado. As enfermidades asociadas a el diminúen a esperanza de vida en gran proporción, polo que a promoción da vida sen tabaco é un dos programas que se consideran prioritarios no campo da saúde pública.

Esta lei ten como finalidade dotar dun marco normativo amplo a necesaria revisión do PAD tras oito anos de funcionamento, de xeito que supoña un sólido apoio na adecuada resolución dos retos, tanto presentes coma futuros, que a evolución deste fenómeno lle formula á sociedade galega. Do mesmo xeito dálle cumprida resposta ó compromiso asumido pola Xunta de Galicia trala unánime aprobación por parte do Parlamento galego do Dictame da Comisión non permanente para o estudo da repercusión socioeconómica e sanitaria do narcotráfico en Galicia (Boletín Oficial do Parlamento de Galicia Núm. 282, do 10 de xuño de 1992), no que se instaba á presentación dun proxecto de lei sobre prevención, asistencia e integración en materia de drogodependencias.

O dictame recomendaba ademais dota-lo PAD dunha estrutura forte que unificase a dirección de tódalas accións que se estivesen levando a cabo en materia de drogodependencias, o que deu lugar ó Decreto 33/1993, do 19 de febreiro, polo que se creaba o comisionado do Plan autonómico sobre drogodependencias, e ó Decreto 86/1994, do 14 de abril, no que se procedía a establece-la estrutura e as funcións da Oficina do comisionado do PAD, nun intento de dotar a este da operatividade suficiente para desenvolve-las súas funcións. Posteriormente reforzariáse esta estrutura mediante o Decreto 174/1994, do 2 de xuño, creándose as comisións de coordinación interconsellerías, interadministracións públicas e de organizacións non gobernamentais (ONG), como órganos colexiados coa finalidade de garanti-la coordinación de tódalas institucións que interveñen no campo das drogodependencias.

Na elaboración deste texto tivéronse ademais en conta a experiencia acumulada e as recomendacións dos organismos internacionais do sistema de Nacións Unidas competentes nesta materia, da Organización Mundial da Saúde, do Consello de Europa e doutras institucións da Comunidade Europea, así como a lexislación relacionada coas drogodependencias da nosa Comunidade Autónoma e do resto de España, e, singularmente, o dictame xa mencionado da Comisión non permanente do Parlamento de Galicia; o presente texto incorporou o contido das súas conclusións, no ámbito das competencias que lle corresponden á Comunidade Autónoma, especialmente as que fan referencia ás actuacións sobre a demanda do consumo de drogas.

A presente lei estrutúrase nun título preliminar e catro títulos máis, cun total de 40 artigos. Contén, ademais, unha disposición transitoria, outra derogatoria e catro disposicións derradeiras.

O título preliminar («Do obxecto da lei»), ademais de defini-lo obxecto da lei, establece varias definicións conceptuais que permiten unha homoxénea interpretación do texto.

Sendo a prevención do consumo de drogas un elemento da maior relevancia, o título I («Da prevención das drogodependencias») formula como principios rectores desta área de intervención a responsabilidade de cada individuo, así como a corresponsabilidade de toda a sociedade en acadar hábitos de vida saudables.

A lei pon especial énfase en medidas dirixidas a mozos e adolescentes, posto que nesta etapa evolutiva é cando se van fixando os valores que sustentan os antes referidos hábitos de vida saudables.

Nesa liña, o título I dedica o seu capítulo I a recolle-las premisas prioritarias que terán que orienta-la promoción da saúde e o benestar social, así como a prevención das drogodependencias, a través de diversas directrices de intervención en relación coa saúde laboral, a educación para a saúde, a prevención comunitaria... Atención particular reciben os colectivos sociais máis vulnerables, xa que estes son os que maior risco presentan.

No capítulo II, por outra banda, recóllense normas tendentes a reduci-la oferta, facendo un especial fincapé en medidas de control e limitativas da publicidade, promoción, venda ou subministración de bebidas alcohólicas e de tabaco. Estas normas intentan ser complementarias entre si e reforza-la finalidade última que trazou o lexislador na elaboración da presente norma: non só se trata de limita-lo acceso ás drogas, antes ben preténdese que a demanda do consumo diminúa progresivamente sen renunciar a unha sociedade galega libre de drogodependencias.

O título II («Da asistencia e reinserción dos afectados polo consumo de drogas») recolle normas relativas á redución da demanda, a través de medidas sobre a asistencia e integra-

ción social dos afectados polas drogodependencias, pretendendo manter un coidadoso equilibrio entre a necesidade de propiciar unha particular atención ós afectados e a obriga da Administración de non propiciar un trato de favor a un sector social que puidese resultar discriminatorio para outras persoas, colectivos ou, incluso, para os outros problemas cos que se enfronta a sociedade e ós que a dita Administración tamén ten que facer fronte.

Recollendo a tipoloxía e os criterios de ordenación que os recursos sociosanitarios de atención das drogodependencias teñen que observar en Galicia, este título II delimita os principios xerais de actuación das administracións públicas e do movemento asociativo no que a asistencia sociosanitaria se refire, avogando en todo momento por unha atención de carácter global e integrada que conciba a drogodependencia como un desaxuste biopsicosocial e garanta a coordinación entre os recursos asistenciais especializados e os recursos da rede xeral de saúde e servicios sociais.

O título III («Da organización e da participación social») dedica o seu capítulo I a establece-la atribución de competencias da Administración autonómica.

O capítulo II recolle normas relativas a como e quen ten que efectua-la planificación de obxectivos, prioridades, funcións e estratexias en materia de drogodependencias, constituíndose o Plan de Galicia sobre drogas, elemento básico da dita planificación.

Neste capítulo II tamén se establecen normas referentes á ordenación de centros, establecementos ou servicios que desenvolvan funcións en materia de drogodependencias, así como de estruturación dun sistema de información e vixilancia epidemiolóxico-sanitarias.

Entendendo que o fenómeno que aborda esta lei é complexo e está relacionado con outros moitos, o capítulo III regula a participación social, recoñecendo como principio esencial a necesidade de que toda a sociedade, os poderes públicos, outras entidades e institucións, así como a poboación en xeral, manteñan e incrementen ante as drogodependencias un esforzo de franca colaboración e coordinación con vontade solidaria, acadando o clima social preciso para que o conxunto de medidas adoptadas, ou que se poidan adoptar no futuro (socio-sanitarias, educativas, culturais, económicas, laborais e políticas), acaden os seus obxectivos na diminución do problema que motiva esta lei.

A necesidade de coordina-las actuacións que desenvolvan no eido das drogodependencias os distintos sectores, tanto públicos coma privados, da Comunidade Autónoma de Galicia leva a regular no capítulo IV distintos órganos de coordinación.

O capítulo V, pola súa banda, entendéndoas como aspectos fundamentais, establece liñas de actuación da Administración autonómica no referente á formación, investigación e documentación. Nesta liña adóptanse preceptos que intentan garantir unha adecuada formación, de pregrao e posgrao, así como a formación continuada de tódolos profesionais e axentes sociais implicados.

A investigación prevese como unha ferramenta imprescindible para abordar eficazmente o complexo fenómeno das drogodependencias, establecéndose por isto medidas que a impulsen, facilitando que os diferentes profesionais desenvolvan estudos sobre a materia.

Por último, o título IV («Da función inspectora e do réxime sancionador») establece un réxime de inspección e vixilancia que pretende velar polo estricto cumprimento do establecido no resto do texto.

Entendendo que ese réxime de inspección e vixilancia se efectúa dentro do ámbito competencial da Comunidade Autónoma de Galicia, a proposta que se fai neste título non obvia a necesidade de realiza-las ditas funcións en coordinación cos correspondentes servicios doutras administracións públicas ou organismos competentes.

Este título IV establece, así mesmo, un réxime sancionador de infraccións cun carácter eminentemente práctico, o cal pretende acadarse ó ter en conta criterios que modulan e gradúan tanto as infraccións coma as sancións, tendo presentes os principios de legalidade, tipicidade e proporcionalidade que sempre teñen que presidir todo procedemento administrativo sancionador.

Por todo o exposto, o Parlamento de Galicia aprobou e eu, de conformidade co artigo 13.2º do Estatuto de Galicia e co artigo 24 da Lei 1/1983, do 23 de febreiro, reguladora da Xunta e do seu presidente, promulgo en nome de El-Rei a Lei de Galicia sobre drogas.

Título preliminar **Do obxecto da lei**

Artigo 1.– Obxecto.

É obxecto da presente lei establecer, no ámbito competencial da Comunidade Autónoma de Galicia, os criterios que permitan unha adecuada coordinación das entidades e institucións que actúan no campo das drogodependencias e regula-lo conxunto de accións dirixidas á prevención do consumo de drogas e das drogodependencias, ó tratamento e á integración social dos afectados por elas e á formación e investigación no dito campo.

Artigo 2.– Conceptos básicos.

1. Consideraranse drogas, para efectos desta lei, aquelas substancias que administradas ó organismo estimulan, inhiben ou perturban as funcións psíquicas, prexudican a saúde e son susceptibles de xerar dependencia.

Especificamente, daráselles esta cualificación a:

- a) Os estupefacientes e psicotrópicos que determinen as convencións internacionais e se sometan a medidas de fiscalización pola autoridade pública competente.
- b) As bebidas alcohólicas.
- c) O tabaco.
- d) Os produtos de uso doméstico ou industrial, substancias volátiles e outras que sexan susceptibles de produci-los efectos propios das drogas.

2. Para estes efectos considerarase por:

- a) Dependencia: o estado psicofisiolóxico caracterizado pola necesidade do individuo de consumir droga para suprimir un malestar psíquico ou somático.
- b) Desintoxicación: o proceso terapéutico dirixido a supera-lo estado de dependencia física.
- c) Deshabitución: o proceso terapéutico dirixido a supera-lo estado de dependencia psicolóxica.
- d) Reinserción ou integración social: o proceso de reincorporación do individuo á sociedade como cidadán responsable.

Título I

Da prevención das drogodependencias

Capítulo I

Das medidas preventivas

Artigo 3.– Medidas xerais.

1. Correspóndelles á Administración autonómica e ás demais administracións públicas de Galicia, no ámbito das súas respectivas competencias, desenvolve-las actuacións de prevención tendentes a eliminar ou, no seu defecto, reduci-la promoción e o consumo das substancias definidas como drogas no artigo 2.1 da presente lei.

2. A prevención en drogodependencias debe enmarcarse nunha acción planificada e global que, con carácter inespecífico e comunitario, incida sobre os factores que predispoñan ó consumo, sen prexuízo doutros programas sectoriais concretos e específicos que poidan xerar intervencións máis amplas.

3. As actividades e os programas deberán contar con obxectivos e metodoloxía acorde coa realidade social sobre a que se pretende actuar e dispoñer dun sistema de avaliación das intervencións efectuadas e dos resultados acadados.

Artigo 4.– Actuacións e programas.

Coa finalidade de promove-la saúde e o benestar social, evitando a situación de dependencia, a Administración autonómica:

a) Articulará programas de información, consello e divulgación dirixidos ós cidadáns sobre as substancias que poidan xerar dependencia, as consecuencias do seu consumo e a súa incidencia no tocante á saúde da poboación.

b) Elaborará programas de prevención do uso indebido de drogas que comprenderán actividades informativas, de asesoramento e actuacións de carácter preventivo preferentemente nos ámbitos educativo, laboral, sanitario e comunitario. Para o desenvolvemento e a posta en marcha destes programas buscarase a colaboración coas administracións locais.

c) Promoverá a formación en drogodependencias de profesionais dos servizos sanitarios e facilitaralles, a través das unidades e dos servizos informativos da rede asistencial, asesoramento e orientación ós usuarios nesta materia.

Artigo 5.– Saúde laboral.

1. A Administración autonómica, en colaboración cos organismos competentes e coas organizacións sindicais e empresariais, fomentará:

a) Programas de prevención, asistencia e reinserción no ámbito laboral.

b) Programas de saúde laboral que inclúan actividades informativas e de formación dos traballadores e empresarios nos problemas derivados do consumo de drogas.

No deseño, execución e avaliación dos ditos programas en cada empresa fomentárase a corresponsabilización e participación dos sindicatos, empresarios, servizos médicos de empresa e comités de seguridade e hixiene.

2. A Administración autonómica de Galicia, nos seus centros, establecementos e servicios, reservará o posto de traballo da persoa drogodependente durante o proceso de tratamento. Regulamentariamente estableceranse as condicións e os requisitos que se teñen que cumprir para poder facer efectiva esa reserva do posto de traballo.

3. Fomentaranse entre organizacións empresariais e sindicais acordos que tendan a garantir a reserva do posto de traballo de persoas drogodependentes e a non exercer as potestades disciplinarias que prevé a lexislación laboral en casos de problemas derivados do abuso de drogas, cando as ditas persoas participen nun proceso voluntario de tratamento ou rehabilitación.

Artigo 6.– Educación para a saúde.

1. As consellerías competentes en materia de educación, sanidade e servicios sociais garantirán, mediante programas de educación para a saúde en tódolos niveis non universitarios, a formación dos escolares para a prevención das drogodependencias. Fomentarán igualmente que o profesorado acade un coñecemento axeitado da problemática do consumo de drogas a través de programas de formación continuada.

2. Igualmente, garantirase unha formación axeitada sobre os distintos aspectos das drogodependencias nos estudos universitarios das áreas educativa, sanitaria e social.

Artigo 7.– Programas comunitarios.

A Administración autonómica velará polo establecemento de programas preventivos de carácter comunitario coa finalidade de incrementa-la solidariedade social e unha valoración positiva da saúde e do benestar individual e colectivo, potenciando a diminución de desigualdades sociais e factores de marxinação favorecedores do consumo de drogas.

Artigo 8.– Medidas sobre factores sociais condicionantes.

1. As administracións públicas de Galicia velarán polo establecemento de programas tendentes a diminuí-las desigualdades sociais, fundamentalmente daqueles factores de marxinação favorecedores do consumo de drogas.

2. Estes programas dirixiranse preferentemente a grupos con especiais dificultades de incorporación social, alto risco de consumo de drogas ou especial vulnerabilidade.

3. As actuacións canalizaranse a través do sistema de asistencia social, de acordo coa Lei de Galicia 4/1993, do 23 de abril, de servicios sociais, de plans culturais e deportivos da xuventude e do fomento do asociacionismo, formación ocupacional e accesibilidade ó emprego.

Artigo 9.– Medidas de apoio.

Os poderes públicos articularán medidas de apoio a iniciativas sociais encamiñadas á información e sensibilización social respecto da problemática derivada do consumo de drogas e solicitarán, con este fin, a colaboración dos medios de comunicación social.

Artigo 10.– Control e inspección.

As administracións públicas de Galicia, no marco das súas respectivas competencias e da lexislación vixente, prestaranlles especial atención ás medidas de control e inspección das dis-

tintas substancias obxecto desta lei e do cumprimento da normativa de venda e dispensamento de medicamentos, controlando o seu posible desvío cara a mercados ilegais.

Capítulo II

Da promoción, publicidade e venda de bebidas alcohólicas e tabaco

Sección 1ª

Das limitacións á promoción e publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco

Artigo 11.– Condicións da publicidade.

1. A publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco non poderá dirixirse especificamente a menores de idade, utiliza-la imaxe de menores ou de mulleres xestantes nin asocia-lo seu consumo a prácticas deportivas, educativas ou sanitarias.

2. Tampouco poderá vincularse o consumo de bebidas alcohólicas e tabaco ó éxito social, ó rendemento físico ou á condución de vehículos nin atribuírle carácter terapéutico, estimulante ou sedante, ou ben ofrece-la abstinencia ou a sobriedade como unha imaxe negativa da persoa.

Artigo 12.– Limitacións á promoción e á publicidade.

1. A promoción de bebidas alcohólicas no marco de feiras, exposicións, mostras ou semellantes levarase a cabo en espazos diferenciados ou separados, non permitíndose o acceso a menores de 18 anos non acompañados de persoas maiores de idade. En todo caso, prohibirase a promoción de bebidas alcohólicas a través de concursos ou actividades de consumo incontrolado.

2. Queda prohibida toda forma de publicidade de tabaco polos centros emisores de radio e televisión situados en Galicia.

3. Queda prohibida toda forma de publicidade de bebidas alcohólicas polos centros emisores de radio e televisión situados en Galicia, entre as 8 e as 22 horas.

4. Nos periódicos, revistas e demais publicacións que se editen na Comunidade Autónoma non se poderá facer publicidade do tabaco e bebidas alcohólicas en primeira páxina, nas destinadas a deportes e pasa-tempos e naquelas seccións que, polo seu contido, estean orientadas preferentemente a menores de 18 anos.

5. A Administración autonómica promoverá a formalización de acordos de autocontrol e autolimitación da publicidade de bebidas alcohólicas e tabaco con empresas fabricantes e distribuidoras das ditas bebidas, así como con anunciantes, axencias, empresas e medios de publicidade, coa finalidade de restrinxir, para todo o que a presente lei non regule, a actividade publicitaria das substancias referidas.

Sección 2ª

Da subministración e venda de bebidas alcohólicas e tabaco

Artigo 13.– Limitacións.

1. Non se permitirá a venda ou subministración de tabaco a menores de 18 anos. Igualmente, non se permitirá a venda ou subministración de bebidas alcohólicas a menores de 16 anos e no

caso de bebidas alcohólicas de máis de 18 graos centesimais ós menores de 18 anos. Así mesmo, queda prohibida a venda ou subministración de alcohol ós profesionais de diversos sectores como conductores de medios de transporte público ou persoal sanitario que, estando de servizo ou en disposición de prestalo, de realizaren a súa actividade baixo a influencia de bebidas alcohólicas puidesen causar danos contra a vida e integridade física das persoas.

2. Non se poderá vender ou subministrar bebidas alcohólicas ou tabaco en:

- a) Locais e centros preferentemente destinados a menores de 18 anos.
- b) Centros culturais.
- c) Centros educativos que imparten educación primaria e educación secundaria ou outras ensinanzas de nivel equivalente.
- d) Instalacións deportivas.
- e) Centros sanitarios.

3. Non se permitirá a subministración ou venda de bebidas cunha graduación alcohólica de máis de 18 graos en:

- a) Centros de educación superior e universitaria.
- b) Dependencias das administracións públicas de Galicia.
- c) Áreas de servizo e descanso das autoestradas, autovías, vías rápidas e similares.

4. A venda ou subministración de alcohol e tabaco por medio de máquinas automáticas só poderá realizarse en lugares pechados, debendo constar na superficie frontal da máquina, onde non poida retirarse, a prohibición do seu uso por menores de 18 anos.

Sección 3ª **Desenvolvemento regulamentario**

Artigo 14.– Desenvolvemento regulamentario.

As disposicións do presente capítulo relativas á publicidade, subministración e venda de tabaco e bebidas alcohólicas deberán adaptarse en cada momento á súa lexislación básica, e poderá regulamentarse, ó igual cós lugares de consumo de tabaco e bebidas alcohólicas, para a protección da saúde e seguridade das persoas tendo en conta os suxeitos destinatarios, a non inducción directa ou indirecta ó seu consumo indiscriminado e en atención ós ámbitos educativo, sanitario e deportivo.

Artigo 15.– Sinalización de prohibicións.

A sinalización formal ou externa das prohibicións que en materia de alcohol e tabaco se establezan nesta lei regularase por norma regulamentaria.

Título II

Da asistencia e reinserción dos afectados polo consumo de drogas

Artigo 16.– Do dispositivo asistencial.

1. Os poderes públicos da Comunidade Autónoma galega garantirán, en iguais condicións ca ó resto da poboación, o proceso de atención ó drogodependente nos servizos sanitarios e sociais, respectando os dereitos e as obrigas que establece a normativa básica e autonómica nesta materia.

2. Os recursos de tratamento das drogodependencias axustaranse á seguinte tipoloxía básica e distribución sanitaria:

a) Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD): centros ou servizos de tratamento ambulatorio que, dependendo ou non dun hospital, desenvolvan calquera tipo de actividade terapéutica en drogodependencias. Promoverase a implantación de unha UAD por área de saúde.

b) Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH): aquelas que, dentro dun servizo hospitalario, realizan tratamentos de desintoxicación en réxime de internamento hospitalario. Promoverase a dotación de unha UDH por rexión sanitaria.

c) Unidades de día (UD): aquelas que, en réxime de estancia de día, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica ou ocupacional. Promoverase a implantación, como mínimo, de unha UD por cada unha das sete grandes cidades de Galicia.

d) Comunidades terapéuticas (CT): aquelas unidades, centros ou servizos que, en réxime de internamento, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica ou ocupacional. Promoverase a dotación de unha CT por cada rexión sanitaria.

3. En función da evolución do consumo de drogas e das súas consecuencias, poderán crearse outro tipo de centros, establecementos ou servizos e altera-la distribución anteriormente indicada.

Artigo 17.– Criterios de actuación.

Serán criterios de actuación dos servizos sanitarios e sociais:

1) Promove-la redución da morbi/mortalidade asociada ó consumo das drogas.

2) Atende-las persoas con problemas derivados do consumo de drogas preferentemente no seu ámbito comunitario, potenciando os recursos asistenciais de réxime ambulatorio (UAD), de hospitalización parcial (UD) e de atención domiciliaria, evitando, na medida do posible, a necesidade de internamento.

Nos procesos que así o requiran, a hospitalización dos pacientes drogodependentes realízase nas unidades correspondentes dos hospitais da rede sanitaria xeral.

3) Facilitarlle ó drogodependente unha resposta terapéutica de carácter global, mediante a coordinación permanente dos servizos sanitarios e sociais e a optimización racional dos recursos, procurando a adaptación social dos afectados e a súa reinserción na sociedade.

Artigo 18.– Da asistencia sanitaria pública.

1. As administracións públicas de Galicia velarán polo desenvolvemento das actividades asistenciais precisas para o tratamento dos diversos problemas derivados do consumo de drogas, a

desintoxicación, a deshabitación–rehabilitación e a atención ás complicacións orgánicas, psíquicas e sociais e ás urxencias derivadas do uso das drogas.

Co obxecto de garanti–las prestacións adecuadas, a Administración autonómica, no marco das súas competencias, poderá establecer acordos, convenios, contratos ou concertos con entidades tanto públicas coma privadas, preferentemente con aquelas que non teñan ánimo de lucro.

2. A Administración sanitaria desenvolverá programas de promoción da saúde orientados de forma prioritaria a colectivos de risco, especialmente de vacinación e quimioprofilaxe dos suxeitos afectados e das persoas que con el convivan, considerándose preferentes os de hepatite, tétano e tuberculose.

Tamén levará a cabo accións de educación sanitaria, de detección e tratamento de enfermidades infecciosas asociadas e de dispoñibilidade de material e axeitada utilización deste como profilaxe na transmisión de enfermidades infecciosas, especialmente VIH–SIDA.

Artigo 19.– Dos servizos sociais.

1. As administracións públicas de Galicia velarán polo desenvolvemento e pola promoción de actuacións encamiñadas a garanti–la atención das necesidades sociais dos afectados e a favorece–la súa integración social, mediante a utilización conxunta e coordinada dos diferentes programas da rede xeral de servizos sociais.

2. Directamente ou en colaboración coas administracións locais ou coa iniciativa social, a Administración autonómica desenvolverá programas orientados á promoción do movemento asociativo e á integración familiar e social dos afectados e fomentará o voluntariado social ou outras formas de apoio e axuda ó drogodependente que actúen coordinadamente coa rede xeral de servizos sociosanitarios.

Artigo 20.– Do movemento asociativo.

1. As asociacións, fundacións e outras organizacións non gobernamentais que interveñan no campo das drogodependencias poderán cooperar nas distintas materias obxecto da presente lei, logo de inscrición nos correspondentes rexistros que regulamentariamente se determinen e sempre que se adecúen ás normas previstas na lexislación vixente.

2. A Xunta de Galicia poderá declarar de interese para a Comunidade Autónoma galega aquelas entidades sen ánimo de lucro que estean levando a cabo programas ou servizos no campo das distintas drogodependencias e cumpran os requisitos que regulamentariamente se establezan.

Artigo 21.– Da asistencia á poboación drogodependente interna, detida ou reclusa.

Os poderes públicos que interveñen en Galicia, e no ámbito das súas respectivas competencias, promoverán os servizos de asistencia e orientación ó detido drogodependente a través das seguintes accións:

a) Facilitándolles información ós órganos xudiciais que teñan que adoptar decisións relacionadas coa situación xurídica dos afectados, especialmente naqueles casos en que, estando sometidos a tratamento en establecementos, centros ou servizos asistenciais, a actuación xudicial supoña unha interrupción do proceso terapéutico.

b) Desenvolvendo programas de atención ó drogodependente detido ou recluso que teñan por obxectivo prioritario a detección e prevención de enfermidades infecciosas e que faciliten

a posterior integración social do afectado a través da coordinación dos recursos da rede socio-sanitaria. Estas actuacións poderán adoptarse igualmente en relación cos menores suxeitos a medidas de protección que estean ingresados en institucións, así como cos internados en virtude de resolución xudicial.

c) Promovendo a dotación de medios humanos e materiais que permitan aborda-los problemas derivados do consumo de drogas en reclusos drogodependentes acollidos a medidas terapéuticas derivadas da remisión condicional da pena ou en réxime de reclusión preventiva.

Título III

Da organización e da participación social

Capítulo I

Da atribución de competencias

Artigo 22.– Competencias.

1. Toda actuación e desenvolvemento normativo ós que houbese lugar en aplicación desta lei exerceranos, sen prexuízo das competencias da Administración central do Estado, a Administración autonómica, as deputacións provinciais e os concellos da Comunidade Autónoma, axustándose ás respectivas competencias que legalmente teñan atribuídas en materia educativa, cultural, de orde pública, comercio, sanidade, servicios sociais ou outras.

2. En todo caso, será competencia da Administración autonómica:

a) A planificación xeral e avaliación das necesidades, demandas e recursos relacionados coas materias obxecto da presente lei.

b) A coordinación e ordenación das funcións, actuacións e servicios que en materia de drogodependencias teñan que desenvolve-las distintas administracións e institucións públicas ou privadas da Comunidade Autónoma galega.

c) A autorización, rexistro, acreditación e inspección de centros, programas e servicios que, postos en marcha por entidades públicas ou privadas, desenvolvan actividades e accións de intervención en materia de consumo de drogas ou problemática asociada a este.

d) O establecemento dun sistema centralizado de información e documentación sobre drogodependencias, que permita o seguimento e a avaliación continua do consumo de drogas e da súa problemática asociada, coas debidas garantías do dereito ó anonimato sobre os datos que se rexistren.

Capítulo II

Da planificación e da ordenación

Artigo 23.– Planificación.

1. A planificación dos obxectivos, prioridades e estratexias de actuación que en materia de drogodependencias se realicen na Comunidade Autónoma preverase nun Plan de Galicia sobre drogas.

A Xunta de Galicia, a través da Consellería á que resulte adscrito o órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas, aprobará e remitiralle ó Parlamento o documento do dito plan. Así mesmo, remitiralle anualmente ó Parlamento galego unha memoria coa pertinente avaliación do plan.

2. O plan recollerá, de forma global, as accións que se van realizar nas áreas de prevención, asistencia, reinserción, formación, investigación, coordinación e outras que estimen oportunas as distintas administracións públicas, asociacións e organizacións non gobernamentais da Comunidade Autónoma galega.

3. O plan será vinculante para tódalas administracións públicas e entidades privadas ou institucións que, con cargo ós presupostos xerais da Comunidade Autónoma, reciban fondos para desenvolvemento de actuacións en relación co consumo de drogas e problemática asociada, debendo as súas actuacións na dita materia axustarse ós obxectivos, criterios e funcións que se establezan nel.

Artigo 24.– Contido do Plan de Galicia sobre drogas.

Na elaboración do Plan de Galicia sobre drogas concretaranse como mínimo os aspectos seguintes:

- a) Análise epidemiolóxica do consumo de drogas en Galicia e da súa problemática asociada.
- b) Obxectivos xerais e obxectivos específicos por áreas de intervención.
- c) Criterios básicos de actuación.
- d) Programas e calendario de actuacións.
- e) Responsabilidades e funcións das administracións públicas, entidades privadas e institucións que interveñan nesta materia.
- f) Descrición do dispositivo asistencial.
- g) Recursos necesarios para executa-lo plan.
- h) Sistemas de avaliación.

Artigo 25.– Da ordenación.

1. Os centros, establecementos e outros servizos que no ámbito territorial da Comunidade Autónoma de Galicia desenvolvan funcións en materia de drogodependencias someteranse a un réxime de autorización previa ó inicio da súa actividade.

2. Corresponderalles ás consellerías competentes nas materias de sanidade e de servizos sociais a autorización, rexistro e acreditación dos centros, establecementos e servizos de tratamento das drogodependencias e dos que teñan un carácter social orientado especificamente ó desenvolvemento de programas de prevención e inserción social de persoas afectadas por calquera forma de drogodependencia.

Artigo 26.– Modalidades terapéuticas.

A Administración autonómica, a través da Consellería competente en materia de sanidade e servizos sociais, establecerá sistemas de rexistro, análise, tipificación e avaliación das distintas modalidades terapéuticas e de reinserción desenvoltos no marco do Plan de Galicia sobre drogas. Tódolos centros deberán inscribi-las modalidades terapéuticas e de reinserción que desenvolvan.

Artigo 27.– Sistema de información.

A Consellería competente en materia de sanidade, a través do órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas, estruturará un sistema de información e vixilancia sobre a frecuenta-

ción asistencial e morbi/mortalidade derivadas do uso de drogas, preservando o dereito á confidencialidade dos datos que se manexen.

Capítulo III

Da participación social

Artigo 28.– Voluntariado social.

1. A Administración autonómica fomentará e apoiará as iniciativas sociais e a colaboración do voluntariado social nas tarefas de prestación de servizos de prevención, asistencia e reinserción que en materia de drogodependencias desenvolvan as administracións públicas ou as entidades privadas sen ánimo de lucro.

2. As actividades de voluntariado social non poderán ser retribuídas.

3. Serán ámbitos preferentes de actuación do voluntariado social:

- a) A concienciación social acerca da problemática das drogodependencias.
- b) A prevención no ámbito comunitario.
- c) O apoio á reinserción.

Artigo 29.– Concertos, convenios e subvencións.

1. A Administración autonómica de Galicia poderá subscribir, conforme a normativa vixente, concertos e convenios e concederlles subvencións a entidades públicas, entidades benéficas privadas sen ánimo de lucro e entidades privadas que interveñan no ámbito da prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción, formación ou investigación en materia de drogodependencias.

2. As entidades, institucións e persoas que colaboren sen finalidade lucrativa na prevención, asistencia, rehabilitación e reinserción de persoas afectadas por dependencia de drogas serán especialmente consideradas e recoñecidas de acordo coa normativa regulamentaria que se estableza.

3. Co fin de evitar duplicidades e disfuncións e acadar unha optimización de recursos, a Xunta de Galicia promoverá a integración da asistencia ós usuarios de drogas na rede xeral de saúde e servizos sociais. En todo caso, o Goberno galego adoptará as medidas necesarias para garanti-la efectiva coordinación dos dispositivos asistenciais de drogodependencias cos da rede sociosanitaria xeral.

4. A totalidade dos centros e servizos de atención de drogodependentes xestionados por entidades que, segundo o previsto no apartado 1 deste artigo, subscriban concertos e convenios ou se beneficien de axudas da Administración autonómica terá, en canto ó desenvolvemento de programas de intervención, unha dependencia funcional do órgano administrativo ó que se adscriba o Plan de Galicia sobre drogas.

Capítulo IV Da coordinación

Artigo 30.– Órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas.

1. O órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas será o órgano encargado de asesorar, coordinar e supervisar as directrices e accións que, respecto da materia obxecto desta lei, se desenvolvan no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia. Así mesmo, corresponderalle a coordinación e supervisión dos programas, presupostos e recursos que, en relación co Plan de Galicia sobre drogas, teña asignada a Administración autonómica.

2. O seu nivel orgánico e ámbito competencial virá determinado por un decreto da Xunta de Galicia, por proposta da Consellería á que resulte adscrito.

Artigo 31.– Comisións de coordinación.

Constituiranse órganos colexiados de coordinación interconsellerías, interadministracións públicas e de organizacións non gobernamentais que en Galicia interveñan no campo das drogodependencias; a súa composición e o seu funcionamento determinaranse regulamentariamente.

Capítulo V Da formación, investigación e documentación

Artigo 32.– Formación, investigación e documentación.

No marco da presente lei, a Xunta de Galicia promoverá:

- a) A actividade formativa, nas súas vertentes de pregrao, posgrao e formación continuada, e de investigación de tódolos profesionais e axentes sociais implicados na materia obxecto desta lei.
- b) Liñas de estudo, formación e investigación científica sobre a problemática social, sanitaria e económica, relativas ás drogodependencias, das que se deriven pautas de actuación futura neste campo.
- c) Enquisas periódicas e estudos epidemiolóxicos, económicos e sociais que permitan coñecer a incidencia, prevalencia e problemática asociada ó consumo de drogas.
- d) A avaliación dos programas de intervención no campo das drogodependencias.
- e) A elaboración dun informe anual que reflicta a situación das drogodependencias en Galicia.
- f) A posta en marcha dun servizo de documentación en materia de drogodependencias, garantíndolle a súa accesibilidade a tódolos organismos públicos e privados que desenvolvan accións e actividades relacionadas coa materia mencionada.

Capítulo VI

Do financiamento

Artigo 33.– Compromisos presupostarios.

Os presupostos das distintas consellerías da Xunta de Galicia e dos seus organismos autónomos que actúen no ámbito das drogodependencias, así como os das distintas administracións locais, deberán prever para cada exercicio económico, a través dos órganos de coordinación que regulamentariamente se establezan, as dotacións presupostarias que, conforme as disponibilidades económicas de cada exercicio, se destinen a executar as actividades reguladas nesta lei e que sexan da súa competencia.

Título IV

Da función inspectora e do réxime sancionador

Capítulo I

Da función inspectora e de vixilancia

Artigo 34.– Competencia.

A Xunta de Galicia exercerá funcións de inspección e control sobre as entidades, centros, establecementos e servicios previstos na presente lei.

Artigo 35.– Labores de inspección e control.

1. As autoridades e os axentes destas ós que regulamentariamente se lles encomende velar polo cumprimento desta lei, debidamente acreditados, levarán a cabo labores de inspección e control.

2. Efectuadas as comprobacións oportunas, as ditas autoridades e axentes levantarán actas de inspección, que gozarán da presunción de veracidade.

3. Os titulares das entidades, centros, servicios e demais recursos en materia de drogodependencias estarán suxeitos á obriga de lles permitir ós axentes de inspección o acceso ás instalacións e de facilita-la información, documentos, libros e demais datos que lles sexan requiridos, así como a prestar toda a colaboración precisa para a comprobación do cumprimento da normativa vixente.

A obstrucción ós labores de inspección dos axentes será sancionada conforme o establecido na presente lei e na normativa legal vixente sobre inspección sanitaria.

No exercicio das súas funcións, os axentes de inspección poderán solicita-lo auxilio da autoridade competente.

4. Tódalas entidades, centros, servicios e demais recursos en materia de drogodependencias inspeccionaranse periodicamente e en todo caso sempre que exista unha denuncia.

Capítulo II Réxime sancionador

Artigo 36.– Disposicións xerais.

Constitúe infracción administrativa toda acción ou omisión que vulnere as prescricións contidas nesta lei.

O procedemento sancionador axustarase ós principios recollidos no título IX da Lei do Estado 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, sen prexuízo das responsabilidades civís, penais ou de calquera outra orde que poidan concorrer.

Capítulo III Das infraccións

Artigo 37.– Clasificación das infraccións.

1. As infraccións administrativas ó establecido na presente lei cualifícanse como leves, graves ou moi graves.

2. Constitúen infraccións leves:

a) O incumprimento das obrigas de carácter formal ou de sinalización externa que determine a normativa vixente en materia de drogodependencias.

b) Todas aquelas que se cometan por simple negligencia e non comporten un prexuízo directo para a saúde individual ou colectiva.

c) O mero retraso no cumprimento das obrigas de información, comunicación ou comparecencia por requirimento da autoridade competente.

d) Calquera outro incumprimento ó prescrito na presente lei que non se tipifique como infracción grave ou moi grave.

3. Constitúen infraccións graves:

a) O incumprimento do disposto nos artigos 11; 12, números 1, 2, 3 e 4; e 13 da presente lei.

b) A negativa ou resistencia a prestar colaboración ou facilita-la información requirida polas autoridades competentes, así como a subministración de información inexacta ou documentación falsa.

c) As accións ou omisións que perturben, obstrúan ou impidan de xeito grave o desempeño da actividade inspectora e de control da Administración, así como as ofensas graves ás autoridades e axentes encargados daquela.

d) A alteración substancial das características establecidas no correspondente título administrativo de acreditación ou autorización que habilita establecementos, centros ou servicios para desenvolver actividades de asistencia, inserción ou prevención.

e) Levar a cabo actividades de carácter lucrativo en establecementos, centros ou servicios dependentes de entidades constituídas sen ánimo de lucro.

f) A non aplicación, o falseamento e a desviación de todo tipo de axudas e subvencións que os beneficiarios perciban con cargo a fondos públicos, sempre que non se cualifique como infracción moi grave.

g) Aquelas que sexan concorrentes con infraccións sanitarias leves ou servisen para facilitar ou encubri-la súa comisión.

h) A reincidencia en infraccións leves.

4. Constitúen infraccións moi graves:

a) Non respecta-la dignidade humana e a integridade física ou moral das persoas, ou a restricción inxustificada das súas liberdades e dereitos, así como atentar ou vulnera-lo dereito á intimidade persoal ou familiar, ou o deber de sxiilo profesional na prestación de servicios ou no desenvolvemento de actividades de asistencia, prevención ou reinserción en materia de drogodependencias.

b) A negativa absoluta a facilitar información ou prestarlles colaboración ós servicios de control e inspección e o falseamento da información subministrada.

c) O incumprimento reiterado dos requirimentos específicos que formulen as autoridades sanitarias.

d) A prestación do servicio ou o desenvolvemento de actividades de asistencia, prevención ou reinserción en materia de drogodependencias con ocultación ou enmascaramento da súa auténtica natureza co obxecto de eludi-la aplicación da lexislación vixente na materia.

e) A resistencia, coacción, ameaza, represalia, desacato ou calquera outra forma de presión que se exerza sobre as autoridades sanitarias ou os seus axentes, na súa actividade de control ou inspección.

f) Iniciar, prestar ou desenvolver servicios ou actividades de asistencia, reinserción ou prevención en materia de drogodependencias en establecementos, centros ou servicios non autorizados ou por persoal non cualificado legalmente.

g) Non efectúa-lo previo rexistro das modalidades terapéuticas que desenvolvan os centros, servicios ou establecementos en materia de drogodependencias de acordo co que establece esta lei.

h) A reincidencia en infraccións graves.

i) O incumprimento por centros, servicios e establecementos das medidas de inspección, control e información estatística e sanitaria, e de tratamento de produtos tóxicos e perigosos que a lexislación vixente estableza.

j) Aquelas que sexan concorrentes con outras infraccións sanitarias graves ou que servisen para facilitar ou encubri-la súa comisión.

Capítulo IV

Das sancións

Artigo 38.– Sancións.

As infraccións á presente lei sancionaranse en graos mínimo, medio ou máximo, atendendo a gravidade da infracción, a natureza dos prexuízos causados, o risco para a saúde e a intencionalidade ou reiteración, da forma seguinte:

a) Infraccións leves:

–Multa de ata 500.000 ptas., nos seguintes graos:

* Mínimo: ata 100.000 ptas.

* Medio: de 100.001 ata 250.000 ptas.

* Máximo: de 250.001 ata 500.000 ptas.

b) Infraccións graves:

–Multa de 500.001 ata 2.500.000 ptas., nos seguintes graos:

* Mínimo: de 500.001 ata 1.000.000 de ptas.

* Medio: de 1.000.001 ata 1.750.000 ptas.

* Máximo: de 1.750.001 ata 2.500.000 ptas.

c) Infraccións moi graves:

–Multa de 2.500.001 ata 100.000.000 de ptas., nos seguintes graos:

* Mínimo: de 2.500.001 ata 20.000.000 de ptas.

* Medio: de 20.000.001 ata 50.000.000 de ptas.

* Máximo: de 50.000.001 ata 100.000.000 de ptas.

d) Nos casos de especial gravidade con transcendencia notoria e grave para a saúde, o Consello da Xunta de Galicia poderá acorda-lo peche temporal do establecemento, instalación ou servicio por un prazo máximo de cinco anos.

Nestes casos ós que se refire o parágrafo anterior, poderá impoñerse como sanción complementaria a supresión, cancelación ou suspensión de calquera tipo de axudas ou subvencións de carácter financeiro que o particular ou a entidade infractora obtivesen ou teñan solicitadas da Administración pública galega.

Artigo 39.– Competencia sancionadora.

A competencia para a imposición de sancións corresponderalles ós seguintes órganos:

a) Ós delegados provinciais ou territoriais da Consellería á que resulte adscrito o órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas, para as sancións leves.

b) Ó titular do centro directivo con rango de director xeral do que dependa organicamente o órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas, para as sancións graves.

c) Ó titular da Consellería á que resulte adscrito o órgano coordinador do Plan de Galicia sobre drogas, para as sancións moi graves en contía igual ou inferior a 50.000.000 de pesetas.

d) Correspóndelle ó Consello da Xunta de Galicia:

a') Impoñe-las sancións previstas pola comisión de faltas moi graves de contía superior a 50.000.000 de pesetas.

b') Acorda-lo peche temporal, por un prazo máximo de cinco anos, do establecemento, instalación ou servicio infractor.

c') Así mesmo poderá impoñe-la sanción complementaria de supresión, cancelación ou suspensión de calquera tipo de axuda ou subvención de carácter financeiro que o particular ou a entidade infractora obtivesen ou teñan solicitadas da Administración pública galega.

Artigo 40.– Medidas cautelares ou provisionais.

1. Iniciado o expediente sancionador, o órgano competente poderá adoptar as medidas provisionais ou cautelares imprescindibles tendentes á salvagarda da saúde, seguridade e protección das persoas, así como a suspensión ou clausura preventiva de servizos, establecementos e centros ou a retirada preventiva de autorizacións, permisos, licencias e outros títulos expedidos polas autoridades administrativas, nos termos que autorice a lexislación vixente.

2. Non terán carácter de sanción a clausura ou o peche de centros, establecementos ou servizos que non contén coas autorizacións administrativas preceptivas ou a suspensión das actividades ata tanto se reparen os defectos ou se cumpran os requisitos esixidos.

Disposición transitoria

Os centros, servizos e establecementos en materia de drogodependencias contarán cun prazo de seis meses para adecuarse ás prescricións da presente lei.

Disposición derogatoria

Quedan derogadas cantas disposicións de igual ou inferior rango se opoñan ó disposto na presente lei.

Disposicións derradeiras

Primeira. No prazo de seis meses desde a entrada en vigor desta lei, a Xunta de Galicia remitiralle ó Parlamento o Plan de Galicia sobre drogas ó que se refire esta lei.

Segunda. Autorízase a Xunta de Galicia a dictar cantas normas sexan precisas para o desenvolvemento e a execución desta lei.

Terceira. A presente lei entrará en vigor ós dous meses da súa publicación no Diario Oficial de Galicia.

Cuarta. No prazo de seis meses, a partir da entrada en vigor da presente lei, a Xunta de Galicia aprobará a normativa que regule a autorización de apertura, funcionamento e acreditación dos centros e servizos de atención ó drogodependente.

Santiago de Compostela, oito de maio de mil novecentos noventa e seis.

Manuel Fraga Iribarne
Presidente

3.2. DECRETO 75/2001, DO 22 DE MARZO, SOBRE CONTROL SANITARIO DA PUBLICIDADE, PROMOCIÓN, SUBMINISTRACIÓN, VENDA E CONSUMO DE PRODUCTOS DO TABACO

I. DISPOSICIÓNS XERAIS

CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVICIOS SOCIAIS

O artigo 43 da Constitución española reconece o dereito á protección da saúde e establece a competencia dos poderes públicos para organizar e tutela-la saúde pública.

O Estatuto de autonomía de Galicia atribúelle á Xunta de Galicia, nos artigos 27.23º e 33, respectivamente, a competencia exclusiva en materia de asistencia social e o desenvolvemento legislativo e execución da lexislación básica do Estado en materia de sanidade interior.

Mediante a Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, a Administración autónoma de Galicia, consciente da transcendencia que reviste na actualidade o problema das drogodependencias, regula as actuacións, tanto preventivas como paliativas, precisas para incidir de forma efectiva sobre as dependencias e os seus efectos, e consecuentemente procede, nos artigos 11 e seguintes, ó establecemento de medidas limitativas e prohibitivas destinadas a reducir a oferta, a subministración, a venda, e polo tanto o consumo dos produtos do tabaco, e preséntalle atención fundamental, no establecemento das limitacións e prohibicións ó consumo, a un dato obxectivo: á idade dos consumidores.

Nesta mesma liña reductora, tendo en conta a influencia da publicidade sobre os hábitos dos cidadáns e de acordo co previsto no artigo 27.31º do Estatuto de autonomía, que lle atribúe á nosa comunidade a competencia exclusiva en materia de publicidade sen prexuízo das normas dictadas polo Estado para sectores e medios específicos, faise necesario restrinxir aquela que teña por obxecto promocionar ou incentiva-lo consumo dos produtos do tabaco, de acordo co previsto nos artigos 11 e 12 da Lei 2/1996, que establecen determinadas restricións ás actividades de promoción destas substancias.

Por outra banda, o cumprimento das limitacións e prohibicións recollidas neste decreto esixe unha axeitada sinalización delas que permita o seu coñecemento e cumprimento por toda a sociedade en xeral e, en particular, por aqueles grupos sometidos a un maior risco de consumo, dada a presión do contorno que os rodea, como son a xuventude e a infancia.

De acordo co disposto no artigo 35.1º da Lei 2/1996, existe tamén a necesidade de concretalo corpo ó que lle corresponderá a inspección e control do cumprimento das prescricións recollidas nesta, relativas ás restricións á venda, consumo e actividades promocionais e publicitarias dos produtos do tabaco e á supervisión dos lugares e locais nos que se consuman, vendan ou subministren aqueles.

Nos capítulos II, III e IV do título IV da mencionada Lei 2/1996 regúlase o réxime sancionador e recóllense as infraccións e as sancións administrativas no ámbito das drogas, entre as que se comprende o tabaco, polo que se fai aconsellable delimitar neste decreto as accións e omisións que constitúen infraccións, así como a súa cualificación, as sancións que se vaian impoñer e os órganos competentes para iso.

Na súa virtude, por proposta do conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais, de acordo co dictame do Consello Consultivo, e logo de deliberación do Consello da Xunta de Galicia na súa reunión do día vintedous de marzo de dous mil un,

DISPOÑO: **TÍTULO I** **Conceptos básicos**

Artigo 1º.- Obxecto.

Este decreto ten por obxecto a regulación do control sanitario da publicidade, promoción, subministración, venda e consumo de produtos do tabaco.

Artigo 2º.- Definicións.

1. Conceptos xerais.

Para efectos deste decreto enténdese por:

- a) Produtos do tabaco: os destinados a ser fumados, inhalados, chupados ou mastigados, sempre que estean constituídos, aínda que só sexa en parte, por tabaco. Considéranse incluídos tódolos produtos constituídos por tabaco en forma de po ou baixo calquera outro aspecto que suxira un produto comestible.
- b) Alcatrán: o condensado de fume bruto, anhídrido exento de nicotina.
- c) Nicotina: os alcaloides nicotínicos.
- d) Punto de venda de produtos do tabaco: calquera lugar no que se vendan produtos do tabaco.

2. Conceptos específicos da publicidade e promoción dos produtos do tabaco.

Para efectos deste decreto enténdese por:

- a) Venda: toda transmisión onerosa na que o comprador adquira produtos do tabaco, incluídas as realizadas coas novas tecnoloxías e por medio de máquinas automáticas. A venda estará suxeita ás limitacións establecidas no título II desta norma.
- b) Subministración: abastecemento de produtos do tabaco a título oneroso ou gratuíto. A subministración suxeitarase ás mesmas limitacións cá venda.
- c) Consumo: acción de fumar, inhalar, chupar ou mastigar produtos constituídos total ou parcialmente por tabaco. O consumo estará sometido ás limitacións establecidas no título III.
- d) Publicidade dos produtos do tabaco: sen prexuízo do disposto no artigo 2 da Lei 34/1988, do 11 de novembro, xeral de publicidade, calquera tipo de comunicación comercial que teña como obxectivo ou efecto directo ou indirecto a promoción dun produto do tabaco.
- e) Publicidade directa: calquera que sexa o medio no que se difunda, aquela que, a través da imaxe ou do son, invite ou induza de maneira inequívoca ó consumo de produtos do tabaco.
- f) Publicidade indirecta: aquela que, sen mencionar directamente os produtos, utilice marcas, símbolos, grafismos ou outros trazos distintivos de tales produtos ou de empresas que nas súas actividades principais ou coñecidas inclúan a súa produción ou comercialización.

g) Promoción: toda acción tendente a eleva-la súa consideración ou facer vale-los ditos artigos ou as súas cualidades e fomenta-lo seu consumo.

h) Patrocinio: calquera contribución, pública ou privada, a un acontecemento ou actividade que teña como obxectivo ou efecto directo ou indirecto a promoción dun produto do tabaco.

Artigo 3º.- Publicidade e patrocinio.

1. Queda prohibida toda clase de publicidade de tabaco polos centros emisores de radio e televisión situados en Galicia.

2. Nos xornais, revistas e demais publicacións que se editen na Comunidade Autónoma non poderá facerse publicidade do tabaco na primeira páxina, nas destinadas a deportes e pasatempos e naquelas seccións que, polo seu contido, estean orientadas preferentemente a menores de 18 anos.

Artigo 4º.- Promoción e distribución de mostras.

Está expresamente prohibida a distribución ós menores de 18 anos de mostras de produtos do tabaco ou de produtos que supoñan unha publicidade indirecta deste, no territorio da Comunidade Autónoma de Galicia, sexan ou non gratuítas, incluída a entrega como premio ou recompensa en actividades lúdicas recreativas, xogos de azar, destreza ou análogos, ou como resultado de actividades promocionais doutros produtos.

TÍTULO II

Das limitacións á venda de produtos do tabaco

Artigo 5º.- Etiquetaxe de envases.

No relativo ós límites máximos de nicotina e alcatrán dos produtos do tabaco, así como ó contido e características das advertencias xerais e específicas impresas na etiquetaxe das unidades de envasado, haberase que ater ó disposto na normativa vixente na materia.

Artigo 6º.- Advertencia xenérica.

Nos establecementos de venda de produtos do tabaco deberá figurar, nun lugar visible, un cartel no que se indique que: «As autoridades sanitarias advirten que o uso do tabaco é prexudicial para a saúde», nos termos recollidos neste decreto.

Artigo 7º.- Venda de produtos do tabaco.

1. Non se permitirá a venda nin a subministración de produtos do tabaco ós menores de 18 anos no territorio da Comunidade Autónoma de Galicia. Tampouco se permitirá a distribución de produtos que o imiten ou induzan ó hábito de fumar e sexan nocivos para a saúde dos menores da citada idade. Nos puntos de venda ou subministración instalaranse sinais indicativos desta prohibición.

2. A expedición de produtos do tabaco por medio de máquinas automáticas só se poderá realizar en lugares cerrados, carecendo desta consideración as áreas anexas e de acceso previo ós locais e establecementos, tales como as zonas de cortavento, porches, pórticos, vestíbulos,

soportais ou superficies similares que, podendo ser parte do inmovible, non constitúen propiamente o seu interior; estará prohibida, en xeral, en calquera lugar onde o responsable non teña o control do acceso á máquina ou o acceso poida realizarse directamente desde o exterior.

Tampouco terán a consideración de lugares cerrados os corredores e distribuidores dos centros e áreas comerciais onde, se é o caso, radiquen os locais e establecementos.

3. O uso destas máquinas estará prohibido ós menores de 18 anos, responsabilizándose o titular do establecemento onde se atopen do cumprimento desta norma. Esta prohibición deberá constar na superficie frontal de tales máquinas, nun lugar onde non se poida retirar, onde figurará tamén unha indicación de que o tabaco é prexudicial para a saúde, nos termos recollidos neste decreto.

4. Prohíbese a posta no mercado de tabaco de uso oral.

Artigo 8º.- Lugares con prohibición de venda.

1. Queda prohibida a venda e subministración de produtos do tabaco nos seguintes lugares:

a) Nos centros sanitarios, sociosanitarios e as súas dependencias, entendendo por tales os recollidos no Decreto 99/1984, do 7 de xuño, sobre centros, servicios e establecementos sanitarios, e na Orde do 7 de maio de 1997, de concertación e acreditación de centros sociosanitarios ou normativa que as substitúa.

b) Nos centros docentes de educación preescolar, infantil, primaria, secundaria, especial, e, en xeral, en todo centro educativo onde se impartan ensinanzas específicas para os menores de 18 anos.

c) Nos centros culturais, tendo tal consideración aqueles nos que se realicen actividades de contido cultural, ben sexan de esparexemento, estudio, investigación ou deportivas.

d) En tódolos locais e centros destinados preferentemente a menores de 18 anos.

e) Nas instalacións e centros deportivos.

f) Locais onde se elaboren, transformen, preparen ou vendan alimentos, excepto nos destinados preferentemente ó seu consumo.

2. En xeral, en relación co artigo 32 do R.D. 1199/1999, do 9 de xullo, polo que se desenvolve a Lei 13/1998, do 4 de maio, de ordenación do mercado de tabacos e normativa tributaria, e se regula o estatuto concesional da rede de expendedorías de tabaco e timbre, prohíbese a venda ou subministración de produtos do tabaco en tódolos lugares onde exista a prohibición legal de fumar.

TÍTULO III

Das limitacións ó consumo dos produtos do tabaco

Artigo 9º.- Prevalencia do dereito á saúde dos non fumadores.

De conformidade cos artigos 25.2º da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, 2 da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, e 1 do Real decreto 192/1988, do 4 de marzo, sobre limitacións na venda e uso do tabaco para a protección da saúde da poboación, declárase o tabaco substancia nociva para a saúde das persoas. Deberá prevalecer, polo tanto, en caso de conflito, a saúde dos non fumadores sobre o dereito dos fumadores a consumir pro-

ductos do tabaco en todos aqueles lugares e circunstancias nos que se poida ver afectado o dereito á saúde dos primeiros.

Artigo 10º.- Lugares con prohibición de consumo.

Está prohibido fumar en:

a) Ámbito sanitario.

Nos hospitais e demais centros sanitarios, socio-sanitarios e de servizos sociais, excepto en patios, zonas exteriores ou porticadas e nas áreas específicas que determine a dirección do centro.

As zonas ou áreas nas que se lle autorice fumar ó persoal do centro deberán ser independentes e estar separadas das que se habiliten para o efecto para os usuarios dos servizos e os visitantes, exceptuando aquelas nas que lles estea permitido fumar a ambos, como é o caso das cafeterías. En todo caso, deberán posuír unha ventilación suficiente.

Tanto as áreas autorizadas como as prohibidas deberán estar expresa e debidamente sinaladas, nos termos recollidos neste decreto.

b) Ámbito laboral.

1. Nos centros de traballo onde os contaminantes industriais, ó se combinar coa nocividade dos produtos do tabaco, incrementen o risco de que a saúde do traballador se vexa prexudicada.

2. Nas áreas laborais nas que se atopen mulleres embarazadas.

3. Nas oficinas das administracións públicas establecidas en Galicia destinadas á atención directa ó público.

4. Nos locais onde se elaboren, transformen, preparen ou vendan alimentos, excepto nos destinados principalmente ó consumo deles.

c) Ámbito dos medios de transporte.

1. Existirá prohibición absoluta de fumar en tódolos vehículos ou medios de transporte colectivo urbano e interurbano, así como os destinados ó transporte sanitario. Terán a consideración de vehículos de transporte colectivo os funiculares e teleféricos.

2. Nos transportes ferroviarios e marítimos que discorran polo territorio da Comunidade Autónoma non se permitirá fumar, excepto na cuberta ó aire libre. Non obstante, poderán reservarse vagóns ou camarotes completos ou departamentos para fumadores, incluíndo cabinas de liteiras e camas utilizadas por máis dunha persoa, sempre en contía igual ou inferior ó 36 por 100 do total de prazas.

3. En tódolos medios de transporte colectivo deberá figurar sinalizada de xeito expreso a prohibición de fumar, nos termos recollidos neste decreto.

4. Será competencia das autoridades locais o establecemento da prohibición de fumar en vehículos autotaxis pertencentes ó seu termo municipal cando se atopen ocupados por viaxeiros. En ausencia da prohibición expresa, deberá entenderse prevalente o dereito do non fumador, xa sexa este o pasaxeiro ou o conductor do vehículo.

d) Ámbito docente.

1. Nos centros docentes só se poderá fumar nas áreas expresamente reservadas para o efecto polo órgano de dirección daqueles. Estas zonas deberán posuír unha ventilación suficiente, estar debidamente sinaladas nos termos recollidos neste decreto e serán, en todo caso, diferentes das sinaladas no número seguinte e tendo o acceso restrinxido ós menores de 18 anos.

2. Serán zonas expresamente prohibidas as aulas, laboratorios, seminarios, corredores e lugares de acceso, tanto en período lectivo como non lectivo.

e) Outros ámbitos.

Tampouco se permitirá fumar en:

1. Ascensores e elevadores.
2. Museos, bibliotecas e salas de uso público xeral, de exposicións e conferencias.
3. Centros de atención á infancia e centros de atención social destinados a menores de 18 anos.
4. Salas de teatro, cinematógrafos e espectáculos públicos que se celebren en lugares cerrados, salvo que existan zonas expresamente habilitadas para os fumadores, de acordo co establecido neste decreto.
5. Locais comerciais de frecuente afluencia de público, coa excepción das áreas ostensiblemente sinaladas para fumadores nos termos recollidos neste decreto.

Artigo 11º.- Extensión da prohibición de consumo.

A prohibición de fumar afectará a todo o local, centro ou dependencia cando non fose posible delimitar lugares alternativos para fumadores, advertíndoo mediante unha axeitada sinalización.

Sen prexuízo do disposto neste decreto, o titular dun centro, local ou establecemento aberto ó público pode establece-la prohibición de fumar nel, do que se informará ós usuarios mediante a adecuada sinalización.

Nos centros de traballo ou áreas laborais nos que non estea permitido fumar constará esta prohibición de forma expresa.

Artigo 12º.- Responsables da sinalización das limitacións.

Os titulares dos medios de transporte, locais, establecementos ou responsables dos centros mencionados nos artigos 7º, 8º, 9º e 10º deste decreto estarán obrigados a sinalizar adecuadamente as limitacións e prohibicións e serán responsables do estricto cumprimento destas normas.

TÍTULO IV

Da sinalización das medidas limitativas e prohibicións de venda e consumo de produtos do tabaco

Artigo 13º.- Prohibición de venda.

1. Os estancos e outros establecementos onde se vendan ou subministren produtos do tabaco terán fixado un cartel sinalizador co seguinte texto: «Prohibida a venda de tabaco ós menores de 18 anos. Artigo 13 da Lei 2/1996, de Galicia sobre drogas».

2. Os carteis sinalizadores situaranse detrás do mostrador, nun lugar perfectamente visible.

Artigo 14º.- Prohibición de consumo.

1. As máquinas automáticas de venda de tabaco terán fixado, na súa superficie frontal e nun lugar perfectamente visible, de modo que non se poida retirar, un cartel co seguinte texto: «Prohibida a venda de tabaco ós menores de 18 anos. A Consellería de Sanidade e Servicios Sociais advirte que o uso do tabaco é prexudicial para a saúde. Artigo 13 da Lei 2/1996, de Galicia sobre drogas».

2. Nos lugares sinalados no artigo 10º deste decreto onde estea prohibido fumar, situaranse nun lugar perfectamente visible carteis sinalizadores co texto: «Non está permitido fumar. Espacio sen tabaco. Lei 2/1996, de Galicia sobre drogas».

3. Naqueles lugares nos que estea autorizada a habilitación de espazos para fumadores segundo o artigo 10º deste decreto, situaranse en lugar visible carteis sinalizadores co seguinte texto: «Espacio reservado a fumadores. A Consellería de Sanidade e Servicios Sociais advirte que o uso do tabaco é prexudicial para a saúde. Lei 2/1996, de Galicia sobre drogas».

4. Nos medios de transporte colectivo fixaranse, nun lugar visible, rótulos sinalizadores con iconografía que indique a prohibición de fumar e o seguinte texto: «Real decreto 1293/1999».

Artigo 15º.- Responsables da sinalización.

O incumprimento do previsto nos artigos precedentes será responsabilidade dos titulares, directores ou persoas que ocupen postos análogos nas entidades, centros, locais, empresas e demais establecementos que se aluden nesta norma. No caso de máquinas expendedoras automáticas, a responsabilidade derivada da comisión de feitos cualificados como infraccións recaerá sobre o propietario ou encargado do establecemento en que se atopen.

Artigo 16º.- Follas de reclamacións.

Os titulares dos medios de transporte, locais e establecementos ou, se é o caso, os directores de centros estarán obrigados a contar cun libro ou follas de queixas ou reclamacións ó dispor dos usuarios, que se rexerán segundo o previsto no Decreto 375/1998, do 23 de decembro, polo que se regulan as follas de reclamacións dos consumidores e usuarios.

Artigo 17º.- Funcións da inspección.

1. A Consellería de Sanidade e Servicios Sociais será responsable do exercicio das funcións de inspección, vixilancia e control do cumprimento do disposto neste decreto, a través das unidades dos corpos facultativo superior e medio da Xunta de Galicia, escala de saúde pública e Administración sanitaria.

2. Os delegados provinciais habilitarán o persoal necesario da referida escala, expedindo as correspondentes acreditacións.

TÍTULO V Infraccións e sancións

Artigo 18º.- Infraccións.

Constitúen infraccións administrativas á Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, as accións e omisións tipificadas como tales no artigo 37 da citada lei e na normativa concordante vixente nesta materia.

Artigo 19º.- Cualificación das infraccións.

De acordo co previsto no artigo 37 da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, as infraccións a ela cualifícanse como leves, graves ou moi graves.

1. Constitúen infraccións leves:

a) O incumprimento das obrigas de carácter formal ou de sinalización externa das limitacións ou prohibicións en materia de venda, subministración e consumo de produtos do tabaco que determine a normativa vixente en materia de drogodependencias, de acordo co previsto no artigo 37.2º a) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, entendéndose incluído o incumprimento das previsións dos reais decretos 510/1992, do 14 de maio, e 1185/1994, do 3 de xuño.

b) Todas aquelas que se cometan por simple negligencia e non comporten un prexuízo directo para a saúde individual ou colectiva, de acordo co previsto no artigo 37.2º b) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

c) O mero atraso no cumprimento das obrigas de información, comunicación ou comparecencia por requirimento da autoridade competente, de acordo co previsto no artigo 37.2º c) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

d) A negligencia no almacenamento, colocación ou custodia dos produtos do tabaco nos locais onde se realice a súa venda ou subministración, de xeito que se posibilite o acceso ou consumo ás referidas substancias por persoas menores das idades legalmente establecidas. Este suposto considérase como un dos previstos no artigo 35 A) 2ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

e) O incumprimento do disposto nos artigos 6º, 7º.1 nos seus dous últimos incisos; 7º.4; 8º.1 f) e 8º.2 deste decreto.

f) Calquera outro incumprimento do prescrito na Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, que non se tipifique como infracción grave ou moi grave, de acordo co previsto no seu artigo 37.2º d).

2. Constitúen infraccións graves:

a) O incumprimento do disposto nos artigos 11, 12, números 1º, 2º, 3º, e 4º, e 13 da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, en materia de publicidade e promoción do tabaco. En particular, considéranse infraccións graves aquelas conductas que vulneren o previsto polos artigos 7.1º primeiro inciso, 7.2º e 3º, e 8.1º a), b), c), d), e) e g) deste decreto, de acordo co previsto no artigo 37.3º a) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

b) A negativa ou resistencia a prestar colaboración ou facilita-la información requirida polas autoridades competentes, así como a subministración de información inexacta ou documentación falsa, de acordo co disposto no artigo 37.3º b) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

c) As accións ou omisións que perturben, obstrúan ou impidan de forma grave o desempeño da actividade inspectora e de control da Administración, así como as ofensas graves ás autoridades e axentes encargados daquela en materias relacionadas coa Lei de Galicia sobre drogas, de acordo co disposto no artigo 37.3º c) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

d) Aquelas que sexan concorrentes con infraccións sanitarias leves ou servisen para facilitar ou encubri-la súa comisión, de acordo co disposto no artigo 37.3º g) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

e) A distribución gratuíta de mostras de produtos do tabaco, considerado como suposto dos previstos no artigo 35 B) 1º da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

f) As actividades de promoción de produtos do tabaco realizadas por correo, teléfono ou mediante a distribución de información nas caixas de correos e, en xeral, mediante calquera mensaxe que se envíe a domicilio, cando a dita publicidade se dirixa especificamente a menores de idade, considerado como suposto dos previstos no artigo 35 B) 1º da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

g) A reincidencia na comisión de infraccións leves nos últimos 3 meses, de acordo co previsto no artigo 35 B) 7ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, e 37.3º h) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

3. Constitúen infraccións moi graves:

a) A negativa absoluta a facilitar información ou prestar colaboración ós servicios de control e inspección e o falseamento da información subministrada, de acordo co previsto no artigo 37.4º b) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

b) O incumprimento reiterado dos requirimentos específicos que formulen as autoridades sanitarias, de acordo co previsto no artigo 37.4º c) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

c) A resistencia, coacción, ameaza, represalia, desacato ou calquera outra forma de presión que se exerza sobre as autoridades sanitarias ou os seus axentes na súa actividade de control ou inspección, de acordo co previsto no artigo 37.4º e) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

d) Aquelas que sexan concorrentes con outras infraccións sanitarias graves ou que servisen para facilitar ou encubri-la súa comisión, de acordo co previsto no artigo 37.4º j) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

e) A comercialización de produtos do tabaco que non incorporen nas súas unidades de envasado a advertencia xeral: «As autoridades sanitarias advirten que o tabaco prexudica seriamente a saúde», de acordo co previsto no artigo 2.1º e na disposición adicional 2ª do Real decreto 1185/1994, do 3 de xuño, de etiquetaxe de produtos distintos dos cigarros, prohibición de determinados tabacos de uso oral e actualización do réxime sancionador. Este suposto considérase como un dos previstos no artigo 35 C) 1ª e 2ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

f) A comercialización de produtos do tabaco que non incorporen nas súas unidades de envasado as advertencias específicas recollidas no anexo I do Real decreto 1185/1994, do 3 de xuño, de etiquetaxe de produtos distintos dos cigarros, prohibición de determinados tabacos de uso oral e actualización do réxime sancionador. Estas advertencias específicas deberán ir sempre precedidas da mención: «As autoridades sanitarias advirten...:», con independencia de que tales advertencias se impriman só en castelán ou en galego e castelán conxuntamente, de acordo co previsto na disposición adicional 1ª do citado real decreto. Calquera incumprimen-

to cometido neste ámbito considérase como suposto dos previstos no artigo 35 C) 1ª e 2ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

g) A posta no mercado de tabaco de uso oral, de acordo co previsto no artigo 5 do Real decreto 1185/1994, do 3 de xuño, de etiquetaxe de produtos distintos dos cigarros, prohibición de determinados tabacos de uso oral e actualización do réxime sancionador, suposto este considerado como un dos previstos no artigo 35 C) 1ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade.

h) A reincidencia na comisión de faltas graves nos últimos cinco anos, de acordo co previsto no artigo 35 C) 8ª da Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, e 37º.4º h) da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

Artigo 20º.- Concorrencia de infraccións.

Se un só feito constitúe dúas ou máis infraccións administrativas só se impondrá a sanción que corresponda á de maior gravidade, no seu grao medio ou máximo, dependendo da gravidade das infraccións cometidas, e atendendo ós criterios de gradación sinalados no artigo seguinte.

Artigo 21º.- Gradación das sancións.

As infraccións na materia regulada neste decreto sancionaranse nos graos mínimo, medio ou máximo, atendendo á gravidade da infracción, á natureza dos prexuízos causados, ó risco para a saúde e á intencionalidade ou reiteración se existen, nos termos fixados no artigo 38 da Lei de Galicia sobre drogas.

a) Infraccións leves:

Multa de ata 500.000 pesetas, nos seguintes graos:

- Mínimo: ata 100.000 pesetas.
- Medio: de 100.001 ata 250.000 pesetas.
- Máximo: de 250.001 ata 500.000 pesetas.

b) Infraccións graves:

Multa de 500.001 ata 2.500.000 pesetas, nos seguintes graos:

- Mínimo: de 500.001 ata 1.000.000 de pesetas.
- Medio: de 1.000.001 ata 1.750.000 pesetas.
- Máximo: de 1.750.001 ata 2.500.000 pesetas.

c) Infraccións moi graves:

Multa de 2.500.001 ata 100.000.000 de pesetas, nos seguintes graos:

- Mínimo: de 2.500.001 ata 20.000.000 de pesetas.
- Medio: de 20.000.001 ata 50.000.000 de pesetas.
- Máximo: de 50.000.001 ata 100.000.000 de pesetas.

d) Nos casos de especial gravidade, con transcendencia notoria e grave para a saúde, o Consello de la Xunta de Galicia poderá acorda-lo peche temporal do establecemento, instalación ou servizo por un prazo máximo de cinco anos.

e) Nestes casos ós que se refire o punto anterior, poderá impoñerse como sanción complementaria a suspensión, cancelación ou supresión de calquera tipo de axudas ou subvencións de carácter económico que o particular ou a entidade infractora obtivesen ou tivesen solicitadas da Administración autonómica galega.

f) Non terán carácter de sanción a clausura ou o peche de centros, establecementos ou servizos que non contén coas autorizacións administrativas preceptivas, ou a suspensión das actividades mentres non se emenden os defectos ou se cumpran os requisitos esixidos.

Artigo 22º.- Competencia sancionadora.

1. A competencia para a imposición de sancións corresponderalles ós seguintes órganos:

a) Ós delegados provinciais da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, para as sancións leves.

b) Ó secretario xeral da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, para as sancións graves.

c) Ó conselleiro de Sanidade e Servizos Sociais, para as sancións graves en contía igual ou inferior ós 50.000.000 de pesetas.

d) Ó Consello da Xunta de Galicia correspóndelle:

a') Impoñe-las sancións previstas pola comisión de faltas moi graves de contía superior ós 50.000.000 de pesetas.

b') Acorda-lo peche temporal, por un prazo máximo de cinco anos, do establecemento, instalación ou servizo infractor.

c') Así mesmo, poderán impoñe-la sanción complementaria de supresión, cancelación ou suspensión de calquera tipo de axuda ou subvención de carácter financeiro que o particular ou a entidade infractora obtivese ou tivese solicitada da Administración pública galega.

2. Nos supostos de pluralidade de infraccións correspondentes á mesma materia, será órgano competente para a imposición de sancións o que o sexa para impoñe-la de maior contía.

Artigo 23º.- Caducidade do procedemento.

Se non recaese resolución expresa transcorridos seis meses desde a iniciación do procedemento sancionador, tendo en conta as posibles interrupcións do seu cómputo por causas imputables ós interesados ou pola suspensión do procedemento á que se refiren os artigos 5 e 7 do Real decreto 1398/1993, do 4 de agosto, polo que se regula o procedemento para o exercicio da potestade sancionadora, producirase a caducidade segundo o establecido no artigo 44.2º da Lei 30/1992, modificada pola Lei 4/1999.

Artigo 24º.- Medidas provisionais ou cautelares.

Iniciado o expediente sancionador, o órgano competente poderá adopta-las medidas provisionais ou cautelares imprescindibles tendentes á salvagarda da saúde, seguridade e protección das persoas, así como a suspensión ou clausura preventiva de servizos, establecementos e centros ou a retirada preventiva de autorizacións, permisos, licencias e outros títulos expedidos polas autoridades administrativas, nos termos que autorice a lexislación vixente.

Artigo 25º.- Instrucción de expedientes.

As infraccións en materia de tabaco sancionaranse administrativamente, logo de instrucción do correspondente expediente e sen prexuízo das responsabilidades penais ou doutra orde nas que se puidese incurrir.

Artigo 26º.- Competencia sancionadora.

A Administración pública da Comunidade Autónoma de Galicia exercerá as competencias sancionadoras que lle confire o artigo 39 da Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas, conforme o previsto no título IX da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, modificada pola Lei 4/1999, do 13 de xaneiro, e no Regulamento do procedemento para o exercicio da potestade sancionadora, aprobado polo Real decreto 1398/1993, do 4 de agosto.

Artigo 27º.- Atribución de competencia para a instrucción de procedementos.

Atribúeselles ás delegacións provinciais da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais a competencia para a instrucción dos procedementos sancionadores relativos ás materias reguladas neste decreto que se tramiten ó abeiro do disposto na Lei 2/1996, do 8 de maio, de Galicia sobre drogas.

Artigo 28º.- Recursos.

Contra as resolucións dos delegados provinciais e do secretario xeral, recaídas nos procedementos sancionadores, caberá interposición polos interesados de recurso de alzada ante o conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais, de acordo co disposto no artigo 114.1º da Lei 30/1992, do 26 de novembro, modificada pola Lei 4/1999, do 13 de xaneiro, e o artigo 34.7º da Lei 1/1983, do 22 de febreiro, reguladora da Xunta e o seu presidente, modificada pola Lei 11/1988, do 20 de outubro.

As resolucións dictadas polo conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais e polo Consello da Xunta de Galicia esgotan a vía administrativa.

Disposición adicional

As dimensións, características e prazo para a instalación dos carteis e rótulos sinalizadores determinaranse por orde da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

Disposición transitoria

Os expedientes sancionadores que comezasen a tramitarse ó abeiro da lexislación anterior a este decreto continuarán tramitándose ata a súa resolución final conforme aquela.

Disposición derogatoria

Queda derogado o Decreto 113/1993, do 12 de maio, polo que se establecen normas de protección da saúde da poboación na promoción, venda e consumo de tabaco, e cantas disposicións de igual ou inferior rango se opoñan ó disposto neste decreto.

Disposición derradeira

Facúltase o conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais para dictar cantas disposicións sexan necesarias para o desenvolvemento e a execución deste decreto, que entrará en vigor ós vinte días da súa publicación no Diario Oficial de Galicia.

Santiago de Compostela, vintedous de marzo de dous mil un.

Manuel Fraga Iribarne

Presidente

José M^a Hernández Cochón

Conselleiro de Sanidade e Servicios Sociais

3.3. GUÍA DE RECURSOS

RECURSOS DE ATENCIÓN ÁS DROGODEPENDENCIAS

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

O Plan de Galicia sobre drogas contempla a seguinte tipoloxía de programas nas áreas de Prevención e Incorporación Social.

• PROGRAMAS COMUNITARIOS

Programas orientados a promover a acción solidaria contra todo tipo de discriminación social e marxinación, nas que se inclúen as drogodependencias. Impulsar melloras na participación e integración social comunitaria das persoas afectadas polos problemas derivados do consumo de drogas. Dirixidos a: comunidade en xeral dun territorio determinado.

• PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

Programas enfocados á sensibilización, información, asesoramento e formación sobre problemas derivados do consumo de drogas, mediante o fomento de hábitos de vida saudable. Dirixidos a: poboación xeral, poboación escolar, mozos, pais, profesionais de diversos sectores, grupos de risco.

• PROGRAMA DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENTES

Programas enfocados a favorecer a incorporación á sociedade das persoas afectadas polo consumo de drogas a través de medidas de formación ocupacional e laboral, acceso a recursos normalizados e mellora nas capacidades de relación social. Dirixido a: persoas afectadas polos problemas do consumo de drogas en proceso de tratamento para abandona-lo dito consumo.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

A CORUÑA

PROGRAMA COMUNITARIO DO DISTRITO QUINTO ASOCIACIÓN DISTRITO QUINTO

Perpendicular a R/ Colombia, s/n
15011 A CORUÑA
Responsable: Enrique Castro Sanjurjo
Teléfono: 981 277 092
Fax: 981 272 313

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS ASOCIACIÓN NERIA

R/ B. Castro Rial. Antigo edificio do I.B. Agra de Raíces
15250 CEE
Responsable: Guadalupe López Canosa
Teléfono: 981 706 028
Fax: 981 706 297

PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENTES

ASOCIACIÓN RENACER
R/ Agustín Fernández Oujo, 15-A- entechán
15960 RIBEIRA
Responsable: Mª Pilar Quintela Veiga
Teléfono/fax: 981 874 086

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS CENTRO MPAL. DE SERVICIOS SOCIAIS DE MONTEALTO CONCELLO DA CORUÑA

R/ Vereda del Polvorín, 4
15002 A CORUÑA
Responsable: Emilio Lesta Casal
Teléfono: 981 200 457 - Fax: 981 228 302

**PROGRAMA COMUNITARIO DE PREVENCIÓN
E INCORPORACIÓN SOCIAL
ASOCIACIÓN ASFEDRO**

R/ Cádiz, s/n
15406 FERROL
Responsable: José Antonio Rico Prieto
Teléfono: 981 372 112 - Fax: 981 319 574

**PROGRAMA COMUNITARIO DO BARRIO DE VITE
ASOCIACIÓN DE VECIÑOS DE VITE**

R/ Domingo de Andrade, 8- baixo
15704 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Responsable: Rosa Álvarez Prada
Teléfono/fax: 981 573 942

**PROGRAMA DE ATENCIÓN XURÍDICO-SOCIAL Ó
DROGODEPENDENTE ASOCIACIÓN ANTONIO NOCHE**

Urb. Soto, Avenida dos Caídos, 192- baixo
15009 A CORUÑA
Responsable: Rosa Celia Otero Raña
Teléfono: 981 134 177

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
ASOCIACIÓN ABEIRO**

Rúa Rosalía de Castro, 26 - 2ª planta
15320 AS PONTES
Responsable: Carmen Rego Piñeiro
Teléfono/fax: 981 441 008

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONSELLO DA XUVENTUDE DE GALICIA**

Fonte de San Antonio, 25- 1º
SANTIAGO DE COMPOSTELA
Responsable: Pilar Lorenzo Vilar
Teléfono: 981 569 560
Fax: 981 563 488

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE BOQUEIXÓN**

Forte, s/n
15881 BOQUEIXÓN
Responsable: Rosario Iglesias Iglesias
Teléfono: 981 513 061/513 397
Fax: 981 513 000

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
ASOCIACIÓN VIEIRO - CONCELLO DE CARBALLO**

R/ Vázquez de Parga, 119, bloque 4-baixo dta.
15100 CARBALLO
Responsable: Mª José Dosil Parafita
Teléfono: 981 756 161 - Fax: 981 702 858

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE FENE**

Avda. do Concello, s/n
15500 FENE
Responsable: Mª José Paz Rodríguez
Teléfono: 981 342 607
Fax: 981 340 822

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
CENTRO MUNICIPAL DE SERVICIOS SOCIAIS
CONCELLO DE FERROL**

R/ Lugo, 56-1º
FERROL
Responsable: José Antonio Rodríguez Rey
Teléfono: 981 321 753
Fax: 981 321 773

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE PONTEDEUME
CONCELLERÍA DE SERVICIOS SOCIAIS**

Avda. del Muelle, s/n
15600 PONTEDEUME
Responsable: Ángeles Castro Díaz
Teléfono: 981 433 288
Fax: 981 433 704

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE RIANXO
CONCELLERÍA DE SERVICIOS SOCIAIS**

Estrada de Tanxil, 12
15920 RIANXO
Responsable: Carmen Besada Gesto
Teléfono/fax: 981 860 061

**PROGRAMA COMUNITARIO MUNICIPAL DE RIBEIRA
CONCELLO DE RIBEIRA**

Avda. da Coruña, 174-C (tralo instituto)
15960 RIBEIRA
Responsable: Jesús Cartelle Fernández
Teléfono: 981 873 827
Fax: 981 873 824

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE SANTIAGO**

R/ Castaños, 1-baixo
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Responsable: Pilar Bermejo Bermejo
Teléfono: 981 588 656
Fax: 981 588 604

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE NOIA**

R/ Rosalía de Castro, 2
15200 NOIA
Responsable: David Saavedra Pino
Teléfono: 981 842 100
Fax: 981 825 167

LUGO

**PROGRAMA DE ATENCIÓN XURÍDICO SOCIAL
Ó DROGODEPENDENTE
ASOCIACIÓN ALIAD**

Calexón de San Marcos, 2-1º D
27001 LUGO
Responsable: Fátima Estua García
Teléfono/fax: 982 251 948

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE LUGO**

R/ Rolda da Muralla, 197, Edif. Mpal. Seminario
27002 LUGO
Responsable: Julio González Morandeira
Teléfono: 982 297 204
Fax: 982 297 103

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE VILALBA**

Praza da Constitución, 1
27065 VILALBA
Responsable: Luisa Padrón Francisco
Teléfono: 982 510 305
Fax: 982 511 815

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE RIBADEO**

Praza de España, 1
27700 RIBADEO
Responsable: Mónica Fernández Lamparte
Teléfono/fax: 982 120 808

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN
SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE BURELA**

R/ Laxelas, s/n. Escolas vellas
27880 BURELA
Responsable: Maite Lanza Méndez
Teléfono: 982 580 201 - Fax: 982 580 665

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE MONFORTE**

R/ Otero Pedraio, s/n (Ant. Casa de Socorro)
27400 MONFORTE DE LEMOS
Responsable: Teresa González Carballo
Teléfono: 982 400 495
Fax: 982 405 172

OURENSE

**PROGRAMA DE INCORPORACIÓN SOCIAL
DE DROGODEPENDENTES
ASOCIACIÓN ABEIRO**

R/ La Luna, 14-1º
32005 OURENSE
Responsable: Adelina Dieguez Álvarez
Teléfono/fax: 988 225 337

**PROGRAMA DE ATENCIÓN XURÍDICO SOCIAL
Ó DROGODEPENDENTE
ASOCIACIÓN ATOX**

R/ Paseo, 15- 2º
32003 OURENSE
Responsable: Dolores Pérez Casado
Teléfono/fax: 988 372 253

**PROGRAMA DE INCORPORACIÓN SOCIAL
DE DROGODEPENDENTES
ENTIDADE PRESTADORA DE SERVICIOS CIMO**

R/ Curros Enríquez. Rotonda Díaz de la Banda
32003 OURENSE
Responsable: Eduardo González Tombo
Teléfono: 988 391 515
Fax: 988 250 240

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE OURENSE. AREA SOCIAL**

R/ Arcedianos, 3
32005 OURENSE
Responsable: Santa Ameijeiras Marra
Teléfono/fax: 988 388 157

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
MANCOMUNIDADE DE MUNICIPIOS DA COMARCA DE
VERÍN**

R/ Muralla, 19 Gal. Porta de Madrid Local, 12-14
32600 VERÍN
Responsable: Arsenia Iglesias Baños
Teléfono/fax: 988 412 048

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DO BARCO**

Praza Maior, 6- baixo
32300 O BARCO DE VALDEORRAS
Responsable: Diana Yáñez Álvarez
Teléfono: 988 326 072
Fax: 988 327 441

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
MANCOMUNIDADE TERRA DE CELANOVA**

Barrio da Hermida, 39
32800 CELANOVA
Responsable: Manuela Bande Vázquez
Teléfono/fax: 988 451 646

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
MANCOMUNIDADE DE CONCELLOS DO CARBALLIÑO**

Avenida da estación, 36 - entrechán
32500 CARBALLIÑO
Responsable: Felipe Bardelás
Teléfono: 988 274 010
Fax: 988 274 028

PONTEVEDRA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

ASOCIACIÓN AVANTE

R/ Augusto González Besada, 10 - baixo
36970 PORTONOVO- SANXENXO
Responsable: Marilina Casal Fernández
Teléfono/fax: 986 691 610

PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ASOCIACIÓN CURRÍCULUM VÍTAE

R/ Puerto Rico (Ant. Colexio M.R. Sinde)
36780 A GUARDA- PONTEVEDRA
Responsable: Isabel Romero Paramos
Teléfono: 986 611 873
Fax: 986 611 861

PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ASOCIACIÓN ÉRGUETE BAIXO MIÑO

R/ Colón, 20 (Edif. el Pescador 1ª Planta)
36780 A GUARDA
Responsable: Mª. Jesús Rodríguez Pérez
Teléfono/fax: 986 614 407

PROGRAMA DE ATENCIÓN XURÍDICO-SOCIAL Ó DROGODEPENDENTE ASOCIACIÓN ERGUETE

Avda. Martínez Garrido, 21 Interior
36205 VIGO
Responsable: Carmen Avendaño Otero
Teléfono: 986 250 240 - Fax: 986 267 017

PROGRAMA COMUNITARIO DO CASCO VELLO ASOCIACIÓN PLAN COMUNITARIO CASCO VELLO

R/ Misericordia, 2
36202 VIGO
Responsable: Anna Casas Molares
Teléfono/Fax: 986 224 639

PROGRAMA DE PREVENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ASOCIACIÓN O GROVE ERGUETE

R/ Castelao, 34- 1º
36980 O GROVE
Responsable: Mª Carmen Cacabelos Vidal
Teléfono: 986 730 028

PROGRAMA PLAN COMUNITARIO DE MARÍN ASOCIACIÓN REXURDIR

Rúa Ezequiel Massoni, 52 - baixo
36900 MARÍN
Responsable: Marié de Uña Fernández
Teléfono/fax: 986 890 770

PROGRAMA COMUNITARIO DE TEIS ASOCIACIÓN PLAN COMUNITARIO DE TEIS

R/ Contadas, 59
36207 TEIS- VIGO
Responsable: Belen Gómez Álvarez
Teléfono/fax: 986 281 670

PROGRAMA DE ATENCIÓN XURÍDICO-SOCIAL Ó DROGODEPENDENTE

ASOCIACIÓN REXURDIR PROVINCIAL

R/ Cruz Vermella, 18
36002 PONTEVEDRA
Responsable: José Carlos González Gesteira
Teléfono: 986 858 254

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS ASOCIACIÓN MADRO

R/ Tranviarios, 6 - 3º
36210 VIGO
Responsable: Belén Gómez Rodríguez
Teléfono/fax: 986 208 874

PROGRAMA COMUNITARIO DE MONTEPORREIRO ASOCIACIÓN COMUNITARIA DE MONTEPORREIRO

R/ Reino Unido, 12 -Baixo
36162 PONTEVEDRA
Responsable: Ramón Gabaldón Figueiras
Teléfono: 659 945 387

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS MANCOMUNIDADE DE VAL MIÑOR

R/ Lorenzo de la Carrera, 27
36300 BAIONA
Responsable: Óscar Carreño Miniño
Teléfono: 629 819 997

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS CONCELLO DE SANXENXO

R/ Rafael Picó, 4 - Portonovo
36960 SANXENXO
Responsable: Alejandra Fernández Rodríguez
Teléfono: 986 727 901

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS CONCELLO DE PONTEVEDRA

Praza Valentín García Escudero, s/n
36002 PONTEVEDRA
Responsable: José María García Janeiro
Teléfono: 986 858 609 - Fax: 986 860 712

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS CONCELLO DE VIGO.

CONCELLERÍA DE BENESTAR SOCIAL

Praza do Rei, s/n
36202 VIGO
Responsable: Xosé Lois Cea Nogueira
Teléfono: 986 810 184 - Fax: 986 810 217

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DO GROVE**

R/ Lordelo, s/n. Edificio Policía Municipal
36980 O GROVE
Responsable: Nieves Fernández Barrio
Teléfono: 986 731 614
Fax: 986 763 526

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE PONTEAREAS**

C/ Ruis de Alda, 8
36860 PONTEAREAS
Responsable: M^a Jesús Fernández Cruz
Teléfono: 986 641 747
Fax: 986 660 144

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA
CONCELLO DE CANGAS**

Avda. de Ourense, 46
36940 CANGAS
Responsable: Alberto Casqueiro Iglesia
Teléfono: 986 303 402
Fax: (986) 300 687

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE REDONDELA**

Servicios Sociais e Desenvolvemento Comunitario
R/ Alfonso XII, 2
36800 REDONDELA
Responsable: María Molla Casares
Teléfono: 986 400 300
Fax: 986 403 894

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DA ESTRADA**

Praza da Constitución, s/n
36680 A ESTRADA
Responsable: Francisco Reyes Cora
Teléfono: 986 573 265
Fax: 986 570 233

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
AGRUPACIÓN DE CONCELLOS DO BAIXO ULLA-SAR**

R/ Concello, 6
CATOIRA
Responsable: Manuel Isorna Folgar
Teléfono: 986 546 014

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE VILAGARCÍA**

R/ Gumersindo Nartallo, 9
36600 VILAGARCÍA DE AROUSA
Responsable: Ángeles Bravo Pombo
Teléfono: 986 507 970
Fax: 986 505 796

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
DROGODEPENDENCIAS
CONCELLO DE PORRIÑO**

R/ Domingo Bueno, 15- soto
36400 PORRIÑO
Responsable: María Dolores Pazos Area
Teléfono: 986 330 861
Fax: 986 335 462

RECURSOS DE ATENCIÓN ÁS DROGODEPENDENCIAS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA

Terase acceso a través dos servizos de saúde e servizos sociais de tipo xeral ou por acceso directo á unidade asistencial de drogodependencia que corresponda da rede asistencial do Plan de Galicia sobre drogas (PGD).

• UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS, (UAD)

Son centros ou servizos de tratamento ambulatorio das drogodependencias que desenvolven diversas actividades terapéuticas para un paciente consumidor de drogas e/ou drogodependente, a súa familia e o seu contorno. A Comunidade Autónoma de Galicia conta con 19 UAD. Este é o único servizo que poderá derivar ó usuario a outros recursos asistenciais do PGD (tra-lo diagnóstico médico-psicológico do paciente consumidor) dispoñibles na nosa comunidade autónoma e que se especifican de seguido.

• UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA, (UDH)

Aquelas que, dentro dun servizo hospitalario, realizan tratamentos de desintoxicación en réxime de internamento hospitalario. Na actualidade están en funcionamento 6.

• UNIDADES DE DÍA (UD)

Aquelas que, en réxime de estadía de día, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica e/ou ocupacional, promovendo a participación activa dos pacientes durante un período de tempo de varios meses. Hoxe en día, o PGD conta con 10 UD.

• COMUNIDADES TERAPEÚTICAS, (CT)

Aquelas unidades, centros ou servizos que, en réxime de internamento, realizan tratamentos de deshabitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica e/ou ocupacional, promovendo a participación activa dos pacientes por un período de tempo de varios meses. Na actualidade o PGD ten a pleno funcionamento 3 CT. (Vigo, Ferrol e A Coruña), ademais de 47 prazas na do Proxecto Home de Santiago.

UNIDADES ASISTENCIAIS DE DROGODEPENDENCIAS (UAD)

A CORUÑA

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ASFEDRO

R/ Cádiz, s/n
15406 CARANZA- FERROL
Director: Roberto Artabe Noya
Teléfono: 981 372 112/113
Fax: 981 319 574

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Avda. do Ambulatorio, s/n
15100 CARBALLO
Director: Alfonso Caparrós Esperante
Teléfono/fax: 981 756 275

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ACLAD

R/ Galileo Galilei (esquina con Ermita)
Polígono da Grela
15008 A CORUÑA
Director: Cesar Pereiro Gómez
Teléfono: 981 243 327/243 000 - Fax: 981 243 040

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ República Argentina. Casa do Mar
15200 NOIA
Directora: Ana Mª Vidal López
Teléfono: 981 822 500
Fax: 981 822 823

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Avda. da Coruña, 174-C (Tralo instituto FP)
15960 RIBEIRA
Director: Jesús Cartelle Fernández
Teléfono: 981 873 827
Fax: 981 873 824

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Castaños, 1 baixo
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Directora: Pilar Bermejo González
Teléfono: 981 588 656
Fax: 981 588 604

LUGO

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Laxelas, s/n. Escolas Vellas
27880 BURELA
Directora: María Concepción Abad Alastruey
Teléfono: 982 580 201
Fax: 982 580 665

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS CRUZ VERMELLA

R/ Rolda da Muralla, 188- entrechán dereita
27002 LUGO
Directora: Mercedes Pedreira Quiroga
Teléfono: 982 280 434
Fax: 982 280 848

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Otero Pedrayo, s/n (Ant. Casa de Socorro)
27400 MONFORTE DE LEMOS
Directora: Ana Fernández Sobrino
Teléfono: 982 400 495
Fax: 982 405 172

OURENSE

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Coronel Ceano, 6
32005 OURENSE
DIRECTORA: Isolina Míguez Estévez
Teléfono: 988 388142
Fax: 988 247 100

PONTEVEDRA

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Avda. de Ourense, 46
36940 CANGAS
Director: Maximino Portela Freire
Teléfono (986) 303402/300514
Fax: 986 300 687

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Lordelo, s/n (Edificio Policía Municipal)
36980 O GROVE
Director: Pilar Tarrío Otero
Teléfono: (986) 731614
Fax: 986 733 526

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Praza de Valentín García Escudero, 1 baixo
36002 PONTEVEDRA
Director: Carlos Martín Picola
Teléfono: (986) 858609 - Fax: 986 860 712

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Domingo Bueno, 15- soto
36400 PORRIÑO
Directora: Carmen Carrera Diz
Teléfono 986 330 861 - Fax 986 335 462

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

ALBORADA
R/ Isaac Peral, nº 8- A-baixo
36201 VIGO
Director: Jesús Cancelo Martínez
Teléfono: 986 224 848 - Fax: 986 435 977

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS CEDRO

R/ Pintor Colmeiro, 9
36211 VIGO
Director: Francisco Abel Otero Lamas
Teléfono: 986 482 750
Fax: 986 483 019

UNIDADE ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

R/ Gumersindo Nartallo, 9
36600 VILAGARCÍA DE AROUSA
Directora: Mar Lojo Caamaño
Teléfono: 986 507 970
Fax: 986 505796

OUTROS RECURSOS

A CORUÑA

PROXECTO HOME

Campillo de San Francisco
Edificio San Martiño Pinario
15705 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Director: Ramón Gómez Crespo
Teléfono: 981 572 524/573 020
Fax: 981 573 606

LUGO

PROXECTO HOME

R/ Monte Faro, 2
27003 LUGO
Director: Manuel Regal Ledo
Teléfono: 982 202 693
Fax: 982 202 633

OURENSE

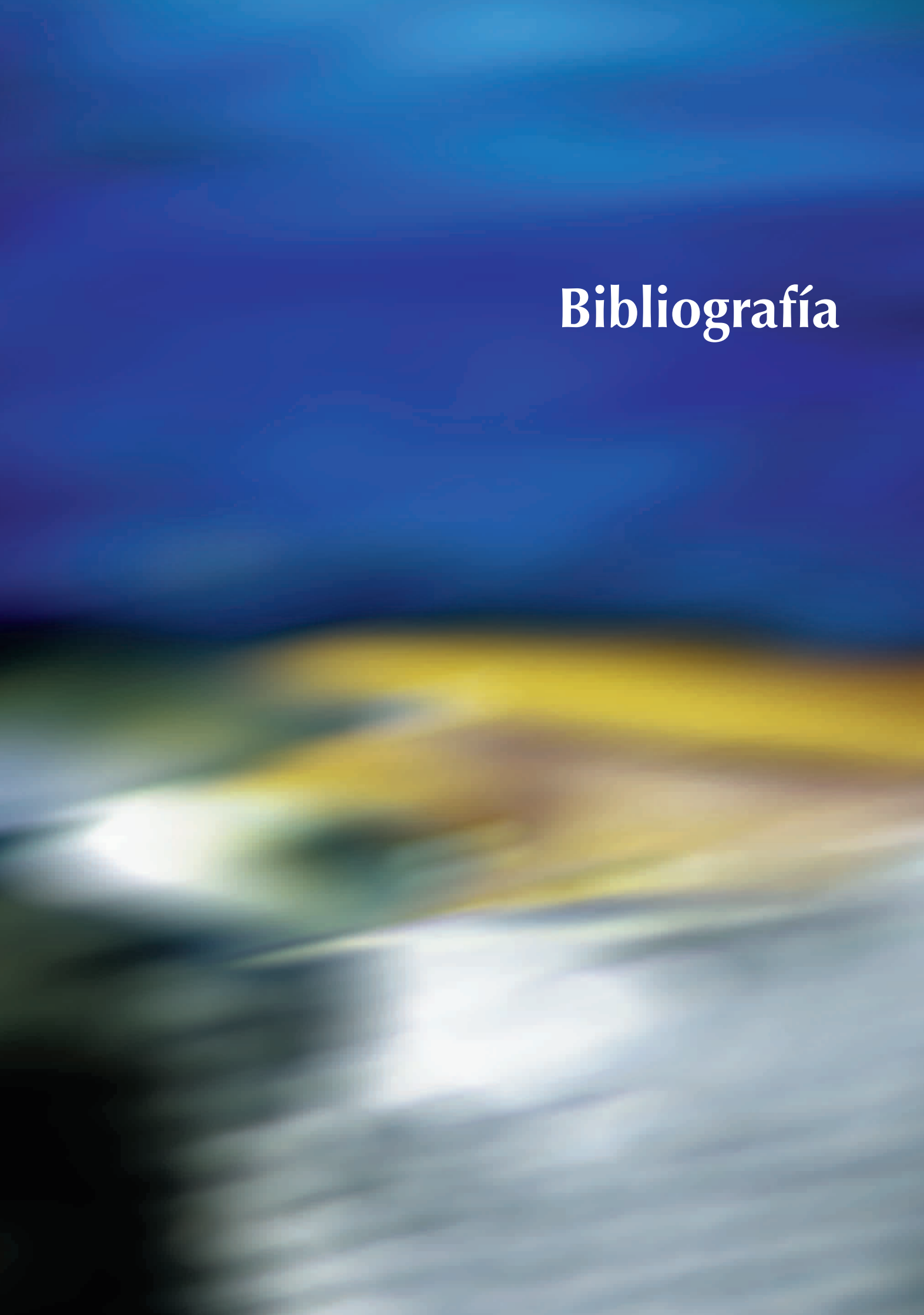
PROXECTO HOME

Pazo de Guizamonde, s/n
OURENSE
Directora: Ofelia Deben Rodríguez
Teléfono: 988 371 192
Fax: 988 372 560

PONTEVEDRA

PROXECTO HOME

Avda. Ramón Nieto, 245
36205 VIGO
Directora: Mª Rosa Carballo Dieguez
Teléfono: 986 374 646
Fax: 986 374 488



Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, D., FREIJO, E. e FREIJO, A.:** *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar.* Madrid, Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas. Ministerio do Interior, 1996.
- BECOÑA, E.:** *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas. Ministerio do Interior, 1999.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS-CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN E ORDENACIÓN UNIVERSITARIA** (varios autores): *A experiencia de educar para a saúde na escola: materiais didácticos de prevención do consumo de drogas.* Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 1994.
- DELEGACIÓN DO GOBERNO PARA O PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS:** *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación.* Madrid, Ministerio do Interior, 1997.
- DELEGACIÓN DO GOBERNO PARA O PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS:** *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008.* Madrid, Ministerio do Interior, 2000.
- DELEGACIÓN DO GOBERNO PARA O PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS:** *Guía para la prevención de las drogodependencias: cuaderno del profesor.* Madrid, Ministerio do Interior, Caja Madrid Obra Social, 2000.
- DELEGACIÓN DO GOBERNO PARA O PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS:** *Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas.* Madrid, Ministerio do Interior, 2001.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE:** *O consumo de drogas en Galicia VI.* Santiago de Compostela, Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre drogas. Xunta de Galicia, 2000.
- OBSERVATORIO EUROPEO DA DROGA E AS TOXICOMANÍAS:** *Informe anual sobre o problema da drogodependencia na Union Europea.* Lisboa, 2000.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE:** *Plan de Galicia sobre drogas 2001-2004.* Oficina do Comisionado do Plan de Galicia sobre drogas. Xunta de Galicia, 2000.
- OFICINA DO COMISIONADO DO PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS:** *Plan de Galicia sobre drogas 2001-2004.* Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 2003.



DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN
NACIONAL SOBRE
DROGAS



CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN E
ORDENACIÓN UNIVERSITARIA

Dirección Xeral de Ordenación Educativa e
Formación Profesional

