





## INTRODUCCION:

La Fundación Help Galicia, contemplará entre sus objetivos principales la investigación de la enfermedad de adicción, desarrollo de estudios y tratamientos específicos, la elaboración y ejecución de planes de prevención de drogas así como la promoción de la salud en general de personas en riesgo de exclusión o vulnerabilidad. Mediante la investigación se centrará en el estudio de la enfermedad y desarrollará tratamientos eficaces, así como promoverá actuaciones que mejoren los hábitos saludables de las personas que integran la comunidad, el fomento de conductas y actitudes responsables con relación al consumo de drogas y adicciones. En esta línea de trabajo y siempre en coordinación con todas las entidades y organizaciones existentes en el ámbito local, provincial o regional, mediante la intervención comunitaria, la cual se define como un conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad, a través de la participación activa de ésta en la transformación de su propia realidad. Se pretende la preparación de la sociedad en referencia al consumo de drogas, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente, dando a dicha sociedad capacidad de decisión y de acción, favoreciendo su fortalecimiento como espacio preventivo. Las acciones preventivas serán más eficaces cuanto más se logre involucrar a todos los actores que forman parte del escenario social. La prevención del consumo de drogas supone poner en marcha intervenciones orientadas a minimizar la influencia de los factores de riesgo y a potenciar la influencia de los factores de protección, permitiendo la realización de una gran variedad de acciones que pueden desarrollarse en uno o varios niveles de intervención (primaria, secundaria o terciaria) y en uno o en los dos ejes en torno a los cuales gira la acción preventiva (específica o inespecífica).

La fundación Help pretenderá ser un mediador social en prevención comunitaria, ya que esta es de vital importancia, gracias a esta función se recoge e interviene en los problemas de drogas existentes en la comunidad, consiguiendo dinamizarla y sensibilizarla, de modo que sea posible la transformación de valores y actitudes positivas hacia la salud en general y a la prevención de drogodependencias en particular. También es el puente de conexión con las instituciones y sus miembros, convirtiéndose en el agente preventivo junto con diferentes actores sociales, que serán en su conjunto los que promuevan la información y formación de los mediadores sociales con el objetivo de que éstos, desde su capacidad para dinamizar, multipliquen las oportunidades de promover hábitos saludables.

## DESCRIPCION Y FINALIDAD:

El consumo de drogas y los efectos adversos que este provoca en la personalidad ha sido, uno de los campos de estudios con mayor interés de investigación en todo el mundo. Europa tiene un problema de drogas cada vez más complejo, en el que desempeñan un importante papel los estimulantes, las nuevas sustancias psicotrópicas, el consumo abusivo de medicamentos y el consumo problemático de cannabis. Galicia en sintonía con otras regiones de España, tiene un alto índice de prevalencia en el consumo de estas sustancias.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“Cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central”*, es una DROGA.

Los decomisos de cannabis, cocaína y drogas de síntesis, datos que permiten extrapolar el consumo que se hace de ellos, sitúan a España a la cabeza del ranking europeo, junto con Reino Unido, Francia y Países Bajos.

Desde estas primeras páginas es conveniente definir algunos conceptos que nos van a seguir a lo largo de este proyecto, como “drogodependencia” y “prevención”.

Por drogodependencia entendemos, tal como la definió la OMS el «*estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad*». Más actualmente en lugar de “drogodependencia”, técnicamente, solemos hablar de “dependencia de drogas” o de “dependencia de sustancias”, aunque es lo mismo a nivel semántico ya que “drogo-dependencias” es equivalente a “dependencia de drogas”.

La enfermedad de la adicción es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera física, mental y social, por lo cual el paciente debe ser atendido de manera multidisciplinaria. Actualmente esta enfermedad está atacando principalmente a los jóvenes, y según las estadísticas el consumo de drogas legales e ilegales a nivel nacional se ha incrementado en los últimos años.

Referido a la prevención, una definición útil es la de Martín (1995), quien definió la prevención de las drogodependencias del siguiente modo: *«es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas»*.

La prevención es aquel conjunto organizado de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas a fin de reducirlos. Casi todas las estrategias diseñadas por países europeos que buscan reducir la demanda de drogas contemplan elementos de prevención tanto universal, como preventiva, indicada y determinada (Spott, 2012). La prevención universal es la prevención más general. Tiene como objetivo potenciar los factores de protección fomentando las actitudes y hábitos saludables. Se dirige a toda la población y se desarrolla principalmente en el marco escolar, de las familias y el ocio.

La prevención selectiva es aquella dirigida a grupos de riesgo y subgrupos de la población general que están sometidos a factores de riesgo asociados al consumo de drogas. Por ejemplo padres consumidores, familias disfuncionales, etc. Este tipo de prevención está indicada para aquellas personas que ya han iniciado el consumo y presentan signos iniciales de problemas graves asociados al consumo de sustancias y problemas de conducta, así como a los grupos de consumidores con diagnósticos de drogodependencia y otros trastornos de salud relacionados.

Cuando hablamos de prevención de drogas hay que hablar de prevención y de programa preventivo. Un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir o retrasar la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo, que en el caso de las drogas, es impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas (Becoña, 1995). La mayoría de los programas preventivos del abuso de drogas se orientan a la prevención de drogas legales (tabaco y alcohol), en algún caso a prevenir el consumo de marihuana, y prácticamente ninguno a drogas ilegales (Hansen, 1992). Lo que se pretende es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o a retrasar la edad de inicio de la prueba y posterior consumo regular, abuso y dependencia. Subyacente a todo ello está la idea de que si prevenimos, impidiendo el consumo o retrasando el inicio del mismo, de las drogas por así decir de iniciación, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.

De ahí la posible necesidad de adoptar respuestas de prevención y reducción de los daños (riesgos asociados) dirigida a la población de consumidores, para ello es necesario llevar a cabo estrategias de información y formación en los diferentes ámbitos de la prevención: educativo, comunitario y laboral, que faciliten la toma de decisiones y conductas responsables respecto a los diferentes consumos.

Partiendo de esta idea, la comunidad como entorno social de las personas, es otro de los ámbitos prioritarios de la prevención. Por esta razón, la participación de las corporaciones locales es imprescindible, sean estas asociaciones específicas de drogodependencias, juveniles, de familia y agentes sociales y laborales.





## FUNDAMENTACIÓN:

La prevalencia del consumo de drogas es hoy alta, especialmente en los más jóvenes. La población general suele centrarse en las drogas ilegales cuando se habla de drogas, pero también existen las legales que son las responsables de la mayor mortalidad en la población y también de la mayor morbilidad y otros problemas. (Becoña 2012). En España disponemos de encuestas representativas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas, cada dos años, una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. La última disponible es la de 2009-2016.

La última estadísticas del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, dependiente del Ministerio de Sanidad, (2015) recoge que el alcohol y tabaco siguen siendo los productos psicoactivos con mayor aceptación. En concreto, según los últimos datos publicados, el 78% de los españoles mayores de 15 años consume alcohol, un 40% fuma tabaco y un 9%, cannabis. Asturias encabeza la afición por la bebida, con un 87% de su población. Una cifra muy cercana a la del País Vasco y Aragón, donde un 85% y un 84% de la población consume alcohol regularmente. En el otro lado de la balanza, en la parte baja de la lista aparecen Ceuta (45,7%), Melilla (46%) y Castilla-La Mancha (67%).

La comunidad autónoma con mayor prevalencia de fumadores es la rioja con un (48%), Murcia (45%) y Valencia (43%). En el extremo opuesto vuelven a aparecer Ceuta (27%) y Melilla (34%), esta vez en compañía de Galicia (37%).

En el mercado y consumo de clandestinos, el cannabis es la droga con una mayor prevalencia. Baleares, Cataluña y La Rioja encabezan la ingesta de cannabis con un 13, 12 y un 11% de población consumidora, respectivamente.

Aun así, los mayores decomisos de hachís se registraron en Andalucía con 262.000 kg incautados, Murcia con 12.600 y Ceuta con más de 11.000.

Las comunidades menos afines al consumo de cannabis son Ceuta, Asturias y Melilla con cifras que oscilan entre el 3 y el 6% de personas aficionadas a esta droga. La cocaína impera en el mundo de la química ilegal. Un 2,2% de los españoles está familiarizado con ella, especialmente en la Comunidad Valenciana (8.521 Kg decomisados), las Islas Canarias (3.909 Kg) y Galicia (3.906 Kg). Un podio que se mantiene cuando los quilos interceptados se contabilizan en relación a la población de cada comunidad, como indica la infografía siguiente.

El éxtasis es una droga que toma un 0,7% de los españoles, y en Baleares, Madrid y Cantabria es donde el consumo por cada 100.000 habitantes es mayor. Anfetaminas, heroína y LSD también figuran en las estadísticas, aunque su consumo es minoritario. Son sustancias que toma entre un 0,6% y un 0,1% de los españoles. Menos exclamación recibe otras drogas químicas, porque son legales, aunque también pueden generar adicción. Hace tiempo que los hipnosedantes (tranquilizantes, ansiolíticos y somníferos) son un recurso habitual para un 12,2% de la población, por encima del consumo de cannabis.

Por su parte, El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), en su Informe Europeo Sobre Drogas, 2016: Tendencias y Novedades, reafirma que el problema de las drogas en estos países es cada vez más complejo, Sigue siendo muy elevada la demanda y la oferta de nuevas sustancias psicoactivas, estimulantes, heroína y otros opioides. También destaca: los riesgos para la salud de los productos de alta potencia, la continua aparición de sustancias nuevas y los cambios en las pautas del consumo de drogas. Además expresa su preocupación por el aumento de las muertes por sobredosis en algunos países y por las amenazas que plantean los mercados de drogas por Internet.

En el caso de España queda demostrado este problema de consumo de drogas. Solo hay tres países en toda Europa donde la prevalencia de consumo de cocaína en jóvenes supera el 3%, son Reino Unido, Países Bajos y España, “donde la tendencia de la prevalencia ha aumentado desde 2008”. España sigue siendo el país donde más cocaína se incautó en toda Europa, con 22 toneladas. Lo mismo ocurre con el hachís, el 66% de todo el cannabis de Europa se incautó en España. Pero no solo es la puerta de entrada de la droga, también del consumo porque según este estudio, *“en España han aumentado las visitas a urgencias por intoxicaciones agudas por cannabis”*.

Frente a esta realidad, es preciso realizar un esfuerzo constante, para poder establecer políticas y ejecutar medidas preventivas y asistenciales.



## OBJETIVOS Y METAS

El siguiente proyecto fundacional pretende estudiar los diferentes trastornos adictivos, así como reducir el consumo de drogas en la población selectiva y determinada de Galicia. Para ello desarrollará todo tipo de actividades vinculadas al estudio, prevención, tratamiento, desintoxicación y reinserción puesta en marcha por la fundación, con ayuda de entidades sociales, instituciones y otros agentes sociales.

El Objetivo fundamental será el de crear una fundación sin ánimos de lucro que investigue y desarrolle tratamientos, planes de prevención específicos en adicciones, así como promover a nivel general la salud en diferentes colectivos vulnerables, tanto en la Comunidad Autónoma de Galicia, como en el resto de España.

Las actividades se centrarán en trabajar en la prevención de las drogodependencias, integrando a los diferentes actores sociales, gobiernos regionales, locales y a la sociedad civil en un trabajo articulado y permanente de prevención del consumo de drogas, con especial interés en los ámbitos educativo, familiar y comunitario. Buscar estrategias para incrementar los niveles de conciencia de riesgo en la población. Asimismo, fortalecer los programas de atención nacional diseñados a personas consumidoras y dependientes de drogas legales e ilegales, facilitar los procesos de reinserción social de las personas afectadas por las drogodependencias y otras adicciones, apoyar a los familiares de las personas afectadas por las drogodependencias, presentar a las Administraciones todas aquellas propuestas de servicios, actuaciones y políticas que se consideren necesarias para atender la realidad de las drogodependencias, editar y difundir publicaciones necesarias para inducir a la reflexión la concienciación de la ciudadanía y el debate; fomentar la formación de los miembros de la Asociación, trabajar en red con otras entidades de diferentes niveles de

la comunidad de Galicia y organizar las diferentes acciones que sean necesarias para hacer posible la consecución de estos objetivos.

**VISIÓN:** Ser una Fundación de referencia para el estudio y la investigación de las adicciones, así como en prevención de drogodependencias que brinde un servicio de calidad a través de mejores programas y atención integral que contribuya a satisfacer de manera efectiva las diversas necesidades sociales en materia de drogas, en los aspectos biopsicosocial, que les permita mejorar la calidad de vida de estas personas y sus familias, promocionando la salud en general de personas en riesgo de exclusión o vulnerabilidad fomentando al mismo tiempo una cultura de solidaridad, respeto y cuidado a favor de los drogodependiente; coordinando adecuadamente nuestras acciones con otras instancias gubernamentales y actores sociales.

## Plan de prevención en drogodependencias.

Desde la fundación Help Galicia, queremos poner en marcha un plan de prevención dinámico, con el objetivo poder dar cobertura a todo el territorio autonómico.

### FUNDAMENTACIÓN

#### **I.- MARCO NORMATIVO**

El marco normativo para la intervención en drogodependencias viene delimitado por diferentes niveles jerárquicos de legislación:

- La Constitución Española reconoce en su art. 43 el derecho a la protección de la salud, estableciendo que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Señalar que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte y facilitarán, igualmente, la adecuada utilización del ocio.
- La Ley de Bases de Régimen Local en su art. 23 habla de las siguientes competencias relacionadas con el área de drogodependencias, para los ayuntamientos:
  - Seguridad en lugares públicos.
  - Protección de la salubridad pública.
  - Participación en la gestión de la atención primaria de salud.
  - Prestación de los servicios sociales de promoción y reinserción social.
  - Participación en la programación de la enseñanza y cooperación con la Administración Educativa.
  - Actividades e instalaciones culturales y deportivas, así como de ocupación del tiempo libre.
- En el ámbito territorial de Galicia Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas.

Establece, en el ámbito competencial de la Comunidad Autónoma de Galicia, los criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan en el campo de las drogodependencias y regular el conjunto de acciones dirigidas a la prevención del consumo de drogas y las drogodependencias, al tratamiento e integración social de los afectados por las mismas y a la formación e investigación en dicho campo.

- El Real Decreto 19/01/1.999 de 17 de diciembre, señala la obligatoriedad para el año 2.003 de que los municipios de más de 20.000 habitantes deberán tener aprobados Planes de Drogas que incluyan Programas de Prevención de las drogodependencias.

## II. EPIDEMIOLOGÍA

- Datos del Observatorio Español sobre drogas (Plan Nacional sobre Drogas):

- Las sustancias psicoativas más consumidas por la población son el alcohol y el tabaco. De tal modo que un 89,9% reconoce haber bebido alcohol en alguna ocasión y el 68,9 % haber probado el tabaco.
- Se confirma el lento descenso de la proporción de fumadores diarios en el conjunto de la población de 15-65 años.
- Entre los 15 y 18 años la proporción de fumadores diarios es diez puntos más elevada entre las (25,6%) que entre los hombres (15,3 %)
- Casi uno de cada cinco españoles de 15-65 años se ha emborrachado durante el último año.
- La proporción de consumidores diarios de alcohol aumenta a medida que lo hace la edad del entrevistado. En cambio, la proporción de consumidores ocasionales (una o dos veces por semana) es mayor en la población joven que en otros grupos de edad.
- Uno de cada cinco españoles ha probado derivados del cannabis.
- Parece confirmarse la expansión en la población más joven del consumo del cannabis.
- Un 2,6% de los españoles de 15-65 años puede considerarse que son consumidores habituales de cannabis.
- Parece haberse estabilizado respecto a años anteriores el consumo de sustancias psicoestimulantes (éxtasis, cocaína, anfetaminas, speed) y alucinógenas.
- Un 1% de la población de 15-65 años ha consumido éxtasis y un 0,9 % anfetaminas o speed, durante el último año.



- Un 1,5 % de españoles de 15-65 años ha consumido cocaína durante el último año. El consumo ocasional alcanzó el 3,1 % de la población y el habitual el 0,8 %.
- La proporción de consumidores de heroína parece haber descendido un 0,23 % en el último año.

### - Encuesta sobre drogas en España . Año 2.015 (población de 14-70 años).

#### . Alcohol

En 2015 el 77,6% de la población declaró un consumo de alcohol en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, y el 62,1% reconoció haber tomado alcohol en los últimos 30 días. En 2015, la extensión del consumo de alcohol en el último mes ha experimentado un leve descenso con respecto al año 2013 (64,4%), si bien a lo largo de toda la serie histórica este indicador se ha mantenido entre el 60% y el 65%

La población que mantiene un consumo diario de alcohol en España representa el 9,3%. La prevalencia de este patrón de consumo inició en el año 2001 una tendencia descendente, registrando en 2015 el valor más reducido de la serie histórica.

El consumo de alcohol se encuentra más extendido en el grupo masculino, tanto en los diversos tramos temporales contemplados como en todos los grupos de edad. El grupo de 15 a 24 años es el que presenta una menor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia del alcohol y el grupo de 55 a 64 años es el que muestra mayores diferencias entre ambos sexos.

Tanto en el colectivo masculino como en el femenino, más del 90% de la población ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida.

Por último, la prevalencia del consumo diario de alcohol resulta 3,5 veces superior en los hombres que entre las mujeres. Si el 14,5% de ellos registra este patrón de consumo, en las mujeres el porcentaje se reduce hasta el 4,1%. Se trata de un hábito que aumenta su prevalencia a medida que se incrementa la edad de la población (1 de cada 10 en el grupo de 35 a 44 años frente a 3 de cada 10 en el de 55 a 64).

## . Tabaco

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España, registrándose que el 72,5% ha fumado tabaco alguna vez en su vida. Esta prevalencia apenas ha cambiado con respecto al año 2013 y continúa por encima del 70% tal y como comenzó a observarse desde 2009. El primer consumo de tabaco se produce a los 16,4 años por término medio, sin que a lo largo de la serie se hayan contemplado cambios notables en este sentido.

Por su parte, 4 de cada 10 individuos reconocen haber fumado tabaco en el último año, proporción que se mantiene estable con respecto a las dos encuestas anteriores (2011-2013).

En relación al tramo temporal de los últimos 30 días, también encontramos cierta estabilización de la prevalencia con respecto al año 2013, obteniendo en 2015 que el 38,5% admite haber fumado en el último mes. La extensión del consumo en la última década se ha mantenido próxima al 40% (entre el 37,6% y el 39,4%).

En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, en España 3 de cada 10 individuos fuman cada día (30,8%), valor que se ha mantenido estable entre 2011 y 2015. La proporción de personas que fuma diariamente alcanzó los niveles más elevados en 2001 y 2003, cuando el indicador alcanzó respectivamente el 35,7% y 36,7%. Por término medio, el consumo diario comienza antes de cumplir los 19 años, sin haberse producido cambios desde 2011.

## . Cigarrillos electrónicos

El 6,8% de la población ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (el 7,3% de los hombres y el 6,3% de las mujeres). El grupo de edad que registra una mayor prevalencia es el de los jóvenes de 25 a 34 años (8,5%), si bien entre los hombres de esta edad alcanza el 9,7%.

La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos se encuentra notablemente más extendida entre las personas que han fumado tabaco. Así, el 9,1% de aquellos que han fumado tabaco alguna vez también han probado los cigarrillos electrónicos, mientras que sólo lo ha hecho el 0,5% de la población que nunca ha fumado.

El 15% de aquellos que consumieron tabaco en el último año o en el último mes han utilizado alguna vez cigarrillos electrónicos.

### . Hipnosedantes con o sin receta

Desde el año 2009, el consumo de hipnosedantes mostró una tendencia ascendente hasta 2013, año en el que se registró la mayor prevalencia de la serie cuando el 22,2% de la población declaraba que había tomado tranquilizantes o somníferos alguna vez en la vida. En 2015, la tendencia se ha frenado presentando una prevalencia del 18,7%. No obstante, comparando este resultado con el obtenido diez años atrás, se observa que la extensión del consumo en 2015 resulta 10 puntos porcentuales mayor.

Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que empiezan a consumirse a mayor edad. Por término medio, el primer consumo se produce a los 35,6 años.

El consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses experimentó el mayor crecimiento entre los años 2009 y 2011 cuando la prevalencia ascendió del 7,1% al 11,4%. En 2015, el 12% de la población confirma un consumo, lo que representa una estabilización del indicador con respecto a 2013 (12,2%).

Por su parte, las personas que han tomado hipnosedantes en los últimos 30 días representan el 8,1% de la población, observando que la mayoría de ellos realiza una ingesta diaria o casi diaria, de más de 20 días en un mes, lo que sitúa la prevalencia del consumo diario en el 6% de la población. Si se compara este valor con el primero de la serie en 2007, se percibe que la extensión de este patrón de consumo se ha duplicado en este tiempo.

Frente a las encuestas de 2011 y 2013, que mostraban un crecimiento de los indicadores en los últimos 30 días y en el consumo diario, en 2015 la tendencia se frena con un leve descenso de las prevalencias.

### . Resto de sustancias.

En relación a la encuesta de 1.997 baja el consumo experimental de todas las drogas ilegales, con la excepción del cannabis y los inhalables, que se mantienen en porcentajes similares y el éxtasis que sube de un 4,6 % a un 5,5 %.

Consumo último año	Año 1.996	Año 1.998
Heroína	0,4 %	0,6 %
Alucinógenos	1,2 %	2,1 %
Sustancias volátiles	2,7 %	3,5 %

Cannabis	22,1 %	22,6 %
Anfetaminas	3,5 %	3,7 %
Drogas síntesis	2,3 %	3,7 %
Tranquilizantes	3,6 %	2,7 %

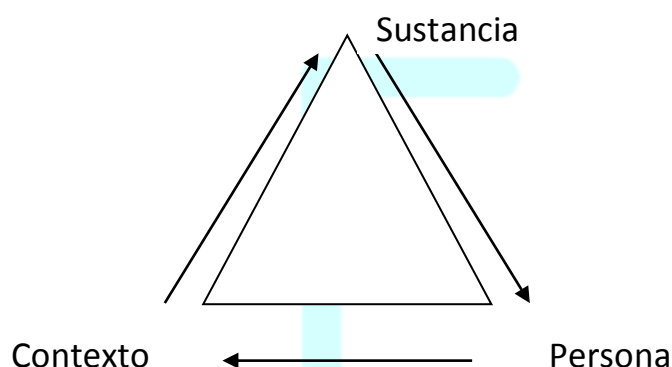
Población de estudiantes enseñanza secundaria (14-18 años) 1.996-1.998.

Evolución similar al resto de España.

- El consumo de múltiples drogas es un hecho frecuente entre los usuarios de drogas ilegales.

### III- MARCO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN

Hemos de plantearnos la interrelación de tres elementos interactuantes:



Partimos de un modelo integrador, desde el que destacamos que:

- Respecto a un mismo individuo el uso de drogas varía de un momento a otro.

- El uso de drogas varia entre los individuos y también entre los grupos, culturas y las generaciones. Hay variaciones en las cantidades de sustancia, en la propia sustancia, en las pautas de uso, expectativas, etc ...
- No hay una relación simple, causa-efecto. Como en todo comportamiento complejo influyen múltiples factores: familiares, grupo de iguales, escuela, comunidad, ...
- Todo comportamiento se produce siempre en un contexto social y cultural que frecuentemente es el que le da sentido.
- Las creencias, expectativas y las percepciones motivan un comportamiento.

#### **IV- ACTUACIONES PREVIAS, DESDE LA FUNDACION HELP GALICIA, A LA ELABORACIÓN DE ESTE PLAN**

En la actualidad La fundación Help Galicia ha puesto en marcha una acción de prevención consistente en proporcionar a todo ciudadano que lo solicite una guía específica en adicciones, un reactivo analítico de sustancias psicoactivas en orina así como material didáctico, con un alcance estimado en los siguientes 6 meses de 10.000 personas.

La fundación Help Galicia tiene la intención de formar varios equipos de trabajo, para llevar la prevención allí donde se le solicite. La intención sería poder optar a las diferentes convocatorias de planes de prevención de diferentes administraciones y/o entidades privadas

#### **OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN**

- 1.- Favorecer los mecanismos para la coordinación entre las diferentes administraciones y/o entidades privadas en las intervenciones sobre drogodependencias.

2.- Favorecer la implicación de otras áreas de la administración en la prevención de drogodependencias.

3.- Reducción de la oferta.

4.- Sensibilización social que contribuya a objetivar el problema de las drogodependencias.

El Plan de la fundación Help Galicia sobre drogodependencias se llevará a cabo incidiendo en áreas de actuación y a través de programas y/o proyectos anuales, a través de los cuales se conseguirían los siguientes objetivos:

## ÁREAS DE ACTUACIÓN

- I. ÁREA DE PREVENCIÓN.
- II. ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.
- III. ÁREA DE COORDINACIÓN.

### I. ÁREA DE PREVENCIÓN

- Criterios básicos de actuación

1. La prevención de las drogodependencias debe encuadrarse en un marco más amplio y global de promoción y educación para la salud.
2. El ámbito prioritario de la prevención de las drogodependencias será el comunitario.

3. Los programas preventivos combinarán su carácter educativo, orientado a la modificación de actitudes y hábitos, con la promoción de comportamientos incompatibles en el consumo de drogas. Dichos programas deberán, ser sistemáticos en sus actuaciones, permanentes en el tiempo y susceptibles de ser evaluados.
4. Los programas preventivos se dirigirán preferentemente a sectores concretos de la población.

### OBJETIVOS

- ❑ Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas (priorizando las drogas legales).
- ❑ Reforzar comportamientos que contribuyan a establecer hábitos saludables.
- ❑ Favorecer la formación integral de la persona, educando en una nueva cultura del ocio.
- ❑ Contribuir a la modificación de estereotipos sociales en materia de drogodependencias.

### REDUCCIÓN DE LA OFERTA

Las medidas dirigidas al control de la oferta de drogas han de ir paralelas a campañas de sensibilización e información que preparen a los ciudadanos para la aceptación e implicación de tales medidas.

Para la reducción de la oferta se han desarrollado las ordenanzas pertinentes:

- Ordenanza Municipal de Prevención de Alcohol y Tabaco. (B.O.P. 21 de octubre de 1.996)
- Ordenanza Municipal Reguladora de la Concentración de Actividades Recreativas.(B.O.P. 30 de marzo de 1.996)

### REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

- Ámbito escolar:

. Habrá una colaboración interinstitucional, que en materia de prevención en la comunidad escolar, se viene desarrollando desde 1.992.

. Se apoyarán proyectos y/o iniciativas cuya finalidad sean la prevención de las drogodependencias en los Centros Educativos y se adecuen a los criterios del presente Plan.

- **Ámbito comunitario:**

. Se potenciará la labor de los mediadores sociales como agentes naturales para la prevención en el entorno donde desarrollan su papel. No sólo se deberá potenciar su participación sino que se les facilitará la formación específica para su función.

. Para la realización de acciones preventivas se tendrá en cuenta la participación de asociaciones y/o colectivos a través de la Información y la sensibilización.

. Se ofertarán cursos formativos dirigidos a madres/padres como acciones previas a la creación de Escuelas de Familia.

. Fomento de actividades dirigidas a los menores, enmarcadas dentro de Educación para la salud, cuyo objetivo sea lanzar alternativas saludables de conducta.

## **II. ÁREA DE INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Las acciones para la integración social de drogodependientes no serán ni segregantes ni estigmatizantes. Por ello las actividades se realizarán básicamente a través de servicios generales con un carácter normalizador.



La Fundación Help Galicia, llevará a cabo las competencias que en materia de asistencia a drogodependientes le permite la normativa legal vigente:

- Detección precoz.
- Apoyo y asesoramiento individual (al afectado y/o familiar).
- Motivación y orientación para la puesta en tratamiento.
- Derivación y coordinación con los recursos del Sistema Asistencial).
- Deberán desarrollarse las acciones sensibilizadoras orientadas a propiciar la incorporación al mercado laboral de drogodependientes. Estas acciones se complementarán con el Programa Municipal de Inserción Sociolaboral de carácter normalizado, a fin de crear itinerarios individualizados de inserción laboral.

### **III. ÁREA DE COORDINACIÓN**

El plan de prevención los coordinará un experto en adicciones el cual coordinará los diferentes grupos de trabajo así como los recursos del Plan

### **TEMPORALIZACIÓN**

El Plan tendrá una duración de cuatro años desde su aprobación.

### **RECURSOS**

#### **HUMANOS:**

El Plan contará con varios equipos de trabajo, siendo estos de carácter multidisciplinar.

Psiquiatra, Psicólogo, Educador, Psicopedagogo, voluntarios ...etc.

#### FINANCIEROS:

El Plan se financiará en base de varias fuentes:

- Aportación de Entidades Locales, en las cuales la Fundación Help Galicia preste sus servicios.
- Xunta de Galicia a través de la Conxellería de Sanidade.
- Aportaciones de Empresas.

#### EVALUACIÓN

La evaluación estará presente durante todo el proceso en sus diferentes niveles: plan – programa – proyecto.

Evaluación del proceso: Evaluación tanto cuantitativas como cualitativas de cada acción concreta que servirá de base para la evaluación de los programas.

Se realizará un informe anual del Plan en base a las evaluaciones parciales de los proyectos - programas realizados.



## **LINEAS DE INVESTIGACION**

La fundación Help Galicia, tiene la intención de llevar a cabo diferentes líneas de investigación, a continuación resumimos los proyectos de investigación que estamos desarrollando.

### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

#### **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. UN ESTUDIO NEUROQUÍMICO Y COMPORTAMENTAL EN MODELO ANIMAL.**

FUNDACIÓN HELP GALICIA

#### **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) – anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y cuadros afines o no especificados (TCANE)- han alcanzado una especial relevancia en las tres últimas décadas, tanto por su creciente incidencia como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento; constituyendo hoy a su aparición como una categoría consolidada dentro de las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales.

Estos trastornos se presentan en edades cada vez más tempranas, descendiendo en 12 meses la edad de aparición en la última década y ,al mismo tiempo, manteniéndose hasta edades más avanzadas.

Estudios realizados en los últimos años han determinado la importancia del papel que juegan los factores genéticos y ambientales en el desarrollo de dichos trastornos. Sin embargo, la revisión de los trabajos epidemiológicos de TCA realizados en España hasta la fecha, ha puesto de manifiesto una serie de limitaciones metodológicas. Por tanto, el avance en la investigación y actuación ante los TCA requiere desde nuestro punto de vista, no sólo un gran trabajo de investigación multidisciplinar en colaboración con distintas especialidades, sino también un exhaustivo análisis de los métodos diagnósticos empleados en la actualidad, y la revisión de los tratamientos actualmente disponibles.

## NEUROBIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Tanto la nosología como la etiopatogenia de los TCA han constituido un gran desafío en los últimos años, habiendo variado considerablemente a lo largo de los mismos.

Es fundamental por ello que tanto la investigación clínica como la básica colaboren íntimamente para poder determinar una metodología que permita la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de estas patologías.

En este sentido, los modelos animales han arrojado una luz cuanto menos interesante al campo de los TCA. Numerosos estudios proponen la aplicación de la neurobiología de las adicciones para la investigación de las alteraciones de la conducta alimentaria. Ante la escasez de modelos etiopatogénicos desarrollados, el modelo adictivo podría ser útil para la subtipificación de algunos casos.

SI bien es cierto que, a diferencia de en otras áreas de la medicina, el desarrollo de modelos animales de patologías mentales es escaso, consideramos por lo anteriormente mencionado, que es de gran interés e importancia su estudio.

## OBJETIVOS

El objetivo general de nuestra investigación será el estudio de la etiopatogenia de los TCA a través del empleo de modelos animales.

Asimismo, como objetivos específicos tendremos:

- Valorar las alteraciones derivadas de los diferentes subtipos de modelo de TCA, mediante el empleo de distintos estudios comportamentales.
- Valorar las alteraciones neuroquímicas producidas como consecuencia de la alteración en la conducta alimentaria en modelos animales

También consideramos de gran interés para futuras investigaciones el estudio de la relación entre el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos adictivos.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

En todos los experimentos se emplearán ratas hembras adultas de la raza Sprague-Dawley, con un peso comprendido entre los 200 y 300 gr para cuya alimentación se utilizará pienso comercial y agua. Los animales se criarán y mantendrán en un

estabulario bajo condiciones de temperatura constante constante ( $22 \pm 2^{\circ}\text{C}$ ) y períodos de luz- oscuridad controlados (14 y 10 horas respectivamente). Todos los experimentos serán realizados siguiendo la Directiva Europea 210/63/EU para la protección de animales de laboratorio y el Real Decreto 53/2013 de la legislación del Estado Español para la utilización de animales de experimentación.

#### Estudios neuroquímicos

Los estudios neuroquímicos se realizarán tanto in vivo como in vitro, con la finalidad de determinar distintos parámetros, como por ejemplo, la alteración de niveles de neurotransmisores en distintas áreas del cerebro de rata mediante microdiálisis cerebral, la presencia de marcadores de estrés oxidativo etc

#### Estudios comportamentales

Estos estudios se realizarán mediante diferentes test comportamentales descritos en la bibliografía actual.

### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

#### **UTILIDAD DE LA TERAPIA CON NEUROFEEDBACK GUIADO POR ELECTROENCEFALOGRAMA CUANTITATIVO (QEEG) EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS DE ABUSO**

Investigadores:

Wilfredo Guanipa Sierra, Médico Endocrinólogo

Ania Justo Alonso. Médico Psiquiatra

Hanna Tak Kim. DUE

José Manuel Torres García. Terapeuta Trastornos Adictivos

### **SÍNTESIS DEL PROYECTO**

El tratamiento clásico de elección para los trastornos adictivos ha sido la psicoterapia y/o psicofarmacoterapia. Nuestro estudio consiste en determinar si los sujetos adictos a drogas de abuso se beneficiarán del tratamiento con neurofeedback guiado por electroencefalograma (qEEG) cuantitativo.

El Neurofeedback (NF, dentro del grupo de las neuroterapias), es un proceso gradual de aprendizaje que aprovecha la capacidad del cerebro de autorregularse y buscar equilibrio, permitiendo que aumente el rendimiento de sus funciones. La mayoría de las funciones del cuerpo y la mente no pueden percibirse directamente y tampoco se puede tener una influencia directa sobre ellas, ya que están controlados por procesos automáticos y se conserva su aprendizaje en la memoria implícita. Es en estos procesos donde tanto el neurofeedback (o aprendizaje de regulación cerebral mediante registro de ondas cerebrales) y el biofeedback (o aprendizaje de regulación de funciones corporales mediante la medición de diferentes parámetros biofísicos como temperatura, conductancia, etc), cobran especial importancia.

En un QEEG, la actividad cerebral se digitaliza y se transforma en datos numéricos, que se pueden computar y comparar con detalle. Los datos numéricos permiten luego construir mapas tridimensionales del paciente y también hacer comparaciones con bases de datos y así ver la diferencia entre el paciente y la población general.

#### ESTADO ACTUAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES CON TÉCNICAS DE NEUROFEEDBACK

Alcohol: incrementa la conciencia de enfermedad (insight) y las actitudes positivas con elecciones más objetivas, sanas y constructivas; además de que disminuye la sintomatología

depresiva y de las recaídas, con mejoría significativa en los resultados de test de personalidad. Opiodes: Los estudios muestran que mejora todas las dimensiones psicopatológicas y de craving de los adictos

Tetrahydrocannabinoides: Los picos de craving inducidos por imágenes de cocaína, pueden ser mapeados topográficamente y subsecuentemente analizada su relevancia funcional. Adictos con patología dual: Se han descrito ventajas de su utilización, así como los efectos duraderos de este tipo de terapia en adictos con trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, adicciones comórbidas y trastorno por déficit de atención / hiperactividad. Trastornos del sueño y adicciones: Mejora el insomnio.

Se ha visto que los protocolos de Neurofeedback han sido empleados en pacientes adictos; sin embargo, siguen siendo necesarios más estudios para corroborar su utilidad. En España no hay estudios en este tipo de sujetos.

#### HIPOTESIS Y OBJETIVOS:

Hipotetizamos que:

Aun estando en período de abstinencia de drogas de abuso y recibiendo terapia farmacológica y conductual, muchos pacientes ingresados en centros especializados en trastornos adictivos, presentan deterioro cognitivo, alteraciones de la personalidad, alteraciones en las funciones ejecutivas y trastornos del sueño, cuyas dimensiones objetivas registradas mediante adecuados instrumentos de evaluación pueden mejorar al ser entrenados estos pacientes en sesiones de neurofeedback aplicando protocolos específicos, siendo este tratamiento más adecuado en esta población por la baja aparición de efectos secundarios y además por la disminución de las interacciones farmacológicas. Estos dos beneficios son muy importantes en una población que suele padecer diversas enfermedades comórbidas a su adicción, tanto desde el punto de vista dual como orgánico.

#### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la utilidad de los protocolos de Neurofeedback guiados por QEEG, en pacientes adictos a drogas de abuso

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Determinar la presencia de trastornos de la personalidad y de deterioro cognitivo, así como también de alteraciones en las funciones ejecutivas y en la calidad del sueño de pacientes adictos a drogas de abuso, cuantificando el grado en que los presentan
- 2) Realizar una intervención con protocolos de Neurofeedback, en pacientes adictos a drogas de abuso
- 3) Valorar el cambio en el grado y presencia de trastornos de la personalidad y de deterioro cognitivo, así como también de alteraciones en las funciones ejecutivas y en la calidad del sueño de pacientes adictos a drogas de abuso, sometidos previamente a protocolos de Neurofeedback

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio experimental, de intervención, abierto, que será realizado en el Centro Especializado en Trastornos Adictivos HELP, sito en Cangas del Morrazo, provincia de Pontevedra. La muestra corresponderá a 30 pacientes, ingresados en el centro, todos al menos con un período de 2 meses de abstinencia de drogas de abuso, cuya participación se realizará previa firma del consentimiento informado según la declaración de Helsinki y las normas bioéticas acerca de la investigación en seres humanos. Estos pacientes serán evaluados en relación con un grupo control que pueda ser comparable. Todos los pacientes, según se detalla más adelante, realizarán pruebas psicométricas de personalidad, deterioro cognitivo, funciones ejecutivas y polisomnografía nocturna antes y después de recibir 20 sesiones de un protocolo específico de Neurofeedback. Todos los participantes deberán estar recibiendo terapia conductual, y algunos de ellos, terapia específica con psicofármacos según lo pautado por el especialista correspondiente, lo cual deberá registrarse para hacer una correcta interpretación de los resultados.



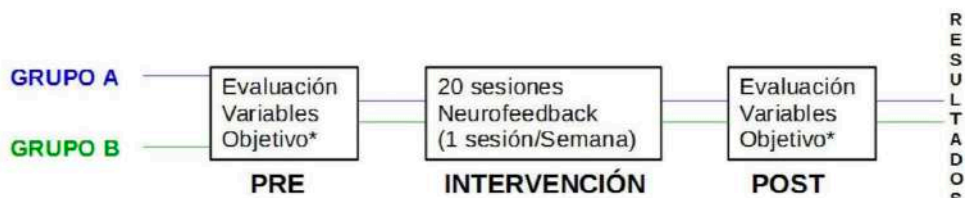
PARTICIPANTES: 30



Clínica HELP

**GRUPO A: Sólo terapia conductual**

**GRUPO B: Terap conduct + Psicofárm**



\* Trastornos de personalidad, Deterioro Cognitivo, Funciones Ejecutivas, Trastornos del Sueño

Persona de contacto:

José Manuel Torres García

Telf. 676 51 30 53

[jmtorres@helpadicciones.com](mailto:jmtorres@helpadicciones.com)

Página web Fundación Help Galicia:

[www.helpadicciones.com/fundacion](http://www.helpadicciones.com/fundacion)



