

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Villarrobledo
2022-2026



Autoría y edición:

**Ayuntamiento de Villarrobledo
(Albacete)**

**Plan Municipal sobre Drogas y
Conductas Adictivas.**

Postigos Altos, 20
02600 VILLARROBLEDO
Tfno.: 967 143014
pmda@villarrobledo.com



Índice.

¿Por qué necesitamos un plan municipal?	05
1.- Justificación	06
1.1.- Introducción	06
1.2.- Evolución del Plan Municipal en Villarrobledo	08
Modelos, marcos y principios de referencia	11
2.- Marco conceptual	12
2.1.- Marco teórico	13
2.2.- Marco normativo	20
3.- Principios orientadores del Plan	23
Panorama de un fenómeno cambiante	25
4.- Análisis del contexto	26
4.1.- Población	26
4.2.- Empleo	29
4.3.- Educación	30
4.4.- Red asociativa y recursos	33
4.5.- Análisis de situaciones de riesgo y exclusión social	34
5.- Análisis de la situación	40
5.1.- Evolución actual y consumo de sustancias	40
5.2.- Evolución por tipo de sustancia	46
5.3.- Adicciones comportamentales	57
Objetivos del Plan	65
6.- Objetivos Generales	66

La Estrategia 2022-2026 “59 actuaciones en plan”	67
7.- Líneas estratégicas, áreas y ámbitos de actuación	68
7.1.- Área estructural de intervención 1: Prevención Universal	
Línea estratégica 1. Reducción de la demanda	69
7.2.- Área estructural de intervención 2-3: Prevención Selectiva e Indicada	
Línea estratégica 1. Reducción de la demanda	86
7.3.- Área estructural de intervención 4: Prevención Ambiental	
Línea estratégica 2. Reducción de la oferta	97
7.4.- Área estructural de intervención 5: Compl. del abordaje terapéutico	
Línea estratégica 1. Reducción de la demanda	101
7.5.- Área transversal de intervención 1: Coordinación	104
7.6.- Área transversal de intervención 2: Formación	106
Estructura organizativa del Plan	109
8.- Estructura organizativa del Plan Municipal	110
8.1.- Coordinación	110
8.2.- Estructura Orgánica	111
Evaluación del Plan	115
9.- Evaluación	116
Anexo I “59 actuaciones” -Resumen-	119
Documentación y bibliografía (fuentes inspiradoras) en el Plan	143



**Por qué
necesitamos
un plan**

1. Justificación.

1.1.- Introducción.

Las conductas adictivas representan una cuestión de carácter social que genera una gran preocupación por las consecuencias negativas que ocasionan, ya que afectan no sólo a la persona que las padece, sino a todo su entorno familiar, escolar, social, laboral, etc. La solución a este problema no radica en un solo elemento, sino en un conjunto de acciones interrelacionadas desde diferentes ámbitos. Se hace, pues, necesaria una planificación de la intervención preventiva que comprenda los diversos aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc. y diseñar planes integrales que contemplen una coordinación adecuada de los servicios.

El marco Municipal se presenta como un escenario idóneo de intervención en este campo, y ello por las siguientes características:

- Constituye el referente más cercano a la ciudadanía. Esta mayor proximidad facilita la detección temprana de los problemas y permite una más rápida localización de las respuestas.
- Los Municipios cuentan con competencias en referencia a la formulación de propuestas para la prevención y la inserción social.
- La gran dimensión social del fenómeno, por una parte, y la necesidad de lograr la inserción de la persona drogodependiente como parte necesaria de su proceso de cambio, por otra, señalan la necesidad de un marco que permita el trabajo comunitario y la participación de la comunidad. Esta capacidad de integración y de normalización puede ser claramente facilitada desde los municipios.
- Los Ayuntamientos, como nivel de la Administración más próximo a la ciudadanía, pueden ofrecer los cauces de coordinación que permitan dar respuestas idóneas a las demandas y necesidades de la misma en este campo.

A su vez, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha aprobó la Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en Castilla-La Mancha, cuyo objeto, entre otros, es la regulación general de las funciones y competencias de la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en materia de drogodependencias (artículo 1, apartado b.)

En ella, se establecen las competencias de los municipios en este ámbito que, además del cumplimiento de las diferentes medidas de control y sancionadoras establecidas en la Ley y no atribuible a la Administración Regional y la colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud, señala que los Ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes de Castilla-La Mancha tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas (artículo 53, punto 2):

- La aprobación y ejecución de planes locales de drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional de Drogas.

- La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen en el ámbito exclusivo de su municipio.
- El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.
- La formación en materia de drogas del personal propio.
- La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Por otra parte, el marco normativo que regula la intervención municipal en materia de drogodependencias, viene delimitado por una serie de preceptos legales que, empezando en la Constitución Española (artículo 43), tienen su continuidad en la Ley de Bases de Régimen Local y en las respectivas Leyes Autonómicas.

La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, introduce determinadas reformas en relación al ámbito de competencias de las entidades locales que han consistido, fundamentalmente, en suprimir algunas materias del artículo 25 de la Ley de Bases del Régimen Local, entre las que se encuentran la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social, así como la participación en la gestión de la atención primaria de la salud. En la modificación del citado artículo establece, entre otras, las siguientes competencias para la Administración Local:

- Protección de la salubridad pública.
- Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.
- Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.

Al mismo tiempo, la reforma que introduce la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, si bien suprime algunas materias del artículo 25 de la LBRL, reduciendo el mínimo competencial de los municipios, sin embargo no prohíbe a las Comunidades Autónomas atribuir otras competencias a las Entidades Locales distintas de las previstas en los artículos 25.2 y 36.1 de la LBRL, de tal forma que, y para aquellas competencias atribuidas a las Entidades Locales por la legislación autonómica antes de la entrada en vigor de esta ley, el ejercicio de las mismas ha de llevarse a cabo en los términos previstos en el artículo 7.2 de la LBRL sin necesidad de requerimiento adicional.

La disposición adicional tercera de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, sobre las competencias autonómicas en materia de régimen local, establece que "Las disposiciones de esta Ley son de aplicación a todas las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de sus competencias exclusivas en materia de régimen local asumidas en sus Estatutos de Autonomía, en el marco de la normativa básica estatal y con estricta sujeción a los principios de estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera y racionalización de las estructuras administrativas".

Así pues, la ley estatal establece el régimen jurídico para el ejercicio de determinadas competencias, entre ellas en materia de salud y bienestar social, y supedita su asunción por parte de las Comunidades Autónomas a un nuevo sistema de financiación autonómico y local. Surge así la Ley 8/2015, de 2 de diciembre, de medidas para la garantía y continuidad en Castilla-La Mancha de los servicios públicos como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, con la finalidad de que, en tanto se produce la asunción competencial de estas materias por las Comunidades Autónomas,

esté regulado el ejercicio competencial de las mismas por parte de los municipios, en “evitación de la posible incertidumbre jurídica respecto de la prestación de unos servicios públicos en ámbitos especialmente sensibles, cuya paralización comportaría un grave perjuicio para la ciudadanía”³. Dicha regulación queda establecida en la citada Ley 8/2015, a través del artículo 3, punto 2, sobre competencias propias de las entidades locales de Castilla-La Mancha, cuya redacción es la siguiente: “Las Entidades Locales de Castilla-La Mancha

1.2.- Evolución del Plan Municipal en Villarrobledo.

Hace 25 años que desde el Excmo. Ayuntamiento de Villarrobledo se aborda el tema de las drogas desde un plan y una estrategia específica, con el objetivo de tratar la cuestión de forma global, conjunta y coordinada. Nació así el primer Plan Municipal de Drogodependencias (1996-2000) con estructura específica a nivel de organigrama municipal. Dentro de esta primera estructura de funcionamiento se nombró a un/a Responsable Político/a y un/a Coordinador/a Técnico/a y se dotó al Plan Municipal de un presupuesto propio.

Sin embargo, y debido a la urgencia de implementar las actuaciones que fuesen necesarias y siguiendo las directrices marcadas por el Plan Regional de Drogas, desde el año 1996 la actuación se orienta casi exclusivamente a programas preventivos de ámbito comunitario, en concreto a la ejecución de los programas “Comunidad, escuela de salud” y “Alcazul”, dirigidos a la población infantil y juvenil con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años y que fueron implantados en el primer Plan Municipal de Drogas

A partir del año 2000, de una forma más estructurada, se continúa con el diseño e implementación de diversos planes de drogodependencias (2000-2005; 2006-2010, 2011-2015 y 2016-2020), en los que se empieza a contemplar ya diversas áreas de actuación (formación, prevención, asistencial, proceso rehabilitador, inserción social, participación social, investigación y normativas) agrupadas en tres programas de intervención: coordinación-formación, prevención y rehabilitación-inserción; incorporando desde 2007 un cuarto programa, destinado a la investigación-evaluación.

La definición de cada área de trabajo se concreta de la siguiente manera:

COORDINACIÓN-FORMACIÓN, estableciendo varios niveles de coordinación desde las premisas de una “actuación consensuada”, el respeto a la autonomía de las partes implicadas y la globalidad de la intervención. Para ello se implantan tres niveles de coordinación: municipal (diferentes concejalías), interinstitucional (Junta de Comunidades, otros Ayuntamientos, etc.) y comunitaria (asociaciones, ONGs, voluntariado, etc.).

El nivel de puesta en marcha de las actuaciones de este programa ha sido muy alto. Se optó por iniciar la puesta en marcha de la Mesa Local de Drogodependencias, órgano local donde están representados todos aquellos colectivos de Villarrobledo que trabajan en torno a las drogodependencias y se coordinan y fomentan todas las actividades que se llevan a cabo en la localidad sobre dicha materia.

Refiriéndonos a las actuaciones de formación se ha distinguido, por una parte, la formación de los técnicos que van a intervenir en el plan, mediante la investigación y el establecimiento de un “banco de datos” sobre drogodependencias y la realización de otros trabajos de investigación;

y por otro lado la formación de otros agentes implicados en el plan municipal (asociaciones, técnicos municipales, monitores, voluntarios, etc.).

En cuanto a PREVENCIÓN, durante los primeros años de intervención, se distinguió entre prevención específica, que estaría centrada directamente en el problema de las drogas e implica algún grado de información sobre las mismas, por lo que esta intervención se centraría en los mediadores sociales que intervendrán con los distintos colectivos de prevención (padres, profesores, agentes sociales, etc.) y prevención inespecífica, orientada a la mejora en la ocupación satisfactoria del tiempo libre y la a promoción de estilos de vida saludables ente los colectivos a los que iría dirigida la intervención.

Cabe destacar en este punto el desarrollo del programa “Alcazul”, en el que el Excmo. Ayuntamiento de Villarrobledo fue pionero en implantar una experiencia piloto en la Región de Castilla-La Mancha y que ha sido la base de la acción preventiva en nuestra localidad.

En cuanto a REHABILITACIÓN-INSERCIÓN, las actuaciones se han dirigido, sobre todo, al apoyo de asociaciones existentes de autoayuda (ex –alcohólicos, etc.) y al desarrollo de talleres de formación ocupacional e inserción socio laboral.

En la redacción de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) se puede apreciar la evolución de la prevención, no sólo en cuanto a la generalización de la misma, sino también en cuanto a su mejora conceptual y metodológica, contando ya con un cuerpo de conocimientos técnicos basados en la evidencia. Es en esta Estrategia donde se plantea la necesidad de impulsar la prevención selectiva e indicada en España, recogiendo así la recomendación descrita por el Consejo de Europa, que anima a los Estados miembros a poner en marcha enfoques innovadores para controlar y actuar precozmente con grupos vulnerables.

En este sentido, Gordon en 1987, sugirió una distinción entre diferentes tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. Esto ha permitido diseñar objetivos y estrategias adaptados a diferentes realidades y unificar criterios metodológicos respecto a las buenas prácticas preventivas, al adoptar una clasificación que a todos nos permite avanzar en la misma dirección y considerando que la Prevención Selectiva es aquella que se dirige a grupos específicos vulnerables al consumo de sustancias, identificados según determinados indicadores establecidos previamente por los conocimientos existentes.

La asunción de esta clasificación nos permite dirigirnos hacia grupos donde el elemento prioritario no es tanto el hecho de si se han iniciado o no en el consumo de drogas, sino que presentan una serie de atributos personales, sociales y culturales (factores de riesgo) que perfilan la vulnerabilidad ante el consumo de sustancias y un posible comportamiento adictivo futuro.

En la ciudad de Villarrobledo nos encontramos con una realidad más o menos acorde con lo expresando anteriormente, añadiendo a este panorama la gran demanda proveniente de Centros Educativos, otras entidades dirigidas a jóvenes y de los propios programas municipales (Servicios Sociales, Programas de Educación Familiar, etc.), para que incorporemos a nuestras actividades preventivas algunas que puedan ofrecer un acercamiento a la población vulnerable.

A su vez, de los diversos estudios realizados tanto a nivel nacional, como regional, unido a los datos que se desprenden de la, ya antigua, revisión sobre el desarrollo del programa “Alcazul”, así como las demandas de diferentes agentes sociales que trabajan con grupos de población en

riesgo, se desprenden algunas consideraciones que nos han alentado en el esfuerzo seguir trabajando en una herramienta útil en materia de adicciones.

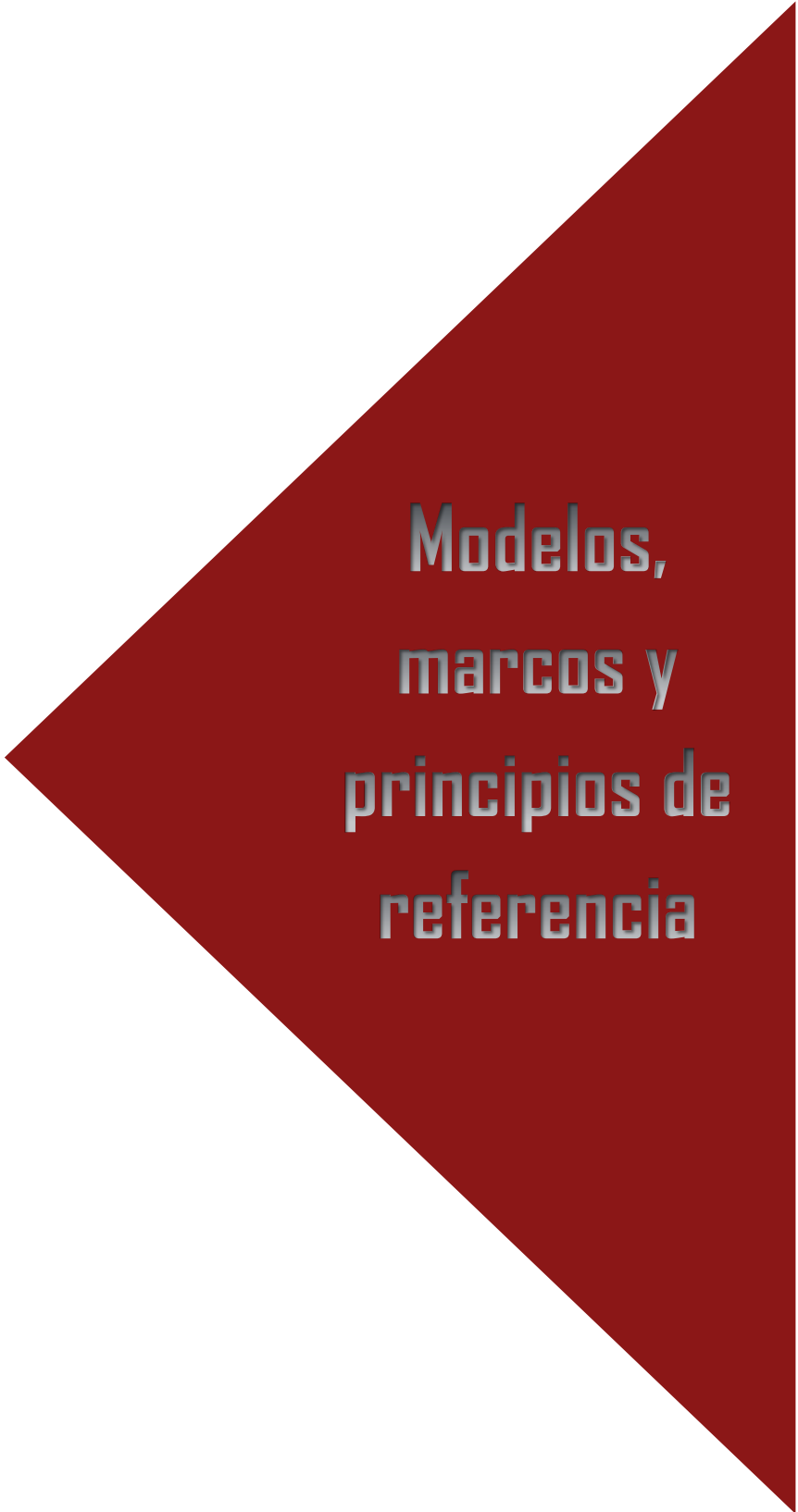
Entre otras cabe destacar las siguientes:

- Realizar una revisión en profundidad de la actividad desarrollada en base a objetivos de prevención, eliminando las actividades previsiblemente menos efectivas.
- Dar una mayor relevancia de los programas de interés social y desarrollo personal.
- Prestar mayor atención la población en situación de riesgo. Mejorar la coordinación con otros departamentos (menores, bienestar social, centros educativos, etc.) para promover su integración en actividades generales o para la programación de actividades específicamente destinadas a esta población de riesgo.
- Las demandas realizadas por los Centros educativos para dar respuesta a la problemática generada en sus Centros por consumos inminentes, asociados a otros problemas (conductas de riesgo, absentismo, problemas de convivencia, abuso de TICs, etc.) a las que tienen dificultades a la hora de ofrecer una respuesta estructurada y coordinada.
- La necesidad, tanto objetiva, como institucional de dar respuesta a una demanda cada vez mayor de intervenciones con adolescentes, jóvenes y familias dirigidas a la prevención del consumo problemático de drogas y/o de comportamientos y situaciones de riesgo de consumo; así como una intervención dirigida a favorecer en sus educadores y agentes sociales las competencias necesarias para un afrontamiento efectivo de las situaciones problemáticas asociadas al consumo.

En 2013 se inicia en la localidad un proyecto ambicioso de prevención selectiva de drogodependencias que impulsa todas las acciones desarrolladas en el municipio en cuanto a prevención se refiere. Supone el punto de partida para desarrollar acciones coordinadas y globales con el objetivo de reducir los riesgos del consumo de drogas en la población adolescente y juvenil, acompañado de otras iniciativas dirigidas a las familias.

La relación, coordinación y colaboración con diferentes recursos de la zona y con todos los servicios y entidades que habitualmente tienen relación con los adolescentes ha sido esencial para:

- Establecer y/o modificar indicadores para la detección ciudadanos/as y sus familias en situación de especial riesgo y fijar estrategias de captación.
- Utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles con objeto de dar una respuesta eficaz e integral a la problemática
- Actualizar permanente los programas, actividades y servicios de cada recurso, evitando el solapamiento de actividades.



Modelos, marcos y principios de referencia

2.Marco conceptual.

El Plan Municipal sobre Drogodependencias y Adicciones de Villarrobledo es el instrumento coordinador de las actuaciones que se desarrollen en nuestro Municipio, siendo un conjunto planificado de programas y acciones en materia de adicciones, con el que la administración local da respuesta a las competencias que la Estrategia Nacional sobre Adicciones y la normativa autonómica le atribuyen.

Como no puede ser de otro modo, el Plan Municipal sobre drogas y conductas adictivas se alinea totalmente con las metas establecidas, tanto en la Estrategia Nacional, como en la establecida en Castilla-La Mancha. En concreto, el énfasis en la prevención y reducción del riesgo, el aumento de la sensibilización social, la promoción y educación para la salud (en los ámbitos escolar, comunitario y laboral) y en asistencia para dar respuesta a las personas que presentan conductas adictivas.

Como entidad local, **la competencia principal es la intervención preventiva**, cuyo objetivo es reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Es necesario trabajar desde una prevención efectiva, es decir, una prevención basada en la evidencia, siendo conscientes de la dificultad que conlleva transferir el saber científico a la práctica, que permita identificar qué intervenciones son las más efectivas y con qué poblaciones.

El presente Plan pretende abordar las distintas problemáticas y comportamientos que conllevan las adicciones. Se contempla, por un lado, las sustancias con capacidad adictiva; algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol y el tabaco. Pero, además, las estrategias de actuación en materia de adicciones incorporan la atención a otros comportamientos que, realizados de forma repetida o excesiva, pueden hacer surgir problemas graves y generar los patrones adictivos similares a las sustancias con capacidad adictiva. De modo que, siguiendo la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, se tendrán en cuenta las sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales como “redes sociales (móvil e internet), juego de azar (online y offline) y videojuegos”.

Por su carácter transversal el fenómeno de las adicciones requiere la participación coordinada de todas las instituciones, organizaciones y agentes sociales que trabajan en este campo dentro de nuestro municipio, siendo el Plan el instrumento estratégico de planificación, coordinación y cooperación entre todos los agentes implicados: distintas áreas municipales y otras instituciones y organizaciones sociales con responsabilidad en materia de adicciones.

Este Plan de actuación se estructura partiendo de un marco conceptual, tanto a nivel teórico como normativo, para describir las características del municipio e identificar evidencias con los datos obtenidos de la evaluación de los planes anteriores, de la situación de las adicciones a nivel europeo, estatal, de la comunidad autónoma, junto a la investigación realizada en el municipio de Villarrobledo, permitiendo contar con datos objetivos, para establecer criterios principales y objetivos generales.

Los objetivos se reflejarán en las distintas áreas de intervención: por un lado, en reducción de la demanda, donde se incluyan acciones dirigidas a prevención (en sus ámbitos escolar, comunitario, laboral, ocio y tiempo libre, etc.) y a mejorar los canales de asistencia/inserción. Por otro lado, en reducción y control de la oferta, Incluyendo también otras áreas consideradas como transversales: formación, investigación, coordinación y evaluación.

Por todo ello, el documento constituirá el marco de actuación para el desarrollo de las intervenciones sobre adicciones que se lleven a cabo en el municipio. Si bien, el mundo tan cambiante de las adicciones, requiere intervenciones innovadoras, provisionales, y basadas en la evidencia científica. De modo, que en el periodo de vigencia del Plan (2022-2026), probablemente habrá cambios en las drogas que se consumen, en los niveles de consumo, en los consumos diferenciales entre mujeres y hombres, en las pautas de acceso a Internet, en las redes sociales más utilizadas por adolescentes y jóvenes... A todos estos cambios tendremos que prestar la debida atención para garantizar la idoneidad de las actuaciones desarrolladas.

2.1.- Marco teórico.

Históricamente cuando se hablaba de adicción se refería a adicción a las drogas. Sin embargo, se ha descubierto que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control, es decir, el descontrol de la persona afectada sobre determinada conducta, que al comienzo le es placentera pero que luego va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida.

Para Griffiths (2010), cualquier comportamiento que cumpla los siguientes seis criterios, será definido operacionalmente como adicción:

1. Saliencia: cuando una o más actividades se convierten en las más importantes en la vida del individuo y a su vez empiezan a dominar sus pensamientos, sentimientos y conductas.
2. Modificación del humor: las personas suelen experimentar experiencias subjetivas como consecuencia de implicarse tanto en la actividad.
3. Tolerancia: en este punto se necesita incrementar la cantidad de la o las actividades para lograr los efectos anteriores.
4. Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando la o las actividades son interrumpidas o repentinamente reducida.
5. Conflicto: conflictos que se están desarrollando entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades del individuo ya sea: trabajo, vida social, interés, aficiones, o conflictos dentro de los propios individuos a esto se le suele llamar (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular.
6. Recaída: tendencia con la que el individuo vuelve a los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de su adicción, tras muchos años de control y abstinencia.

En el momento actual está claro que las adicciones no se limitan a las conductas generadas por el consumo incontrolable de sustancias (por ejemplo: cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, alcohol...), sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas.

El DSM-5 (APA, 2013) ha propuesto una nueva categoría denominada trastornos adictivos y relacionados a sustancias. Dentro de este capítulo, se incluyen los:

- Trastornos relacionados a sustancias.
- Trastornos no relacionados a sustancias.

En la categoría de trastornos no relacionados a sustancias, el DMS-5 incluye solamente la que denomina Gambling Disorder o Trastorno por Juego Patológico (F63.0).

Lamentablemente, el nuevo manual clasificatorio no menciona explícitamente que esta última subcategoría equivale a decir Adicciones Conductuales. Como dato favorable al cambio se ha dado un paso importante en la nueva clasificación al reconocer que los problemas derivados del juego constituyen una adicción y no son simplemente un trastorno del control de impulsos.

La práctica de los juegos de azar está muy presente en nuestra sociedad. La facilidad para acceder al juego, la inmediatez de la recompensa y la falsa sensación de control del sujeto sobre sus resultados hacen que el juego suponga una conducta con riesgo de transformarse en adictiva.

En esta categoría se incluyen los problemas derivados de las apuestas por Internet. El Trastorno por Juegos de Internet (Internet gaming disorder) se ha incluido en la sección de condiciones que requieren mayores estudios (APA, 2013).

Por otra parte, la llamada Adicción a Internet o a las Nuevas Tecnologías Virtuales, no ha sido incluida en el DSM-5. Sin embargo, el uso de internet está cada vez más difundido en el mundo globalizado en el que vivimos. Aunque esta herramienta, en un principio, nos permite hacer mejoras en nuestro día a día (recabar información, mantener el contacto a través del correo electrónico, etc.) su utilización con fines recreativos excesiva y persistente puede conducir a una adicción. De hecho, su importancia clínica y epidemiológica la sitúa como una de las patologías emergentes de mayor impacto en la actualidad.

Para finalizar, el abuso de los videojuegos (sea o no en Red) forma parte del listado de nuevos desórdenes mentales de la Organización Mundial de la Salud, en una categoría que está al mismo nivel que la acción de apostar en exceso. La OMS incluyó al "trastorno de los juegos" (Gaming Disorder) dentro de la versión más reciente de su Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE-11), publicada en junio de 2018. Esto significa que el abuso de los videojuegos podrá ser reconocido y tratado por la comunidad médica como una enfermedad.

En resumen, la totalidad de actuaciones recogidas en este Plan irán destinadas principalmente a abordar las adicciones de acuerdo a la siguiente clasificación:

DENOMINACIÓN	TIPOLOGÍA
Adicciones a sustancias	Sustancias legales: alcohol y tabaco Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, opiáceos... Fármacos hipnosedantes: hipnóticos, benzos, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, barbitúricos, lexatin, orfidal, noctamid, benzodiacepinas, zolpidem... Nuevas sustancias que se presentan en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos...
Adicciones comportamentales	Juego patológico con apuestas (en red y offline) Videojuegos (en red y offline) Adicción a Internet y móvil

ENFOQUE Y MODELOS DE PREVENCIÓN DEL PLAN.

Las adicciones representan una realidad muy compleja, derivada de la relación de múltiples factores y dimensiones que intervienen de distinto modo en su surgimiento y mantenimiento. Son muchos y variados los modelos teóricos que tratan de interpretar el fenómeno. La sistematización de las teorías, su operatividad y la evaluación llevada a cabo en estos años han permitido confirmar muchas de ellas y, en consecuencia, seleccionar aquellas que son realmente útiles para la comprensión del fenómeno y para predecir y abordar las adicciones.

A continuación, recogemos varios modelos teóricos que contribuyen a explicar las adicciones:

- **El modelo ecológico** recoge la importancia de orientar la intervención preventiva hacia la interacción de la persona y su ambiente, teniendo en cuenta los diferentes niveles que rodean a los individuos, en donde el más cercano sería el de los espacios primarios de socialización (familia, escuela, amigos) y el más lejano sería el de las condiciones macrosociales, políticas y económicas. Todos los niveles influyen en los itinerarios vitales de la persona de forma más o menos directa, interrelacionándose entre sí y, por lo tanto, todos tienen que ser considerados para entender un fenómeno social como el de las adicciones. Sustancia/conducta, sujeto y medio son los tres elementos que se interrelacionan.
- **El modelo biopsicosocial** destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social. Una de las principales aportaciones del modelo biopsicosocial en el ámbito preventivo, es el concepto de "factor de riesgo".

El factor de riesgo ha sido una de las definiciones más reveladoras en el campo de la prevención, no sólo por lo que significa, sino por la operatividad que conlleva a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con la adicción.

Desde este enfoque se entiende como factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales o sociales que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en una adicción. No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y adicción, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos y pueden generar una predisposición favorable a la adicción. En todo caso, hay que destacar la relevancia de los factores de riesgo y protección en el campo de las adicciones, ya que el buen conocimiento de los factores es esencial para desarrollar e implantar un adecuado programa preventivo.

- **El modelo de competencia social** se centra en las competencias existentes más que en los déficits de los individuos o de los grupos. Destaca el diseño de actividades preventivas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socioemocionales que proporcionarán comportamientos más adaptativos y, por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales. La competencia individual para la interacción social actúa como factor de protección frente a las adicciones, por lo que es imprescindible formar a los individuos para dotarles de más recursos a la hora de afrontar situaciones de riesgo.
- Por último, desde el **modelo comunitario** se propone asumir el influjo de los contextos microsociales (la familia, el grupo de amigos, el barrio, etc.) en el origen y/o evolución del

fenómeno y aceptar la necesidad de implicar a la comunidad organizada en la búsqueda de soluciones, debido a la importancia de actuar simultáneamente en los diferentes espacios socializadores que dan forma a la comunidad.

Se interviene a partir del compromiso conjunto de las y los responsables políticos (que han de decidir dar prioridad a la prevención, respaldar financieramente tal opción y favorecer procesos de diálogo y coordinación), las y los profesionales (dinamizadores/as de procesos de desarrollo comunitario) y la sociedad civil (agente de la intervención desde el momento del diagnóstico de la realidad hasta la gestión de los programas).

Considerando lo común a todos los modelos, las adicciones han de entenderse como el resultado de la interacción de múltiples factores. Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad de las conductas adictivas. Sin embargo, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas o generen adicciones conductuales.

En la ciudad de Villarrobledo, analizando los diferentes estudios y evaluación de programas realizados, se detectan los siguientes factores de riesgo:

- **Factores de riesgo en la comunidad.**
 - Disponibilidad de las sustancias.
 - Precariedad laboral.
 - Poco aprovechamiento de actividades de ocio cultural y deportivo.
 - Insuficientes acciones en prevención.
- **Factores de riesgo familiar.**
 - Historia familiar de consumo.
 - Actitudes favorables al consumo o permisividad ante el consumo.
 - Conflictos familiares.
 - Falta de control.
 - Estilos educativos parentales.
- **Factores de riesgo escolar.**
 - Absentismo.
 - Bajo rendimiento escolar.
 - Problemas de conducta tempranos.
 - Abandono de los estudios.
 - Movilidad escolar.
 - Falta de apego a la escuela.
- **Factores de riesgo individual.**
 - Baja percepción de riesgo
 - Actitudes tolerantes hacia las drogas.
 - Primeros consumos tempranos.
 - Amistades que consumen sustancias.
 - Evadirse de los problemas.

Atendiendo a las intervenciones preventivas dirigidas a la reducción de la demanda y en función de los colectivos a los que se dirigen, se establecen los siguientes niveles de prevención:

Prevención universal

Los programas de prevención universal son aquellos que **se dirigen a población general**, (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, grupos familiares, etc.) con actividades y mensajes destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

Las **características** de los programas preventivos desarrollados en este nivel son:

- Están diseñados para alcanzar a grupos o colectivos de la población general, independientemente del nivel de riesgo soportado, es decir, sin tener en cuenta las situaciones específicas de riesgo a las que puedan estar expuestos los grupos poblacionales destinatarios de las intervenciones programadas.
- Tienen como finalidad retrasar o prevenir el inicio o disminuir el uso de drogas. Para ello, pueden fijarse como objetivos intermedios:
 - Aclarar mitos en relación a las drogas.
 - Incrementar las habilidades de relación social.
 - Incrementar la capacidad crítica frente a las diversas presiones.
 - Incrementar la percepción del riesgo asociado al uso, etc.
- Requieren menos implicación en el programa, en cuanto a inversión de tiempo y esfuerzo, por parte de la población destinataria, que la implicación requerida en los programas selectivos e indicados (por ejemplo, una campaña de sensibilización sólo requiere el interés del destinatario para reconocerla).
- El coste del programa por persona participante suele ser más bajo que el de los programas selectivos e indicados.
- Pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención: comunitario, escolar, familiar, tiempo libre, medios de comunicación, laboral, etc.:
 - **Entorno escolar:** utilizan la interactividad como método de trabajo y el entrenamiento en habilidades sociales, disponen de materiales que explicitan el contenido exacto de cada sesión y son impartidos por profesorado adecuadamente formado.
 - **Entorno familiar:** la mayoría de propuestas se centran en la oferta de formación (conferencias, escuelas de padres y madres, etc.), generalmente no logran la participación de familias en situación de mayor riesgo.
 - **Entorno comunitario:** se trata de propuestas que intentan movilizar a todos los sectores sociales para el desarrollo de planes preventivos globales y coordinados.
 - **Entorno del ocio y tiempo libre:** suelen diseñarse como actividades “alternativas” al consumo de drogas, o como aprendizajes no formales con actividades de promoción de la salud, educación para el ocio y la prevención de drogodependencias.

Prevención selectiva

Los programas de prevención selectiva **se dirigen a subgrupos de población** que -se estima- se hallan **expuestos a factores de riesgo** asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales), al inicio temprano del consumo de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo.

Las **características** de los programas preventivos encuadrados en este nivel son:

- Están dirigidos a grupos que por sus características son probablemente más vulnerables a iniciarse más temprano en el consumo de drogas, a desarrollar problemas relacionados con el consumo o a abusar de sustancias psicoactivas. En ellos no se valora el riesgo individual (grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo), sino que se les incluye por pertenecer a ese grupo que es considerado de riesgo (se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él).
- Pretenden prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo, según la media de los estudios epidemiológicos, entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. También se dirigen a disminuir o atenuar el desarrollo de problemas asociados al consumo o al abuso de drogas, tanto legales como ilegales.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Se diseñan ajustándose a las características del grupo que se considera vulnerable para prevenir o minorar los factores de riesgo detectados.
- Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de las personas participantes e intentan modificar aspectos concretos de su realidad en una dirección específica, por ejemplo: modificar aspectos asociados al uso de drogas (agresividad, bajo rendimiento escolar, pertenecer a una familia que presenta problemas de gestión familiar, falta de interiorización normativa, inicio experimental del uso de drogas, etc.).
- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.
- Requieren personal con formación específica.
- Los costes por persona participante son mayores.

Pueden desarrollarse en diferentes **ámbitos de actuación**:

- **Entorno escolar:** centrados en identificar y apoyar a adolescentes en situación de riesgo de no acceder a los primeros pasos de la socialización, por ejemplo, estudiantes con repetido fracaso escolar que puede llevarles a ser excluidos del sistema educativo.
- **Entorno comunitario:** basados en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.
- **Entorno familiar:** estos programas emplean componentes específicos para promover la participación familiar: incentivos de participación; contactos/actuaciones en el propio domicilio o en lugares a los que acuden el padre, la madre o ambos; facilitación de servicios de guardería, etc.

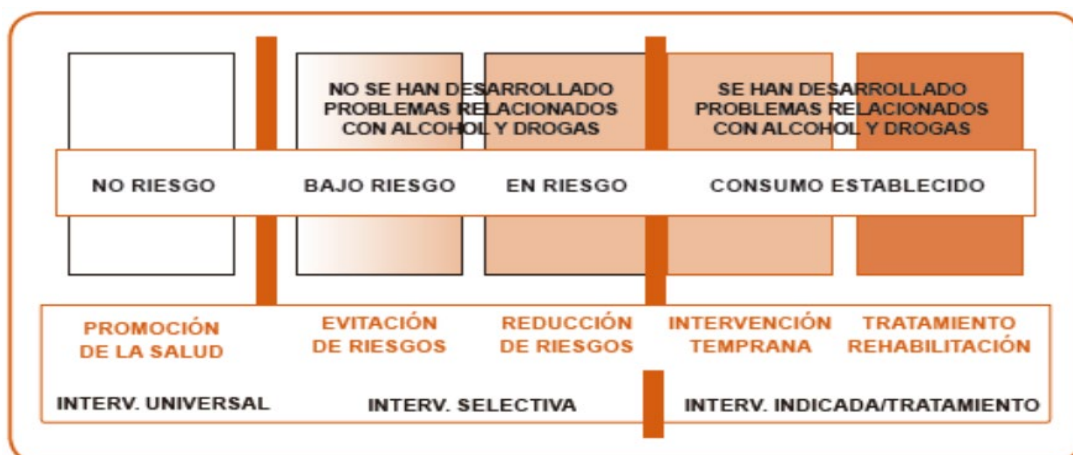
- **Entornos de ocio y tiempo libre:** intervenciones desarrolladas para acceder a población que se reúne en contextos de ocio donde existe consumo de drogas, por ejemplo: clubes, discotecas, bares, fiestas, festivales y otros eventos festivos de carácter puntual. Puede tratarse de intervenciones informativas sobre reducción de riesgos entre las que se puede incluir el testado de pastillas.

Prevención indicada

Los programas de prevención indicada se dirigen a **personas** que no presentan los criterios diagnósticos de adicción a una sustancia psicoactiva pero que muestran signos previos, por estar **expuestos a situaciones de alto riesgo**, como inicio de un consumo regular, pertenencia a familias donde se produce el consumo de drogas; problemas mentales, etc.

Los programas desarrollados en este nivel **se caracterizan** por:

- Seleccionar cuidadosamente a la población participante (individuos vulnerables), valorando específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Estar diseñados para detener la progresión del uso esporádico de drogas hacia el consumo regular y/o frenar la consolidación de la dependencia.
- Dirigirse a múltiples conductas de riesgo simultáneamente, por ejemplo, uso de tabaco y cannabis, uso de alcohol, tabaco y drogas sintéticas, etc.
- Ajustarse las actividades se a las características y necesidades individuales de cada sujeto a quien va dirigido el programa.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Requieren una importante implicación o esfuerzo de las personas participantes.
- Requerir personal especializado que tenga adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con un adecuado conocimiento de las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia, o los problemas mentales a abordar.
- Tener mayores costes por participante que los universales o los selectivos.
- Desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados. Y, como en el caso de los programas selectivos, requieren el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.



NIVELES DE PREVENCIÓN					
	POBLACIÓN	FINALIDAD	IMPLICACIÓN PARTICIPANTES	COSTE	ÁMBITO
UNIVERSAL	General	Retrasar o prevenir el inicio del consumo	Menor implicación tiempo/esfuerzo	Más bajo	Cualquier ámbito: escolar, familiar, tiempo libre, medios de comunicación, laboral,...
SELECTIVA	Grupos de población más expuestos a factores de riesgo	Retrasar o prevenir el inicio del consumo o problemas asociados	Períodos medios o largos de tiempo. Más dedicación y esfuerzo	Mayores	Escolar, comunitario, familiar, de tiempo libre
INDICADA	Personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción, pero que muestran signos previos. (Expuestos a situaciones de alto riesgo)	Detener la progresión del consumo esporádico. Trabajar los problemas de conducta y los factores de riesgo individuales	Períodos largos de tiempo. Importante implicación y esfuerzo	Altos	Asistencia socio-sanitaria. Requiere coordinación entre los recursos comunitarios

2.2.- Marco normativo.

El presente Plan se enmarca en los siguientes ámbitos normativos:

ÁMBITO EUROPEO

Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga 2013-2020:

II. Ámbito de actuación: reducción de la demanda de droga.

19.9. Prevenir las epidemias de consumo de drogas locales y regionales que puedan amenazar a la salud pública de la UE, garantizando enfoques comunes coordinados y eficaces.

19.10. Las prioridades destinadas a reducir la demanda de droga deben tener en cuenta las características, necesidades y retos específicos que plantea el fenómeno de la droga a nivel nacional y de la UE. Resulta imperativo asignar un nivel de recursos adecuado para este fin a nivel local, nacional y de la UE.

ÁMBITO NACIONAL

- Constitución Española de 1978, a través del artículo 43:
 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
 2. Compete a los Poderes Públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.
 3. Los Poderes Públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el Deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del Ocio.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre la protección de la seguridad ciudadana.

- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.
- Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- La Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024, entre otras, indica que “el éxito de la política general de drogas requiere la cooperación de las Administraciones Locales, y de su máximo órgano de representación, que es la Federación Española de Municipios y Provincias” y que “ En todo caso, las relaciones locales de coordinación establecidas en el plano estatal deben extenderse a cada uno de los ámbitos autonómicos y locales, desde donde se llevan a cabo las intervenciones sobre las poblaciones y las personas”.

Así mismo, en relación a la disminución del riesgo y en la reducción del daño, entre las actuaciones en el ámbito de la atención social encontramos el “Fomentar la orientación comunitaria del conjunto de sistemas de atención social, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (recursos de calle, dispositivos itinerantes, sistema judicial, servicios de urgencia, etc.), tanto autonómicos como locales.

ÁMBITO AUTONÓMICO

- Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.
- Ley 8/2015, de 2 de diciembre, de medidas para la garantía y continuidad en Castilla-La Mancha de los servicios públicos como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.
- Decreto 195/1993, de 30 de noviembre, por el que se regula la Comisión de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.
- Orden de 12 de enero de 1993, por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha.
- Orden de 4 de mayo de 1995, por la que se crea y regula el Consejo Interlocal de Drogodependencias.
- Ley 2/1995, de 2 de marzo, contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores.
- Decreto 72/1996, de 30 de abril, del Reglamento de la Ley contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores.
- Decreto 34/1997, de 18 de febrero, de creación de las comisiones provinciales de drogodependencias.
- Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de Castilla-La Mancha.

- Orden de la Consejería de Sanidad de 20 de enero de 1993, sobre la autorización administrativa de centros sanitarios de atención a drogodependientes.
- Orden de la Consejería de Sanidad de 10 de junio de 1993, sobre autorización administrativa de centros no sanitarios de atención a drogodependientes.

ÁMBITO MUNICIPAL

- Texto refundido de la Ordenanza Municipal sobre protección de la convivencia ciudadana y prevención de actuaciones antisociales. (BOP núm. 37 de 31 de marzo de 2006).

3.Principios orientadores del Plan.

Este Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas sigue los principios rectores de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y del Plan Regional de Castilla-La Mancha de Drogo dependencias y otras Adicciones.

Los principios rectores que se señalan a continuación, reflejan los valores y fundamentos en los que se sostendrán los programas y acciones específicas que se desarrollarán en la aplicación del plan y pretenden aunar experiencia e innovación como guías fundamentales para el proceso de adaptación a una realidad que evoluciona de forma continua.

- **Universalidad y equidad:** facilitar, en igualdad de condiciones y sin discriminación alguna, el acceso a la población residente en el municipio de Villarrobledo, a las acciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito.
- **Participación comunitaria:** promoviendo la implicación y corresponsabilidad de todas las instituciones, recursos y sociedad civil del municipio.
- **Integralidad y normalización:** el fenómeno complejo de las adicciones afecta a las esferas biológicas, psicológicas y sociales de las personas, por tanto, es necesario una atención integral y siempre que sea posible, utilizar los recursos normalizados existentes para potenciar y favorecer el mantenimiento de los vínculos familiares y sociales.
- **Continuidad:** los objetivos y acciones que constituyen las estrategias de intervención son complementarias a las actuaciones que se han desarrollado con los Planes municipales anteriores.
- **Intersectorialidad:** promover la participación de las diferentes instituciones, entidades y colectivos para gestionar con eficacia los recursos disponibles, optimizar esfuerzos y desarrollar objetivos y acciones mediante una política común, coherente y coordinada.
- **Evidencia científica y calidad:** orientar las intervenciones del Plan Municipal hacia la mejora continua a través de procesos de formación, investigación, innovación y evaluación continua. De modo que las acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones deben estar empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados, fomentando así las buenas prácticas.
- **Coordinación y cooperación** entre los distintos agentes intervinientes, facilitando la utilización e integración de los recursos existentes y evitando respuestas desconexionadas.
- **Flexibilidad:** el fenómeno de las drogodependencias tiene un carácter dinámico, encontrando constantemente variaciones importantes en el tiempo, como son los cambios en los patrones de consumo, tipos de sustancias utilizadas, escenarios de consumo, etc. Este principio permitirá la revisión y adaptación continuada de las respuestas a los cambios que previsiblemente continuarán dándose.
- **Perspectiva de género:** la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (art. 20) obliga a incorporar la perspectiva de género y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente

afectación de las adicciones en las mujeres, de forma que se garantice la adecuación de los programas, servicios y acciones.

- **Diversidad:** el Plan Municipal integra de manera transversal el respeto a la diversidad identitaria, corporal y afectivo sexual, teniendo en cuenta el sexo, género y orientación sexual.
- **Eficiencia y sostenibilidad:** apostar por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del Plan. Las intervenciones emprendidas irán dotadas de los recursos suficientes para la consecución de los fines previstos. De modo, que todas las acciones tengan cabida dentro del presupuesto financiero aprobado por el Pleno Municipal anualmente.



Panorama de un fenómeno cambiante

4. Análisis del contexto.

4.1.- Población.

Villarrobledo es un municipio del noroeste de la provincia de Albacete, en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha. Con una población de 26.284 habitantes (INE, 2021). El término municipal, fronterizo con las provincias de Cuenca y Ciudad Real, pertenece a la mancomunidad de La Mancha del Júcar-Centro.

Cabecera comarcal, nudo caminero e importante polo de atracción a nivel regional, en su término están radicadas varias empresas de sectores como la industria alimentaria, los transportes y la calderería pesada. La extensión de su término es la decimoséptima mayor del país.

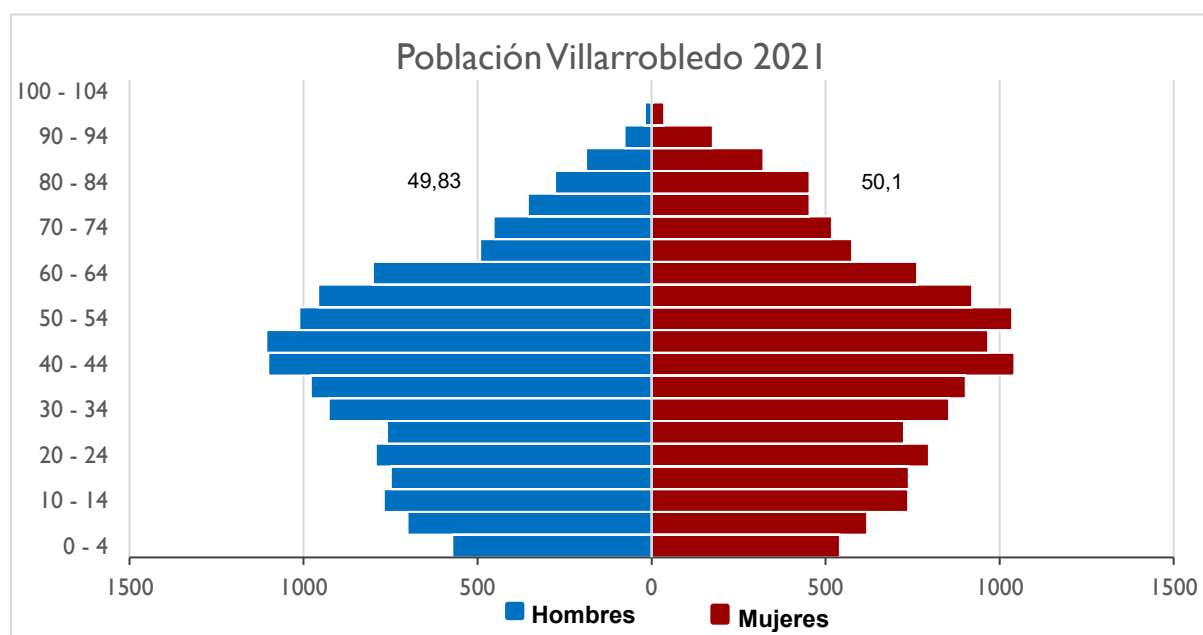
Según el INE (2021) el municipio de Villarrobledo alberga una población de 26.284 habitantes. Hoy en día la práctica totalidad de la población está concentrada en la ciudad de Villarrobledo. No obstante el municipio alberga, además, las pedanías de Casas de Peña (<100 hab.) y Ventas de Alcolea (<100 hab.). Actualmente la densidad de población en Villarrobledo es de 28,96 habitantes por Km².

En total, las mujeres representan un 50,1% frente a un 49,83% de hombres. La media de edad de los habitantes de Villarrobledo es de 41,47 años, 1,43 años más que hace un lustro que era de 40,04 años.

La población menor de 18 años en Villarrobledo representa el 18,9%.

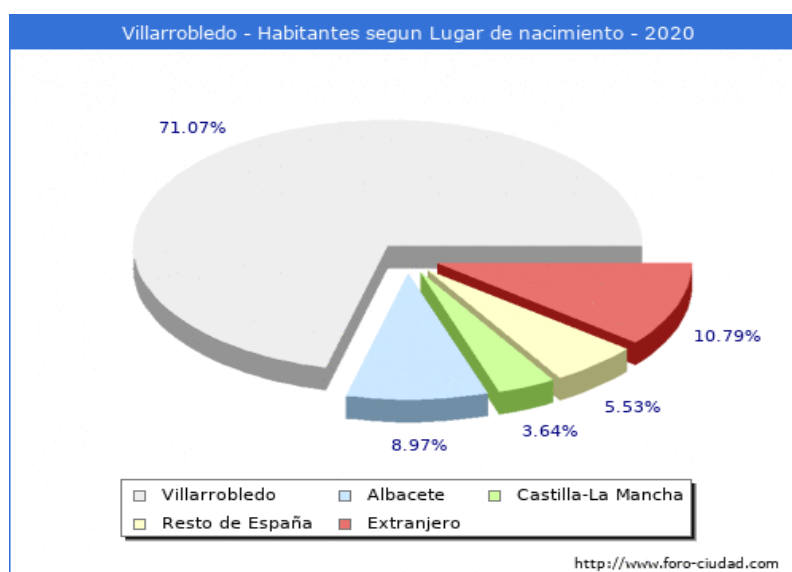
La población entre 18 y 65 años en Villarrobledo representa el 64,5%.

La población mayor de 65 años en Villarrobledo representa el 16,5%.



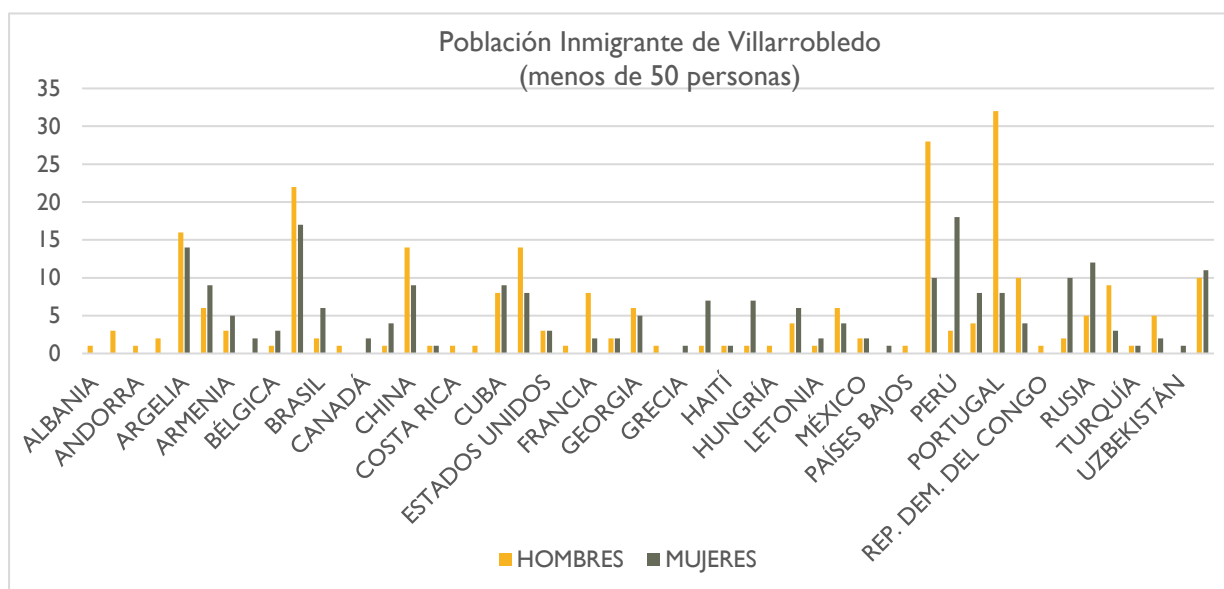
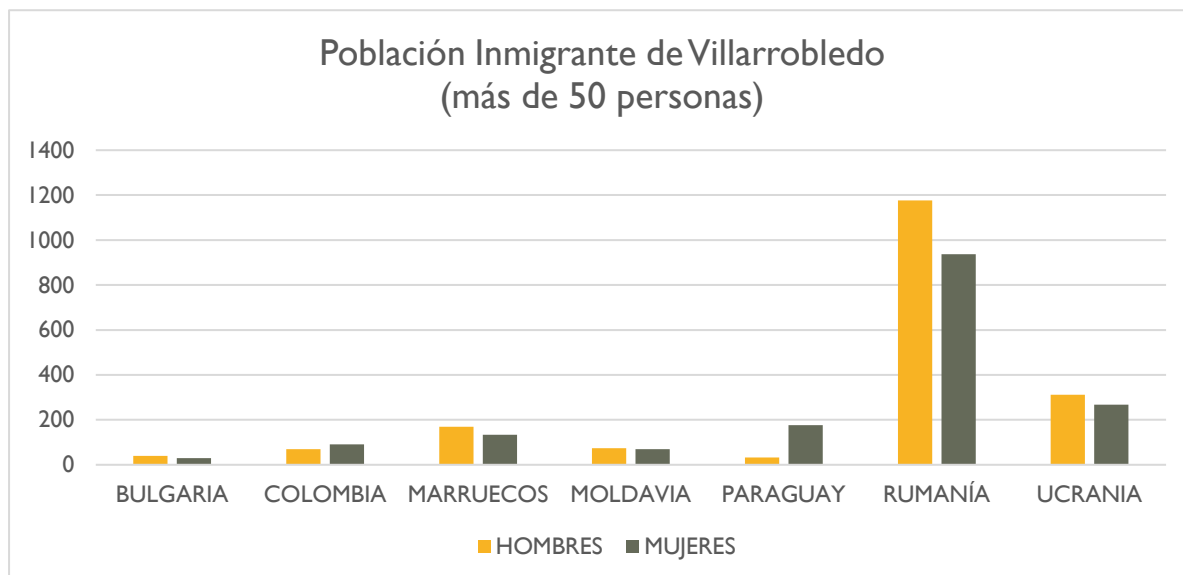
EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 - 4	573	541	1114
5 - 9	701	619	1320
10 - 14	769	737	1506
15 - 19	749	739	1488
20 - 24	792	797	1589
25 - 29	760	725	1485
30 - 34	928	855	1783
35 - 39	979	903	1882
40 - 44	1101	1042	2143
45 - 49	1107	967	2074
50 - 54	1012	1036	2048
55 - 59	958	921	1879
60 - 64	801	763	1564
65 - 69	493	576	1069
70 - 74	454	518	972
75 - 79	356	454	810
80 - 84	277	454	731
85 - 89	188	321	509
90 - 94	78	176	254
95 - 99	19	36	55
100 - 104	3	6	9
TOTALES	13098	13186	26284

Según los datos publicados por el INE procedentes del padrón municipal de 2021 el 71.07% (17.851) de los habitantes empadronados en el Municipio de Villarrobledo han nacido en dicho municipio, el 18.14% han emigrado a Villarrobledo desde diferentes lugares de España, el 8.97% (2.253) desde otros municipios de la provincia de Albacete, el 3.64% (914) desde otras provincias de la comunidad de Castilla-La Mancha, el 5.53% (1.388) desde otras comunidades autónomas y el 10.79% (2.710) han emigrado a Villarrobledo desde otros países.



Según los datos ofrecidos por el INE en la estadística del Padrón los habitantes empadronados en Villarrobledo que han nacido en otros países ascienden a 2.710.

- 700 habitantes, 257 hombres y 443 mujeres nacidos en América.
- 256 habitantes, 153 hombres y 103 mujeres nacidos en África.
- 54 habitantes, 34 hombres y 20 mujeres nacidos en Asia.
- 1 mujer nacida en Oceanía.



4.2.- Empleo.

Según los datos publicados por el SEPE en el mes de diciembre de 2021 el número de parados ha bajado en 37 personas. De las 37 personas que salieron de la lista del paro en Villarrobledo aumentó en 35 hombres y descendió en 72 mujeres.

El número total de parados es de 1645, de los cuales 581 son hombres y 1064 mujeres.

Las personas mayores de 45 años con 850 parados son el grupo de edad más afectado por el paro, seguido de los que se encuentran entre 25 y 44 años con 665 parados, el grupo menos numeroso son los menores de 25 años con 130 parados.

Por sectores vemos que en el sector servicios es donde mayor número de parados existe en el municipio con 1034 personas, seguido de la agricultura con 265 parados, la industria con 178 parados, la construcción con 108 parados y por último las personas sin empleo anterior con 60 parados.

Diciembre 2021	Total Parados	Variación			
		Mensual		Anual	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Total	1645	-37	-2.20 %	-556	-25.26 %
HOMBRES	581	+35	6.41 %	-184	-24.05 %
MUJERES	1064	-72	-6.34 %	-372	-25.91 %
MENORES DE 25 AÑOS:	130	-7	-5.11 %	-99	-43.23 %
HOMBRES	66	+6	10.00 %	-47	-41.59 %
MUJERES	64	-13	-16.88 %	-52	-44.83 %
ENTRE 25 Y 44 AÑOS	665	-7	-1.04 %	-271	-28.95 %
HOMBRES	210	+21	11.11 %	-92	-30.46 %
MUJERES	455	-28	-5.80 %	-179	-28.23 %
MAYORES DE 45 AÑOS	850	-23	-2.63 %	-186	-17.95 %
HOMBRES	305	+8	2.69 %	-45	-12.86 %
MUJERES	545	-31	-5.38 %	-141	-20.55 %
SECTOR:					
AGRICULTURA	265	-9	-3.28 %	-128	-32.57 %
INDUSTRIA	178	+5	2.89 %	-46	-20.54 %
CONSTRUCCIÓN	108	+18	20.00 %	-30	-21.74 %
SERVICIOS	1034	-41	-3.81 %	-317	-23.46 %
SIN EMPLEO ANTERIOR	60	-10	-14.29 %	-35	-36.84 %

4.3.- Educación.

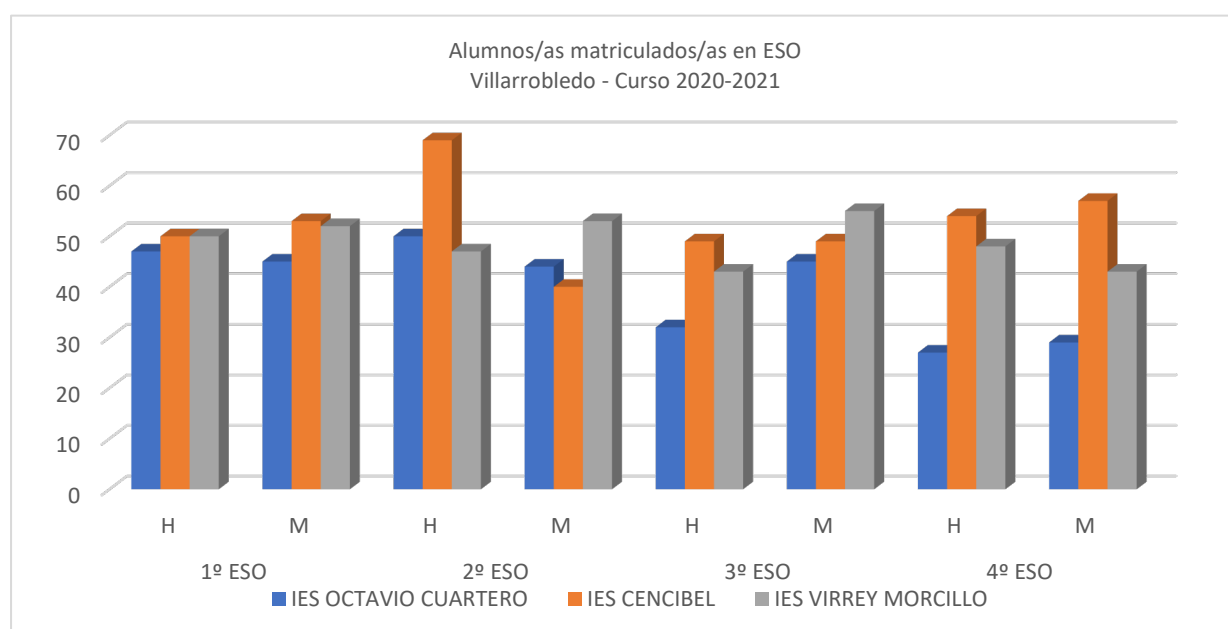
Villarrobledo pertenece a la Red Internacional de Ciudades Educadoras, y asume por tanto los Principios de la Carta de ciudades educadoras.

Red de centros educativos de la ciudad

Tipo de centro	Nombre
Escuelas Infantiles Municipales	Escuela Infantil Barrio Asturias
	Escuela Infantil Juan Valero- San Antón
	Escuela Infantil Lucas Blázquez
	Escuela Infantil San Sebastián
	Escuela Infantil Polígono Industrial
Colegios de educación infantil y primaria	CP Diego Requena
	CP Francisco Jiménez de Córdoba
	CP Giner de los Ríos (sección: Barranco Cafetero)
	CP Giner de los Ríos (sección: El Greco)
	CP Graciano Atienza
	CP Virgen de la Caridad
	CP Virrey Morcillo
	CPC Nuestra Señora del Carmen
Institutos de educación secundaria	IES Cencibel
	IES Octavio Cuartero
	IES Virrey Morcillo
Centros de Educación Especial	Centro Infanta Elena (Asprona)
	Fundación Madre Amparo
Centros de Educación para Adultos	EPA Alonso Quijano
Universidad	UNED Centro Asociado de Villarrobledo
Idiomas	EOI de Villarrobledo
No formal	Universidad Popular de Villarrobledo

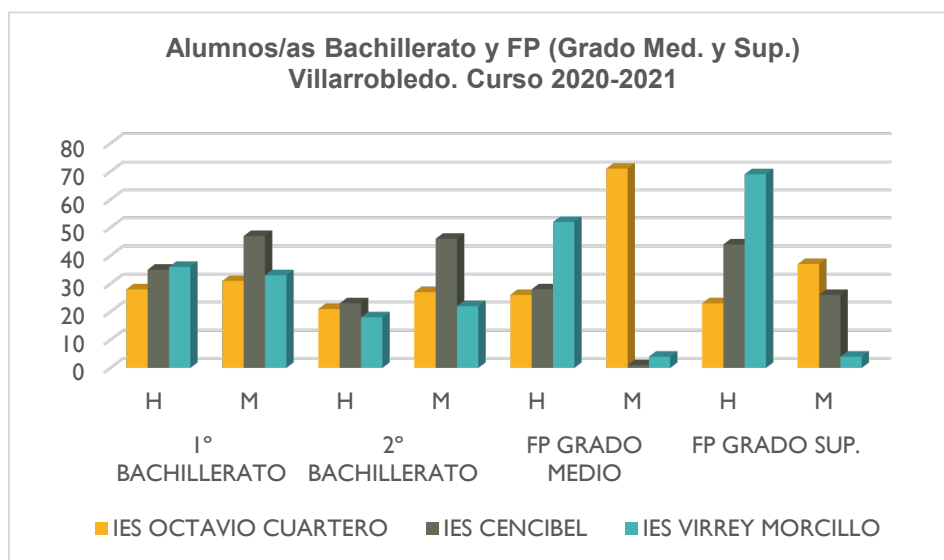
Alumnos/as matriculados en la ESO - Villarrobledo curso 2020-2021

	1º ESO		2º ESO		3º ESO		4º ESO		TOTALES
	H	M	H	M	H	M	H	M	
IES OCTAVIO CUARTERO	47	45	50	44	32	45	27	29	319
IES CENCIBEL	50	53	69	40	49	49	54	57	421
IES VIRREY MORCILLO	50	52	47	53	43	55	48	43	391
TOTAL HOMBRES	147		166		124		129		566 (H)
TOTAL MUJERES	150		137		149		129		565 (M)
TOTAL ALUMNADO	297		303		273		258		1131 (H+M)



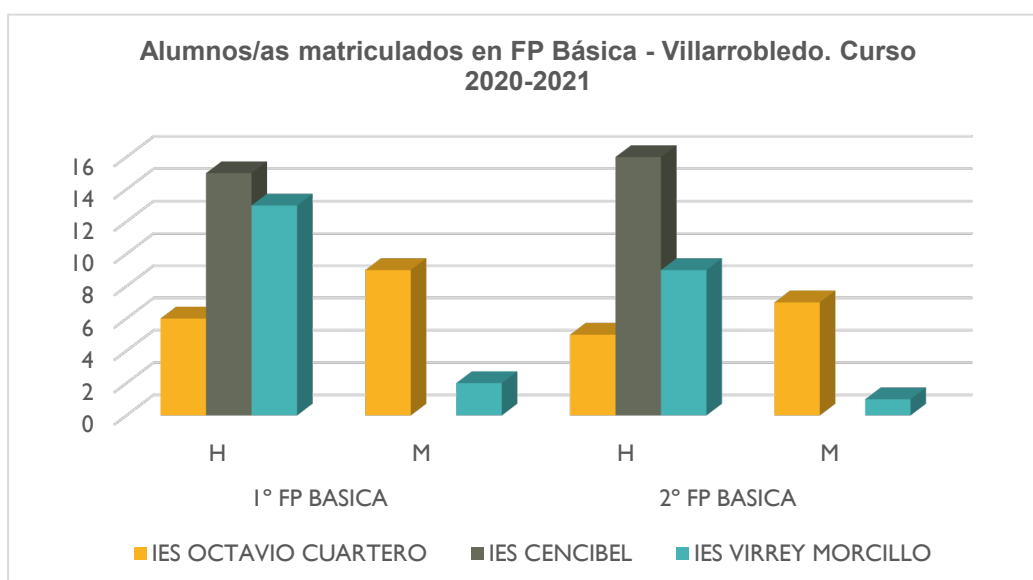
Alumnos/as matriculados en Bachillerato y FP - Villarrobledo curso 2020-2021

	1º BACHILLERATO		2º BACHILLERATO		FP GRADO MEDIO		FP GRADO SUP.		TOTALES
	H	M	H	M	H	M	H	M	
IES OCTAVIO CUARTERO	28	31	21	27	26	71	23	37	264
IES CENCIBEL	35	47	23	46	28	1	44	26	250
IES VIRREY MORCILLO	36	33	18	22	52	4	69	4	238
TOTAL HOMBRES	100		62		106		136		404 (H)
TOTAL MUJERES	111		95		76		67		349 (M)
TOTAL ALUMNADO	211		157		182		203		753 (H+M)



Alumnos/as matriculados FP BÁSICA - Villarrobledo curso 2020-2021

	1º FP BASICA		2º FP BASICA		TOTALES
	H	M	H	M	
IES OCTAVIO CUARTERO	6	9	5	7	27
IES CENCIBEL	15	-	16	-	31
IES VIRREY MORCILLO	13	2	9	1	25
TOTAL HOMBRES	34		30		64 (H)
TOTAL MUJERES	11		8		19 (M)
TOTAL ALUMNADO	45		38		83 (H+M)



4.4.- Red asociativa y recursos.

Villarrobledo posee un extenso número de asociaciones inscritas en el registro municipal de

ASOCIACIONES INSCRITAS EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE ASOCIACIONES.

AYUNTAMIENTO DE VILLARROBLEDO, ENERO 2021

TIPO	NÚMERO
Culturales	17
Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as (AMPAS)	11
Vecinales	6
Mujeres	3
Deportivas	29
Sociosanitarias	8
Tercera Edad	1
Cooperación Internacional	2
Discapacidad	5
Juveniles	3
Inmigrantes	2
Protección Animal	2
Medioambientales	1
Consumidores/as	2
Otras	9
TOTAL	101

asociaciones, concretamente 101. Estas son de muy diversa índole, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

Recursos de Acción Social Municipal

Distribuidos por la ciudad, encontramos diversos recursos, entre ellos:

- Centros Socioculturales: 5
- Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género: 1
- Centro de la Mujer: 1
- Centro Joven: 1
- Centros de Mayores: 1
- Otras dependencias: 4

Recursos específicos sobre drogas y otras conductas adictivas

Los recursos específicos que, en materia de drogodependencias y otras conductas adictivas, podemos encontrar en el municipio de Villarrobledo, son los siguientes:

- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados y otras Adicciones de Villarrobledo (AREVI).
- Junta Local de la Asociación Española contra el Cáncer.
- Asociación de Drogodependientes de Villarrobledo
- Centro de Servicios Sociales.

4.5.- Análisis de situaciones de riesgo y exclusión social.

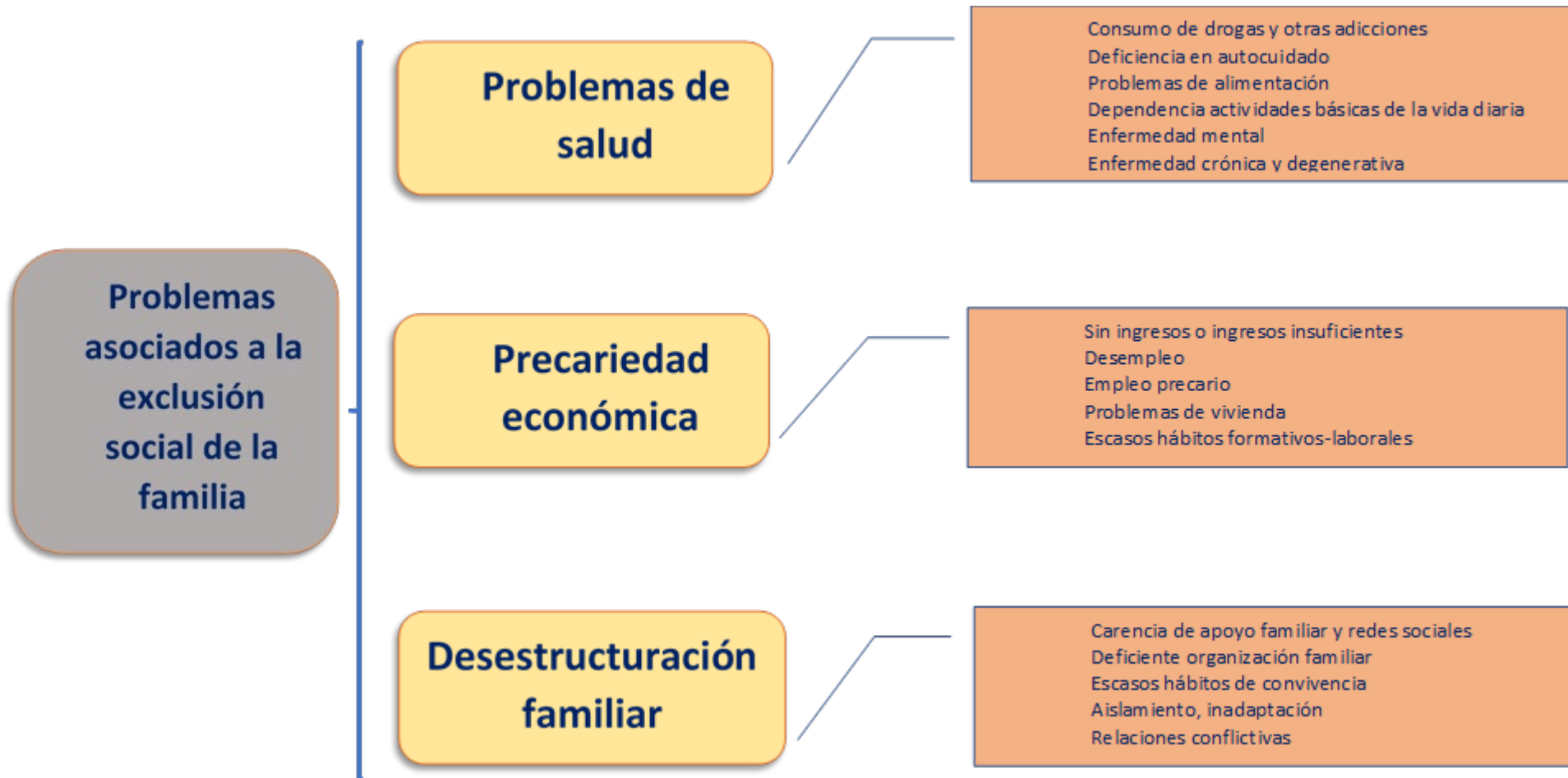
Partimos de un análisis, revisado en 2019, cuantitativo y cualitativo de los diferentes contextos que pueden determinar diversas situaciones de exclusión social y que nos permite concretar los colectivos en situación de riesgo.

La Familia.

La **familia** es un grupo natural que, en el curso del tiempo, elabora pautas de interacción que rigen el funcionamiento de sus miembros, definiendo su gama de conductas y facilitando su interacción recíproca. Es por ello que las familias han de constituir un colectivo diferenciado y ser objeto de medidas específicas ante aspectos tales como la conciliación de la vida laboral y familiar, los conflictos familiares, la monoparentalidad o la presencia de familiares en situación de dependencia.

Por otro lado, al constituir la familia el primer escenario de socialización de la persona y desempeñar una función social fundamental como núcleo primario de su desarrollo, la protección de las familias y la garantía de que no se vean sometidas a procesos de desestructuración internos, constituye un instrumento para prevenir otras situaciones de exclusión (problemas de consumo de drogas, abandono escolar, etc.).

Se pueden establecer tres grandes grupos de causas principales de riesgo y exclusión social de las unidades familiares. De ellos se deriva una diversidad de problemáticas que se han ido recogiendo de manera sistemática a través de las intervenciones realizadas con las personas atendidas en los últimos años desde programas de Servicios Sociales y desde el Plan Municipal de Drogas del municipio de Villarrobledo.



Todas estas circunstancias desencadenan que haya unidades familiares en grave situación de exclusión social, implicando a sus hijos en el aprendizaje de valores y conductas de marginación social que, en muchos casos, deriva en problemas de consumo de drogas.

La desorganización económica, en ocasiones, implica la existencia de familias, que gestionan sus ingresos inadecuadamente, no destinándolos a cubrir las necesidades básicas, sino a sustancias como el tabaco, alcohol, y otras drogas o adicciones.

La falta de empleabilidad y precariedad laboral de muchos usuarios, la escasez de recursos económicos y la falta de prestaciones públicas hacen que muchas familias tengan que ser derivados a entidades como Cruz Roja y Cáritas, para atender y paliar necesidades urgentes.

Villarrobledo cuenta con una población de más de 25.000 habitantes, reagrupada en alrededor de 10.000 familias, muchas de estas familias son atendidas desde los distintos programas de servicios sociales.

En el análisis de situación, tras la recogida de datos realizada de las fuentes consultadas (Mejora y Evolución de Datos de Ámbito Social “MEDAS”), aparecen recogidas más de 3.000 demandas de familias lo que supone alrededor de un 70% de las demandas totales de Servicios Sociales. De este análisis podemos extraer que se trata del colectivo más atendido. Además, desde el Programa de Intervención Familiar y desde el Servicio de Asesoramiento Psicopedagógico y Plan Municipal de Drogas se han atendido alrededor de 300 familias durante el año 2020.

La Infancia y adolescencia

Cuando hablamos de riesgo de exclusión en menores, nos referimos a adolescentes y niños que viven en una situación de dificultad, especialmente en zonas desfavorecidas y que pueden ir, desde personas que han abandonado los estudios, hasta hijos de inmigrantes que no han llegado a integrarse en su entorno, jóvenes de familias desestructuradas, niños abandonados, jóvenes que consumen drogas o delinquen.

En lo que se refiere a nuestra población diana (a partir de 12 años) prevalecen problemas de riesgo añadidos como son **fracaso escolar**, **absentismo escolar**, embarazos no deseados, **consumo de drogas**, conflictos sociales, relaciones dificultosas entre padres e hijos o entre iguales, falta de motivación personal....

La desestructuración personal y familiar, la carencia de recursos económicos, familias con niveles socioculturales bajos o muy bajos, inexistencia de redes de apoyo social y familiar, son los motivos más destacadas que dan origen a la exclusión de los menores, uno de los colectivos que presenta una mayor vulnerabilidad frente a factores tales como la desestructuración familiar, las carencias sanitarias y educativas.

Al analizar el municipio de Villarrobledo, aquellos problemas de inadaptación personal y social de los menores que conllevan un mayor riesgo de exclusión son, los relativos a las situaciones de desprotección, bien por riesgo o desamparo, los menores en conflicto social, los problemas de integración escolar y el consumo de drogas y otras conductas adictivas.

Situaciones de desprotección

Se producen cuando hay una situación de crisis o problemas en el entorno familiar y social de la niña, niño o adolescente, que puede afectar negativamente o limitar de forma significativa la capacidad de la madre, padre o responsable legal, para proporcionar un cuidado y atención adecuada a sus hijas e hijos.

Para estas situaciones de desprotección, los Servicios de protección social de menores tienen la responsabilidad de proporcionarles, los recursos y apoyos necesarios para garantizar la integridad de los/las menores y capacitar a los padres y madres para ejercer adecuadamente sus responsabilidades.

El Programa de Intervención Familiar (PIF) y el Servicio psicopedagógico de apoyo a la familia (SAP) y el programa de Prevención de las drogodependencias (puesto en marcha en el año 2013) son programas específicos cuyo objetivo es éste, preservar la integridad de la familia. Se trata de capacitar a los padres para dar una correcta atención a sus hijos, eliminando conductas negligentes o maltratadoras, desarrollando pautas de atención básica y prácticas educativas adecuadas a la edad del niño, así como capacitarlos para enfrentarse a situaciones de crisis.

Estos programas, por tanto, suponen una propuesta de atención a la infancia y adolescencia que presenta dificultades especiales y situaciones de mayor vulnerabilidad social. Durante el año 2020, se ha intervenido con unas 400 familias con menores y 180 menores con los que no se ha trabajado familiarmente pero sí en talleres, la mayoría de ellos desarrollados desde el programa de prevención selectiva de drogodependencias.

Situaciones de riesgo y conflicto social

Los menores en situación de conflicto social son aquellos niños y adolescentes que pueden encontrarse en riesgo de causar perjuicio para sí mismos o a otros. Los objetivos de la intervención con estos menores son la educación y el desarrollo integral, así como favorecer la socialización.

Desde el PIF y SAP y Plan Municipal de Drogas (programa de prevención selectiva), como mencionábamos anteriormente, se llevan a cabo las actuaciones preventivas, ya que son programas que apoyan al menor en su entorno: se desarrollan actuaciones educativas, formativas, de empleo, de apoyo a la familia, de vivienda, de atención socio-sanitaria, de promoción de la salud, de prevención de la violencia -incluida la de género...

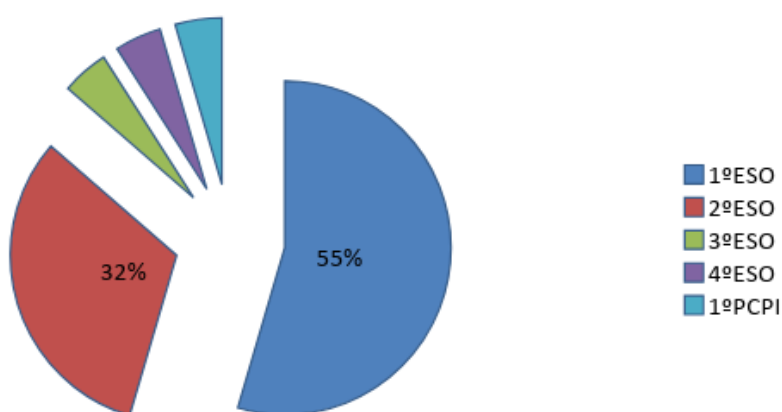
El mayor número de casos de conflicto social que se recogen en la población de Villarrobledo son trabajados normalmente por el programa de intervención familiar debido a que la problemática familiar suele ir ligada al conflicto social. También se han realizado diversos talleres con jóvenes infractores mediante el protocolo de actuación firmado con la Policía Local de medidas reeducadoras.

Problemas de adaptación escolar:

Las dificultades de integración escolar están directamente relacionadas con el absentismo, el fracaso y abandono escolar prematuro. Como ya aparece en los mapas conceptuales anteriores, estas dificultades provienen de las características personales del menor, las respuestas educativas no ajustadas a las necesidades socioeducativas del alumno/a de los centros educativos y de las familias: por la dejación de las responsabilidades de los padres y la falta de implicación en el medio escolar...

Tomando como referencia los cursos que coinciden con el tramo de edad que venimos analizando, menores hasta 18 años, del total de alumnos matriculados podemos hablar, en educación primaria de 4 historias de absentismo escolar abiertas y de 23 historias en enseñanza secundaria, lo que suman un total de 27 menores absentistas (Con informe emitido desde SS.SS).

Porcentaje de absentismo por niveles educativos



A partir de los datos extraídos de esta gráfica, los mayores porcentajes de absentismo se concentran en 1º con un 55% y en 2º de la ESO con un 32%, lo que supone entre ambos el 87% de los casos.

Durante el curso escolar 2019- 2020, el número de casos del Municipio de Villarrobledo, en los que los centros educativos de educación secundaria han trabajado con alumnos en cuya problemática intervienen factores socio-familiares y han solicitado una valoración complementaria al SAP o al PIF han sido un total de 73 casos.

- Con el PIF se ha realizado un seguimiento de 19 alumnos, 8 de ellos derivados durante este curso académico,
- Al SAP se han derivado por necesidad de una intervención psicopedagógica 11 casos, además se ha manteniendo el seguimiento de 23 alumnos y se ha orientado de manera puntual para su posterior derivación al Equipo de Violencia Familiar de AMFORMAD en 2 casos.

Los Jóvenes

Los jóvenes del municipio sin formación, solo tienen acceso a empleos de baja cualificación, el no disponer de recursos educativos les limita la posibilidad de desarrollar más y mejor sus habilidades sociales y les aproxima a otras conductas de riesgo que pueden desembocar en embarazos prematuros, tiempo de ocio poco adecuado y/o consumo de drogas y alcohol.

El acceso al mercado de trabajo, a través de un empleo de calidad y bien remunerado se configura como el principal factor de exclusión de la población joven de Villarrobledo. Durante las edades tempranas de la vida laboral (de 16 a 25 años) la probabilidad de descarte del mercado de trabajo y la incidencia de la precariedad en el empleo son muy superiores a la media.

De los pocos jóvenes que consiguen un puesto de trabajo donde pueden ejercer su profesión lo hacen de una forma muy precaria (con contratos temporales, con salarios decrepitos, sin lugar de trabajo, etc.).

El nivel de estudios alcanzado guarda una estrecha relación con la integración laboral. Así, en el análisis de la población del municipio más del 75% de la población que se encuentra desempleada, no han obtenido la titulación de enseñanzas Secundarias. Lo que pone de manifiesto que el nivel de formación influye de manera importante en la posterior trayectoria laboral.

El estudio del sistema escolar nos revela unas tasas de abandono escolar del 31,6%, y de fracaso escolar del 33,5%, estas tasas se dan como consecuencia de que hay menores que no les gusta estudiar y esperan el momento de su incorporación al mercado laboral, en otros casos porque el nivel de educación primaria es el máximo que esperan alcanzar (familias cuyo empleo es la venta ambulante) y cuando el abandono es más prematuro inciden factores posiblemente ajenos al/a joven (sistema educativo, factores socio-familiares, ambientales, etc.).

En lo referente a la **tasa de emancipación**, datos referentes a la población de Villarrobledo, muestran que cada vez menos población joven de entre 18 - 30 años puede residir fuera del hogar de origen, después de la mayoría de edad siguen viviendo cada vez más años con sus padres, por lo que la mayoría de las demandas de juventud en Servicios Sociales se hacen a nivel familiar.

Es por ello por lo que, según los datos obtenidos de la aplicación M.E.D.A.S. (Mejora y Evolución de Datos de Ámbito Social), en Servicios Sociales solo se han registrado durante el año 2020, un total de 43 demandas directas de jóvenes, siendo el 80% de éstas para empleo y prestaciones económicas.

En lo que respecta a la accesibilidad de la vivienda para la población joven, esta desventaja en el nivel de ingresos, junto con el pronunciado incremento de los precios de la vivienda, ha provocado la agravación de las dificultades de los jóvenes de Villarrobledo para emprender una vida independiente y acceder a la vivienda.

5. Análisis de la situación.

5.1.- Evolución actual y consumo de sustancias.

A la hora de realizar un análisis respecto del consumo de sustancias psicoactivas, **se ha utilizado la información extraída de las encuestas estatales que el Plan Nacional sobre Drogas realiza**, con carácter bianual, sobre dos poblaciones diferenciadas: por una parte, población general residente en hogares con una edad entre 15 y 64 años (EDADES); y, por otra, con estudiantes de enseñanzas secundarias con edades comprendidas entre 14 a 18 años (ESTUDES).

Así mismo, también se ha utilizado la información disponible desde el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, así como del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Prevalencia de consumo de drogas.

La sustancia más consumida por la población, tanto en España como en Castilla-La Mancha es el **alcohol**. En la Región, el 93,2% de la población de 15 a 64 años ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión en la vida, un 74% en el último año y un 60,8% en el último mes, cifras algo inferiores a las observadas a nivel nacional, ya que en la región continúa existiendo una menor proporción de hombres y mujeres que tomaron alcohol, especialmente en el último año y en el último mes.

Con respecto a la evolución del consumo en Castilla-La Mancha, los resultados muestran cifras superiores a la de la última encuesta (2017). El aumento en el consumo se refiere a los 3 indicadores temporales, pero es especialmente relevante el ascenso en el consumo del último año, con 10 puntos porcentuales de diferencia.

El **tabaco** es la segunda droga más importante tras el alcohol, en cuanto a las prevalencias de consumo. En Castilla La Mancha, el 62,5% de la población ha fumado tabaco alguna vez en la vida, un 35,5% ha fumado en los últimos 30 días y a diario lo hacen el 32,5%. Se trata de porcentajes de consumo similares a los observados a nivel nacional. Respecto a la encuesta anterior se ha producido una disminución del consumo de tabaco en todos los indicadores, especialmente en el indicador de alguna vez en la vida. El número medio de cigarrillos fumados al día se sitúa en 10,9 muy semejante a la media nacional (11,9).

En cuanto al uso de medicamentos **hipnosedantes** (tranquilizantes y/o somníferos) con o sin receta médica, se muestra como en Castilla-La Mancha es inferior a la media nacional. Mientras que en España, el 22,5% ha consumido hipnosedantes alguna vez en la vida, en Castilla-La Mancha esta proporción disminuye a 14,1%. En el último mes han consumido hipnosedantes un 5,8% de las/os castellano- manchegas/os. Cabe señalar, que, en términos evolutivos, ni en la autonomía ni a nivel nacional se observan variaciones destacadas en el consumo de estas sustancias, tomando como referencia las prevalencias de 2011.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, el **cannabis** es la droga ilegal más extendida entre la población y tras el alcohol y el tabaco, la tercera sustancia psicoactiva de mayor prevalencia cuando se consulta por el consumo alguna vez en la vida. En Castilla La Mancha el 30,3% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en la vida. En el último año representan el 6,3% de la población, y la prevalencia para el consumo en el último mes está cerca del 5%.

En relación al territorio nacional, todos los tramos temporales analizados reflejan un menor consumo de cannabis en la región que respecto a la media española.

La **cocaína** (polvo y/ base) es la segunda droga ilegal de mayor prevalencia. El 7,2% de la población de 15 a 64 años en Castilla La Mancha, al menos ha probado la sustancia en alguna ocasión en la vida, encontrando que este porcentaje aumenta cuando se realiza el análisis a nivel nacional (11,2%). En términos evolutivos, el dato regional de 2019 se mantiene en niveles similares al de la edición anterior.

Siguiendo con el consumo de **otras sustancias ilegales**, en Castilla La Mancha, la población que alguna vez ha consumido éxtasis (4,1%) supone un porcentaje más elevado que en encuestas anteriores, cosa que igualmente sucede a nivel nacional. Otras drogas como alucinógenos (3,2%), anfetaminas (2,8%) o heroína (0,4%) son minoritarias, no superando en ningún caso al 3,5% de consumidores a nivel probatorio. Los porcentajes de consumo de estas últimas sustancias no han variado significativamente respecto a las anteriores ediciones, consideración que se hace teniendo en cuenta las dificultades de la muestra para detectar consumos tan minoritarios.

Respecto al **consumo diario** de las drogas más prevalentes, vemos que la sustancia más consumida a diario es el tabaco, con un 32,5% de la población regional que lo hace. Esta cifra es muy similar a la obtenida a nivel nacional (32,3%). En cuanto al alcohol, es la segunda droga más consumida a diario (5,4%), seguida de los hipnosedantes (4,2%) y el cannabis (2,5%).

Las cifras de evolución muestran un ligero descenso en los datos regionales, especialmente en el consumo diario de alcohol y tabaco.

Evolución del consumo de drogas en población de 15-64 años (%). España, 2015-2019

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	2015	2017	2019	2015	2017	2019	2015	2017	2019
Alcohol	93,5	91,2	93,0	77,6	75,2	77,2	62,1	62,7	63,0
Tabaco	72,5	69,7	70,0	40,2	40,9	39,4	38,5	38,8	36,8
Cannabis	31,5	35,2	37,5	9,5	11,0	10,5	7,3	9,1	8,0
Hipnosedantes (2)	18,7	20,8	22,5	12,0	11,1	12,0	8,1	7,5	8,6
Analges. opioides									
Cocaína (1)	9,1	10,3	11,2	2,0	2,2	2,5	0,9	1,1	1,2
Éxtasis	3,6	3,6	5,0	0,6	0,6	0,9	0,2	0,2	0,3
Alucinógenos	3,8	4,5	5,5	0,6	0,4	0,6	0,2	0,1	0,2
Anfetamin. speed.	3,8	3,6	4,0	0,5	0,5	0,7	0,2	0,2	0,3
Heroína	0,6	0,6	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Inhalables	0,5	0,6	0,8	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0

(1) Cocaína general (en polvo y cocaína base).

(2) Con y sin receta médica.

Evolución del consumo de drogas en población de 15-64 años (%). Castilla La Mancha, 2015-2019

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			ALGUNA VEZ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	2015	2017	2019	2015	2017	2019	2015	2017	2019
Alcohol	93,5	89,7	93,2	73,1	63,9	74,0	58,9	53,4	60,8
Tabaco	74,5	68	62,5	44,5	40,6	37,3	42,8	38,4	35,5
Cannabis	28,1	28,9	30,3	7,4	7,8	6,3	5,8	6,7	4,9
Hipnosedantes (2)	13,5	13,2	14,1	9,3	7,6	7,7	6,5	6,0	5,8
Analges. opioides		7,5	13,7		3,3	9,8		2,3	5,4
Cocaína (1)	6,2	7,6	7,2	1,2	1,4	2,0	0,6	0,5	0,9
Éxtasis	2,2	2,1	4,1	0,1	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1
Alucinógenos	2,6	2,5	3,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,1	0,2
Anfetamin. speed.	2,2	1,9	2,8	0,3	0,2	0,4	0,3	0,0	0,2
Heroína	0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Inhalables	0,3	0,3	1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2

(1) Cocaína general (en polvo y cocaína base).

(2) Con y sin receta médica.

Prevalencia de **consumo diario** de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 1997-2019/2020.

Consumo diario	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8	34,0	32,3
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3	7,4	8,8
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	2,9
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0	5,9	6,4

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Edad de inicio en el consumo

En lo que respecta a las sustancias psicoactivas con una mayor prevalencia de consumo (alcohol y tabaco), las edades medias de inicio en su consumo son los 14,0 y 14,1 años respectivamente.

Centrando el análisis en el **tabaco**, la edad media en la que se produce el primer consumo sigue siendo la misma desde el 2016. Por su parte, el inicio en el consumo diario de esta sustancia se retrasa ligeramente hasta los 14,7 años.

De igual manera a lo observado con el tabaco, el primer consumo de **alcohol** entre los estudiantes sigue ocurriendo a la misma edad que en las últimas dos ediciones de la encuesta: 14,0 años.

Por su parte, el consumo semanal de alcohol comienza de media a los 15,2 años, sin contemplarse una variación significativa con respecto a las últimas mediciones registradas.

En cuanto a los **hipnosedantes** (ya sean con o sin receta), la edad de inicio en el consumo mantiene cierta estabilidad en comparación al 2019, ya que pasa de 14,0 a 14,1 años.

El inicio en el consumo de **cannabis** empieza, por término medio, antes de cumplir los 15 años (a los 14,9 años), tal y como se ha venido observando desde el año 2000.

Los jóvenes estudiantes que han consumido **éxtasis** en alguna ocasión establecen el primer consumo a los 15,4 años, promedio muy similar al registrado por otras sustancias como la cocaína (15,3 años), las anfetaminas (15,3 años) o los alucinógenos (15,6 años).

Tabla 6. Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (años). España 2021.

	Total	Hombre	Mujer
Hipnosedantes*	14,1	13,8	14,2
Alcohol	14,0	14,0	14,0
Tabaco	14,1	14,1	14,1
Hipnosedantes**	14,4	14,3	14,4
GHB	15,0	15,0	14,9
Heroína	14,7	14,6	15,0
Inhalables volátiles	14,9	15,0	14,7
Esteroides anabolizantes	14,4	14,2	14,9
Tabaco (consumo diario)	14,7	14,8	14,7
Cannabis	14,9	14,8	14,9
Cocaína base	14,9	14,7	15,3
Alcohol (consumo semanal)	15,2	15,2	15,3
Alucinógenos	15,6	15,6	15,5
Setas mágicas	15,5	15,5	15,5
Cocaína polvo y/o base	15,3	15,3	15,4
Analgésicos opioides***	15,1	15,3	14,9
Metanfetamina	15,4	15,2	15,5
Cocaína en polvo	15,4	15,4	15,3
Anfetaminas	15,3	15,4	15,2
Éxtasis	15,4	15,5	15,3

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

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta

** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta

***Para colocarte

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas.

En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo.

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la cocaína. El 93,4% manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud. El porcentaje de población que asocia riesgo al consumo de esta sustancia ha descendido en comparación con el dato del año anterior.

La percepción de riesgo sigue muy extendida respecto al hecho de **fumar un paquete de tabaco diario**: el 92,2% piensa que realizar dicho consumo produciría muchos o bastantes problemas para la salud. El dato obtenido es ligeramente inferior al registrado el año anterior (93%).

Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (**consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (50,2%).

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se ha visto incrementada en 3,8 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido al año 2017, estableciéndose en 85,3% el porcentaje de personas que piensa que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud.

Algo más del 80% de la población cree que **consumir hipnosedantes una vez por semana o más** conlleva riesgo. Cuando hablamos de la percepción de riesgo de consumo de esta sustancia psicoactiva en el tramo temporal de una vez o menos al mes, se establece en 65,3%, ambos datos han aumentado más de 3 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido en el 2017.

Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) (%). España, 1997-2019/2020.

Riesgo percibido	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	97,0	93,4
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	78,8	79,6	83,5
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	62,1	65,3
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,7
Consumir cannabis una vez por semana o más	84	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3
Consumir 1-2 cañas/copas cada día	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45	49,3	43,5	45,8	49,1	50,2
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0	92,2
Jugar a juegos de dinero o apuestas con una frecuencia al menos semanal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,4
Más de 3 horas diarias en internet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,4

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

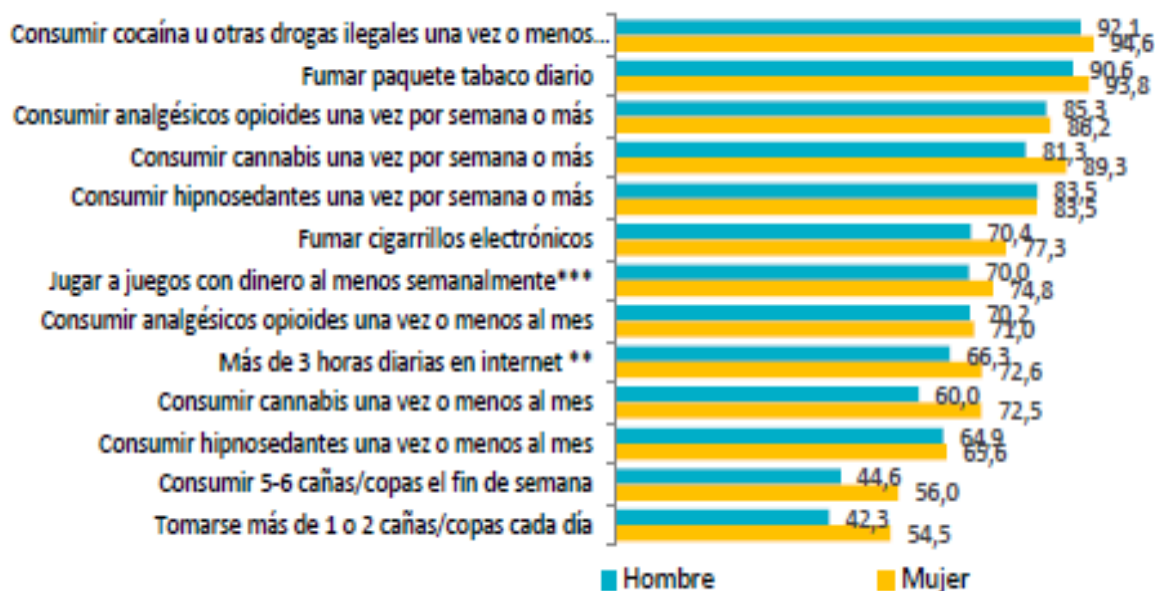
De la misma manera que se observa con los hipnosedantes, la percepción de riesgo del **consumo de analgésicos opioides una vez por semana o más** supera el 80%. Mientras que,

consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas para 7 de cada 10 personas (70,6%).

Para finalizar, cabe mencionar que en la encuesta EDADES 2019/2020 se han incluido variables relacionadas con el **juego con dinero y la adicción a internet**, siendo un 72,4% de la población los que advierten de la gravedad de jugar a juegos con dinero o apuestas semanalmente, en el caso del uso frecuente de internet, aproximadamente el 70% de los individuos piensa que pasar más de 3 horas al día utilizando internet podría ser un problema importante.

De manera general, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas alcanza proporciones más elevadas entre las mujeres que entre los hombres en todos los casos. Comparativamente entre ambos sexos, las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol, cannabis y uso de internet.

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2019/2020.



*otras drogas ilegales incluido en 2019

Emplear más de 3 horas diarias a actividades que requieran el uso de internet sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales *o apuestas

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

5.2.- Evolución por tipo de sustancia.

Alcohol.

En 2019/2020, el 93,0% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Evolutivamente, desde el año 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%. De media, la edad en la que se consume alcohol por primera vez se sitúa en los 16,7 años, habiéndose mantenido estable a lo largo de toda la serie histórica.

Analizando el consumo de alcohol en el último año, algo más del 77% declara haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta, cifra que ha experimentado un aumento respecto al dato registrado en 2017 (75,2%).

La prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días se sitúa en el 63,0%, manteniéndose en niveles muy similares a los del año 2017 (62,7%).

El 8,8% de la población de España declara haber realizado un consumo diario de alcohol. En términos evolutivos, tras el descenso registrado en 2017, este dato ha aumentado en 1,4 puntos con respecto a ese mismo año.

Atendiendo al sexo, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. Las mayores diferencias de consumo en función del sexo se dan en el grupo de 55 a 64 años en todos los tramos temporales. A medida que se reduce el tramo temporal de consumo, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres se hacen mayores en todos los tramos de edad.

El 95,5% de los hombres ha consumido alcohol alguna vez en su vida registrando la máxima prevalencia para este tramo temporal entre los de 55 a 64 años (98,3%). Por su parte, entre las mujeres esta prevalencia se sitúa en el 90,4%, elevándose esta proporción hasta el 91,9% en el grupo de 45 a 54 años.

Para los consumos del último año, la prevalencia entre los hombres se sitúa en el 82,7%, alcanzando su máximo en el grupo de 25 a 34 años (86,1%). En las mujeres, la prevalencia se reduce notablemente (71,6%), elevándose hasta el 76,7% entre las jóvenes de 15 a 24 años.

El 72,0% de los hombres declara haber tomado alguna bebida alcohólica en el último mes, porcentaje que disminuye hasta el 53,9% entre las mujeres.

Existe una gran diferencia entre el nivel de consumo de hombres y mujeres con independencia de la bebida consumida, apreciándose la mayor diferencia en el caso de la cerveza.

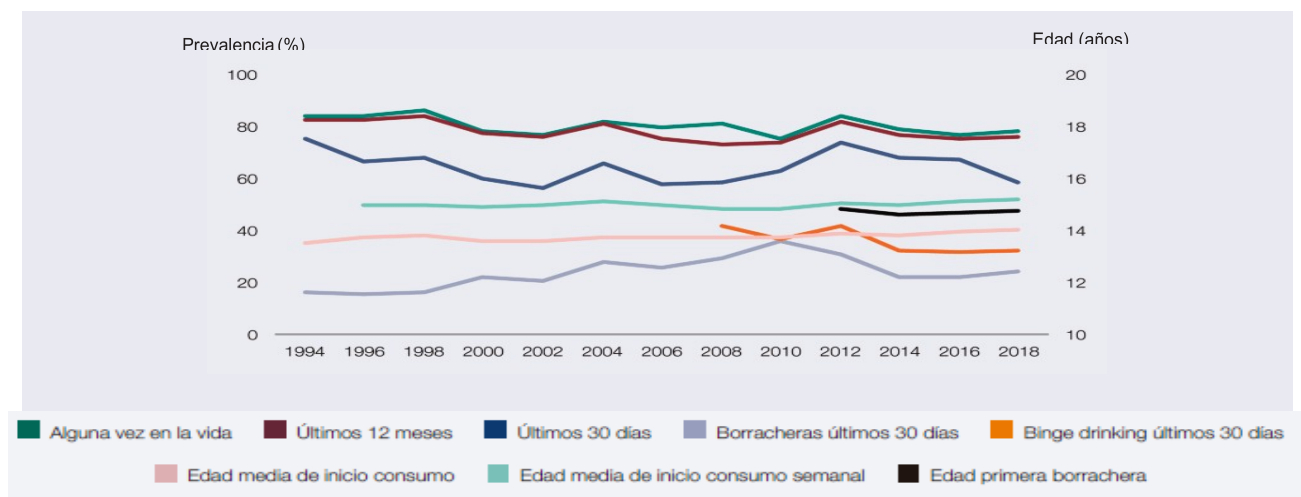
Para finalizar, el 14,2% de los hombres declara consumo diario de alcohol, siendo esta proporción 4 veces superior a la que se da entre las mujeres (3,4%). Tanto en hombres como en mujeres se trata de un patrón de consumo que se hace más presente a medida que aumenta la edad.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Alguna vez en la vida	93,0	95,5	90,4	88,7	90,2	87,1	93,9	96,1	91,7	93,1	95,3	90,9	94	96,1	91,9	93,8	98,3	89,3
Últimos 12 meses	77,2	82,7	71,6	79,3	81,9	76,7	79,2	86,1	72,3	77,9	82,7	73,0	76,7	81,6	71,9	73,6	81,6	65,6
Últimos 30 días	63,0	72,0	53,9	61,8	68,0	55,1	64,7	75	54,3	62,9	70,9	54,6	64,3	72,5	56,4	61	73,2	48,9
Diariamente en los últimos 30 días	8,8	14,2	3,4	1,3	1,9	0,6	4,0	6,1	1,8	8,4	13,5	3,1	10,9	18,0	4,0	16,6	26,8	6,5
Nunca	7,0	4,5	9,6	11,3	9,8	12,9	6,1	3,9	8,3	6,9	4,7	9,1	6,0	3,9	8,1	6,2	1,7	10,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de binge drinking (últimos 30 días), edad media de inicio del consumo y edad media de inicio del consumo semanal, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2018.



Respecto a la **percepción de riesgo**, las personas que han experimentado una intoxicación etílica aguda recientemente, es decir, en los últimos 30 días, perciben en menor medida el riesgo que lleva asociado el consumo de alcohol. Así, el 32,1% de los que se emborracharon piensa que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede acarrear muchos o bastantes problemas, proporción que se eleva hasta el 51,6% entre aquellos que no se han emborrachado en el último mes.

En cuanto al consumo diario de alcohol encontramos menores diferencias. El 40,2% de los individuos que se han emborrachado en el último mes opina que tomarse de manera diaria 1 o 2

cañas/copas de vino podría producir muchos o bastantes problemas, aumentando este porcentaje hasta un 48,9% entre los que no se han emborrachado.

Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

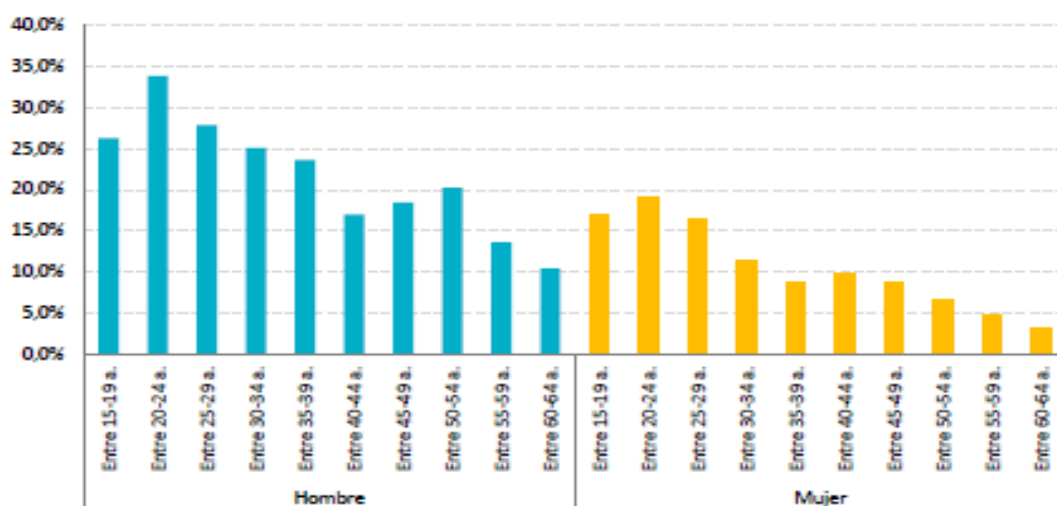
Se considera binge drinking el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. La encuesta EDADES mide el binge drinking en el tramo temporal del último mes.

En 2019 se ha registrado un dato muy similar al obtenido en 2017, observándose un muy ligero repunte.

El consumo de alcohol en atracón está más extendido entre los hombres que entre las mujeres para todos los tramos de edad.

También se observa que es un patrón de consumo que se da más en los grupos de menor edad. En ambos sexos, la máxima prevalencia se registra en el grupo de 20 a 24 años (33,8% hombres y 19,2% en mujeres).

Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Botellón

En base a las prevalencias obtenidas en los diferentes grupos de edad, la prevalencia de botellón en el último año es más elevada entre los más jóvenes, alcanzando cifras del 42,0% entre los de 15 a 24 años, frente al 0,6% registrado entre los de 55 a 64 años.

Atendiendo al **sexo**, en todos los grupos de edad la prevalencia de botellón en los últimos 12 meses es superior en los hombres que en las mujeres, obteniéndose la mayor diferencia en el grupo de edad de 15 a 24 años (46,5% entre los hombres y 37,2% entre las mujeres).

En el grupo de 15 a 18 años, algo más de una tercera parte (36,1%) reconoce haber realizado esta práctica en el último año. En el sexo masculino este porcentaje se eleva a 38,5% siendo del 33,5% entre las mujeres.

Al igual que ocurría en el caso de las intoxicaciones etílicas agudas y del binge drinking, aquellos que han hecho botellón en el último año perciben en menor medida el riesgo asociado al

consumo de alcohol. La proporción de aquellos que reconocen los muchos o bastantes problemas que acarrea consumir 5 o 6 cañas en el fin de semana entre los que han hecho botellón se sitúa en el 36,4%, elevándose 15,4 puntos entre los que no han hecho botellón (51,8%).

También en relación con la percepción de riesgo asociado al consumo diario de alcohol, el porcentaje que percibe riesgo sigue siendo más elevado entre los que no han hecho botellón que entre los que sí. Así, el 42,7% de las personas que hicieron botellón en el último año advierte de un peligro ante el consumo de 1 o 2 cañas/copas de vino cada día, mientras que entre los que no realizaron botellón esta proporción es del 49,0%.

En el análisis de la prevalencia de policonsumo de sustancias psicoactivas en el último año entre aquellos que han hecho botellón y los que no, se observa que el consumo de dos o más sustancias está claramente más extendido entre aquellos que han hecho botellón en el último año que entre los que no.

Prevalencia de botellón, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España,

	15-24			25-34			35-44			45-54			55-64			15-18		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Hacer botellón	42,0	46,5	37,2	13,2	15,3	11,0	3,8	4,3	3,4	1,5	2,0	1,1	0,6	0,8	0,5	36,1	38,5	33,5

2019/2020.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Razones referidas por las que se consume alcohol

En cuanto a las razones referidas por los individuos que consumen bebidas alcohólicas, con independencia del sexo, alrededor del 40% de los consumidores de alcohol declaran hacerlo porque es divertido y anima las fiestas.

En segundo lugar, uno de cada cuatro individuos consume alcohol porque le gusta cómo se sienten después de beber.

Es importante destacar que, según va aumentando la edad de los individuos, son menos los que beben alcohol debido a que es divertido y anima las fiestas y más los que beben porque creen que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada.

Razones referidas para el consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Le gusta cómo se siente después de beber	25,2	30,5	19,8	24,5	27,5	21,3	26,2	31,5	20,9	26,6	31,4	21,7	25,4	31,5	19,4	23,0	30,0	16,2
Es divertido y anima las fiestas	43,3	45,9	40,7	57,4	59,6	55,0	51,0	56,4	45,6	44,6	46,8	42,4	37,8	38,6	37,1	31,3	33,9	28,7
Solo por emborracharse	1,5	2,0	1,0	3,3	4,1	2,5	2,0	2,4	1,6	1,2	2,0	0,5	1,2	1,9	0,6	0,5	0,5	0,4
Por encajar en un grupo o no sentirse excluido	13,4	13,9	12,9	18,7	19,2	18,3	13,9	15,3	12,4	12,8	13,5	12,1	12,5	11,6	13,4	11,0	12,0	10,1
Le ayuda a olvidarse de todo	2,6	3,1	2,0	2,6	2,6	2,6	2,6	2,9	2,2	2,4	3,0	1,8	3,0	3,6	2,3	2,2	3,2	1,2
Cree que es saludable o forma parte de una alimentación equilibrada	11,4	13,3	9,5	2,3	2,4	2,2	6,4	7,8	5,1	10,5	11,8	9,1	14,5	16,9	12,1	19,9	24,0	15,9

Tabaco.

Por detrás del alcohol, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 70,0%, dato similar al obtenido en la anterior oleada.

El consumo en los últimos 12 meses ha sufrido un ligero descenso frente a los datos obtenidos en 2017, pasando de 40,9% a 39,4%, registrando así el dato más bajo de toda la serie histórica. De la misma manera el consumo mensual registra en esta oleada el mínimo histórico (36,8%).

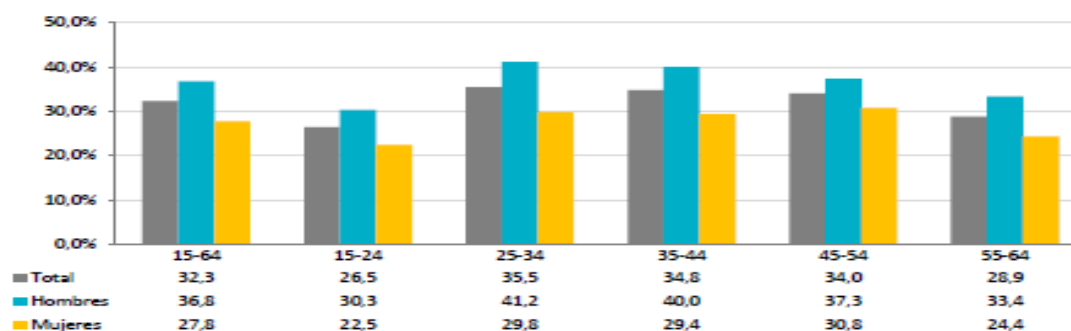
En relación a la prevalencia del consumo diario de tabaco, el 32,3% de las personas ha fumado tabaco a diario en los últimos 30 días. Respecto a 2017, el dato ha descendido notablemente, pasando de 34,0% al 32,3%.

Centrando el análisis en el **tabaco**, la edad media en la que se produce el primer consumo sigue siendo la misma desde el 2016. Por su parte, el inicio en el consumo diario de esta sustancia se retrasa ligeramente hasta los 14,7 años.

Además, la encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia del consumo** de algunas sustancias psicoactivas, esto quiere decir, el porcentaje de la población que sin haber consumido previamente dicha sustancia ha comenzado a consumirla en los últimos 12 meses. En el caso del tabaco, aproximadamente unas 340.000 personas iniciaron su consumo durante el último año, siendo muy similar la proporción entre hombres y mujeres.

El consumo diario de tabaco es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. El tramo de 25 a 34 años es el que registra mayor prevalencia entre los hombres (41,2%), mientras que la prevalencia más alta para las mujeres se anota en el grupo de 45 a 54 años (30,8%).

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Hipnosedantes.

Hipnosedantes con o sin receta

Al igual que ocurrió en 2017 se ha producido un incremento en el consumo de hipnosedantes alguna vez en la vida, registrando en 2019 el máximo de la serie histórica (22,5%).

De la misma manera, los consumos en el resto de tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un ligero aumento en los niveles de prevalencia.

En cuanto a la edad de inicio de consumo se sitúa en los 34,4, dato similar al obtenido en 2017.

La encuesta EDADES incluye un indicador que permite medir la **incidencia de consumo** de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de personas que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla durante el último año. Así, aproximadamente 640.000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses.

Por sexo, el consumo está mucho más extendido entre las mujeres: más de una cuarta parte de las mujeres de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida (26,8%).

Por edad, esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años: el 27% de la población general de 35 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida (31,9% entre las mujeres de este tramo de edad).

El análisis **por sexo y por edad** de las prevalencias de consumo en el resto de tramos temporales ofrecen datos muy similares: prevalencias más elevadas en mujeres y en el grupo de mayor edad (35 a 64 años).

El consumo de hipnosedantes con o sin receta aumenta según se incrementa la edad de la población, siendo este aumento mayor entre las mujeres. Así, para el consumo en los últimos 12 meses, se registra una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años (6,5%) y el de 55 a 64 años (22,2%).

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.

		15 a 64 años			15 a 34 años			35 a 64 años		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Hipnosedantes con o sin receta	Alguna vez	22,5	18,3	26,8	13,1	10,5	15,8	27,0	22,0	31,9
	Último año	12,0	9,4	14,7	6,7	5,4	8,0	14,6	11,3	17,8
	Último mes	8,6	6,5	10,7	3,6	2,9	4,4	10,9	8,2	13,6
	A diario	6,4	4,8	8,1	2,1	1,8	2,4	8,5	6,2	10,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Cannabis.

En lo relativo a las sustancias ilegales, se observa que el cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo en España, en la población de 15 a 64 años. En 2019/2020, el 37,5% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, proporción que ha continuado la tendencia creciente iniciado en 2013 y que ha supuesto un incremento en 2,3 puntos porcentuales respecto a la registrada en 2017 (35,2%) alcanzando el máximo de la serie histórica.

La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 18,5 años, manteniéndose estable a lo largo de todas las ediciones.

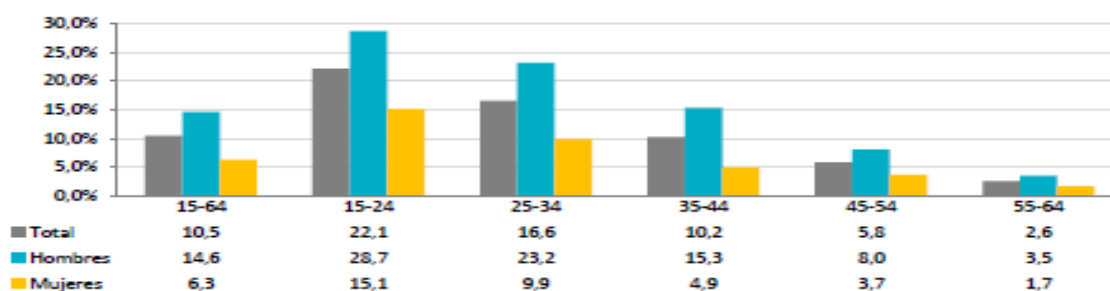
Centrándonos en el consumo en el último año, vemos que la prevalencia se sitúa en el 10,5%, situándose en el 8,0% cuando se analiza el consumo en el último mes. Para ambos tramos temporales, vemos como la prevalencia ha disminuido ligeramente respecto al dato de 2017 (11,0% y 9,1%, respectivamente).

El 2,9% de la población reconoce haber consumido cannabis diariamente en el último mes.

Analizando la prevalencia de consumo de cannabis en el último año en función del sexo y de la edad, el consumo de esta sustancia es más común entre los hombres que entre las mujeres (14,6% y 6,3%, respectivamente), situación que se repite en todos los tramos de edad.

En función de la edad, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye notablemente según aumenta la edad, situación que se repite tanto en hombres como en mujeres. Así se observa que, la máxima prevalencia para ambos sexos se da en el grupo de los jóvenes de 15 a 24 años, donde el 22,1% refiere haber consumido cannabis en los últimos 12 meses frente al 2,6% entre los de 55 a 64 años (2,6%).

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES)

Características del consumo de cannabis

Atendiendo al tipo de cannabis, históricamente la marihuana está más extendida que el hachís entre aquellos que han consumido cannabis en los últimos 30 días. El 48,7% indica haber fumado principalmente marihuana, porcentaje que se reduce notablemente para aquellos que han consumido principalmente hachís (20,6%). El 30,8% son aquellos que indican haber fumado cannabis de los dos tipos.

El hecho de fumar ambos tipos (marihuana y hachís) está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, mientras que con el hachís pasa lo contrario.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis en el último mes reconoce haberlo consumido mezclándolo con tabaco (86,9%). Dato que disminuye 6 puntos porcentuales respecto a lo observado en 2017.

El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,9 porros, manejándose cifras similares en hombres y mujeres. Se observa para dicho valor una tendencia ascendente desde el año 2015.

Evolución de las características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%). España, 2015-2019/2020.

		2015			2017			2019		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Consumo cannabis últimos 30 días	Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0
	Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5
	De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	Sí	89,5	90,1	87,7	92,9	92,9	92,9	86,9	87,4	85,6
	No	10,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4
Media de porros consumidos al día		2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Consumo problemático de cannabis (CAST)

La gran mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc3.

Es necesario introducir métodos que permitan identificar el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

Después de evaluar la utilidad y adecuación de diferentes escalas, se optó por utilizar la escala CAST (Legleye et al. 2007)4 Cannabis Abuse Screening Test, que fue la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas. Esta escala se ha introducido en las encuestas ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018 y EDADES 2013, 2015, 2017 y 2019, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

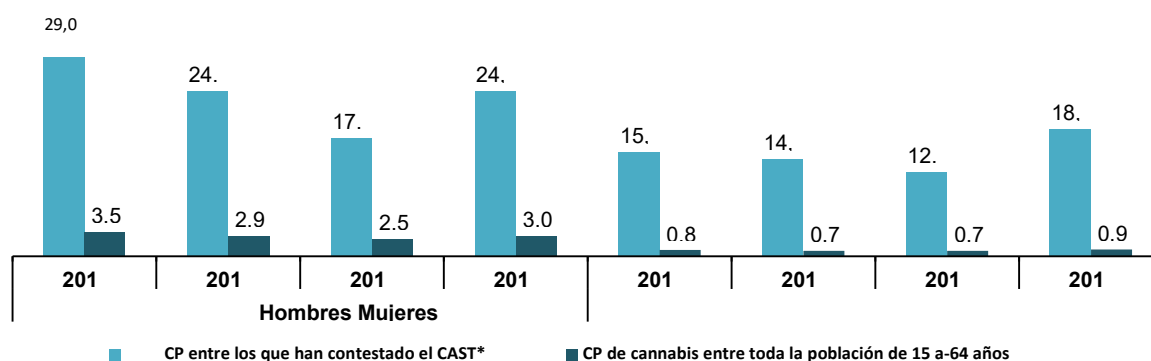
La escala CAST es un instrumento de cribado que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

En 2019/2020 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años fue del 1,9%, representando aproximadamente a 590.000 personas3. Teniendo en cuenta a los individuos que han consumido cannabis en los últimos 12 meses que han contestado a la escala CAST, se observa que la prevalencia de consumo problemático se sitúa en el 22,5%.

En función del sexo, el consumo problemático de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres (24,1% frente a 18,5%).

Evolutivamente, tras varias oleadas registrando descensos, la prevalencia de consumo problemático de cannabis ha registrado un repunte en el año 2019/2020.

Evolución de la prevalencia del consumo problemático de cannabis (puntuación escala CAST ≥ 4) entre los que han contestado la escala CAST del cuestionario EDADES y entre los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años, según sexo (%). España, 2013-2019/2020.



CP= Consumo Problemático

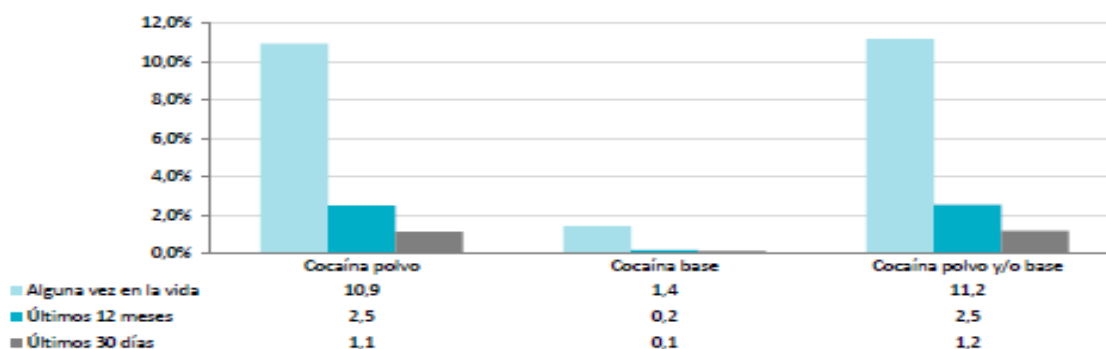
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Cocaína.

Cocaína polvo y/o base

Teniendo en cuenta el consumo de la cocaína en general, es decir, tanto en polvo como en base, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 11,2%. Analizando el consumo en los últimos 12 meses, el 2,5% de la población reconoce haberla consumido dentro de ese plazo temporal, disminuyendo esta proporción hasta el 1,2% en el periodo temporal del último mes.

Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Analizando la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en el último año en función del sexo, el consumo está más extendido en los hombres que en las mujeres (4,1% frente a 1,0%). Esta situación se repite en todos los tramos de edad, si bien las mayores diferencias entre sexos se dan para el tramo de 25 a 44 años con más de 3 puntos porcentuales de diferencia.

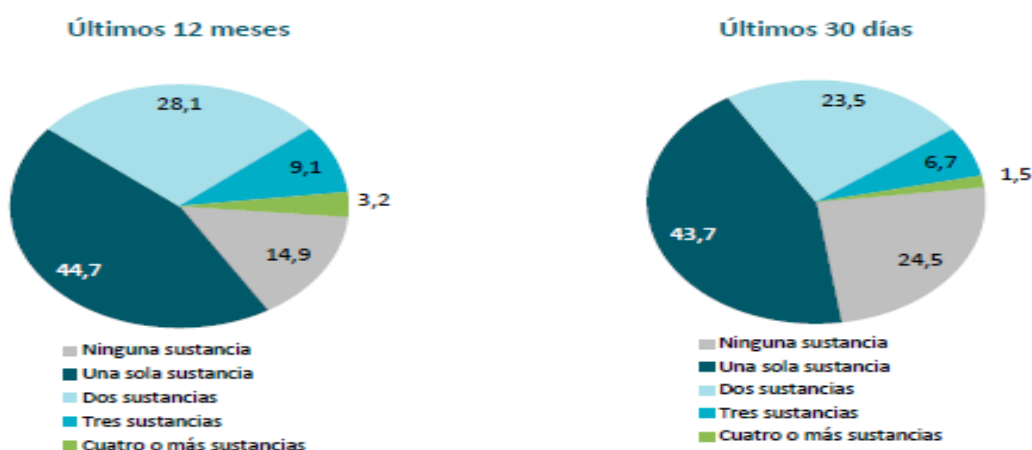
Policonsumo.

El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón aumenta los riesgos del consumo de drogas, potenciando los efectos de unas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

En el marco temporal de los últimos 12 meses, el 40,4% de la población consumió dos o más sustancias psicoactivas diferentes, es decir realizó policonsumo, dato ligeramente inferior al obtenido en 2017 (41,2%). Por otro lado, el 44,7% de los individuos consumió solamente una sustancia. Finalmente, el 14,9% restante pertenece a aquellos que no han consumido ninguna sustancia durante este periodo.

Cuando analizamos el consumo en el último mes, el porcentaje de personas que ha consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes es de un 31,7%. Al igual que ocurría en el periodo de los últimos 12 meses, el porcentaje más alto es para los individuos que han consumido una única sustancia (43,7%). El 24,5% restante manifiesta no haber consumido ninguna sustancia en el último mes.

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en la población de 15-64 años (%). España, 2019/2020.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES)

* SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles)

Por sexo, el policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas) se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres en todos los tramos de edad. Por edad, en el caso de los hombres, el porcentaje más elevado de policonsumo lo encontramos entre los de 25 y 34 años, donde aproximadamente la mitad de los individuos ha realizado policonsumo en el último año. Sin embargo, es en el tramo de 45 a 54 años, donde las mujeres obtienen el porcentaje más alto de policonsumo, tramo de edad en el que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres ha consumido dos o más sustancias diferentes durante los últimos 12 meses.

Percepción de riesgo ante las drogas.

La percepción de riesgo contempla en qué medida las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo y puede ser problemático supone un freno al consumo.

La opinión de la población es generalizada cuando se opina sobre el consumo de la cocaína. El 93,4% manifiesta que consumir esta sustancia una vez o menos al mes, puede producir muchos o bastantes problemas de salud. El porcentaje de población que asocia riesgo al consumo de esta sustancia ha descendido en comparación con el dato del año anterior.

La percepción de riesgo sigue muy extendida respecto al hecho de **fumar un paquete de tabaco diario**: el 92,2% piensa que realizar dicho consumo produciría muchos o bastantes problemas para la salud. El dato obtenido es ligeramente inferior al registrado el año anterior (93%).

Respecto al consumo de alcohol de manera habitual (**consumo 5-6 copas/cañas el fin de semana**) es percibido como un riesgo por algo más de la mitad de la población (50,2%).

En relación al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más), la percepción de riesgo se ha visto incrementada en 3,8 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido al año 2017, estableciéndose en 85,3% el porcentaje de personas que piensa que consumir cannabis una vez por semana o más produciría bastantes/muchos problemas para la salud.

En lo que respecta al **consumo esporádico de cannabis** (una vez o menos al mes), en el año 2019 se ha obtenido un dato similar al de la medición anterior, siendo el 66,3% de las personas los que piensan que dicho consumo podría ser bastante o muy perjudicial para la salud.

Algo más del 80% de la población cree que **consumir hipnosedantes una vez por semana o más** conlleva riesgo. Cuando hablamos de la percepción de riesgo de consumo de esta sustancia psicoactiva en el tramo temporal de una vez o menos al mes, se establece en 65,3%, ambos datos han aumentado más de 3 puntos porcentuales con respecto al dato obtenido en el 2017.

Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) (%). España, 1997-2019/2020.

Riesgo percibido	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	97,0	93,4
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	78,8	79,6	83,5
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	62,1	65,3
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,6
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,7
Consumir cannabis una vez por semana o más	84	87,6	83,1	79,2	80,8	83,0	81,6	85,5	82,4	79,8	81,5	85,3
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62,0	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	66,1	66,3
Consumir 1-2 cañas/copas cada día	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45	49,3	43,5	45,8	49,1	50,2
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	93,0	92,2
Jugar a juegos con dinero o apuestas con una frecuencia al menos semanal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,4
Más de 3 horas diarias en internet	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,4

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

5.3.- Adicciones comportamentales.

También denominadas adicciones psicológicas o comportamentales. En este grupo, tal y como se ha comentado anteriormente, se englobaría al denominado juego patológico, así como otras conductas adictivas: al trabajo, al sexo, a compras, a internet, al ejercicio, etc., conductas que llegan a repercutir negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona que las padece, y a su entorno.

Las clasificaciones diagnósticas más importantes de los trastornos mentales, CIE-10 (OMS, 1992) y DSM-V (APA, 2013) no incorporan las denominadas adicciones comportamentales, salvo el “juego patológico”. Concretamente, el DSM V, lo justifica diciendo *“puesto que no existen suficientes datos científicos para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones de sus cursos, fundamentales para considerar estos comportamientos como trastornos mentales”*. En relación al juego patológico, es necesario tener en cuenta las variaciones que, en los últimos años, ha tenido el mismo y que, en la actualidad, hace necesario observar la evolución del mismo respecto del juego online y las apuestas deportivas en establecimientos físicos, afectando a una población cada vez más joven.

Si bien es difícil encontrar evidencias científicas en relación a las conductas adictivas sin sustancias, existe una demanda creciente de atención profesional derivada de las mismas. Y esta demanda, cada vez más se va teniendo en cuenta desde los recursos de tratamiento especializados, aunque es cierto que los mismos están contruidos desde la base de una intervención en relación al consumo de una/s sustancia/s generadoras de una conducta adictiva. Se hace necesario visualizar en la sociedad este tipo de conductas, con la finalidad de realizar una efectiva sensibilización, así como aumentar la percepción de riesgo respecto a la problemática derivada de las mismas.

Juegos de azar (online y presencial).

En 2019/20, un 64,2% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero (66,8% en hombres y 61,5% en mujeres).

Como en años anteriores, sigue observándose una gran diferencia entre la prevalencia de juego con dinero online, con una prevalencia en 2019/20 del 6,7%, y el juego de manera presencial, con una prevalencia del 63,6%

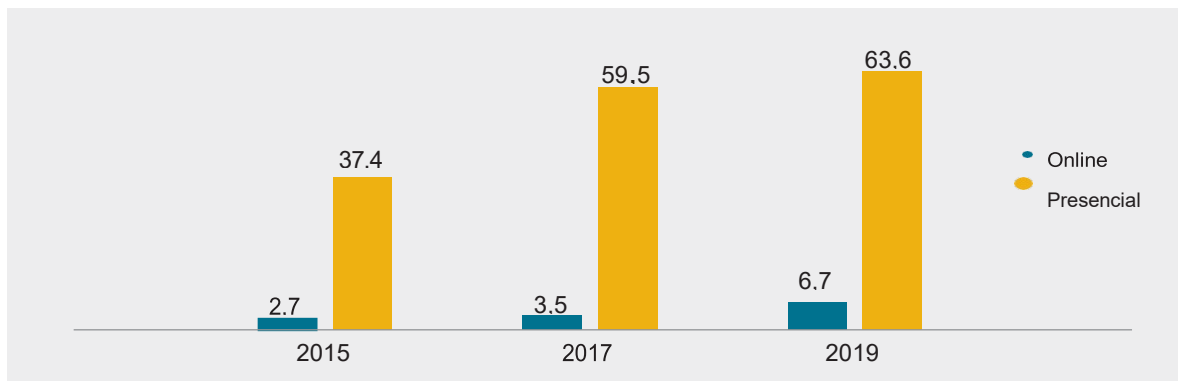
La prevalencia de las personas que han jugado dinero, tanto online como presencial, durante el último año sigue siendo baja (6,1% de la población), pero se ha duplicado con respecto al año 2017 (2,8%), siendo la gran mayoría hombres

Prevalencia de juego con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.

	2017			2019		
	T	H	M	T	H	M
Nunca o no en los últimos 12 meses	39,8	36,5	43,1	35,8	33,2	38,5
Ha jugado dinero (online y/o presencial) en los últimos 12 meses	60,2	63,5	56,9	64,2	66,8	61,5

T: total, H: hombres, M: mujeres.

Prevalencia de juego con dinero online o presencial en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España, 2015-2019/2020.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES)

En 2018, un 25,5 % de los estudiantes de 14 a 18 años ha jugado dinero (35,6% en hombres y 16,1% en mujeres). Evolutivamente, se aprecia una tendencia ascendente desde el inicio de la serie.

En 2018, un 7,4% de los estudiantes de 14 a 18 años han jugado dinero tanto online como presencial durante el último año, siendo chicos la gran mayoría.

En cuanto a la edad de inicio, no se aprecian diferencias entre el juego online y el juego presencial, siendo de 14,7 años y 14,6 años, respectivamente.

El juego problemático.

Cuando el juego se convierte en el centro de la vida de una persona; ocupando una gran parte de la actividad diaria, pensando en cómo jugar, cuando o de donde sacar el dinero para poder jugar; y se es incapaz de dejar de jugar a pesar de las consecuencias negativas que dañan seriamente sus relaciones familiares, laborales o personales, estamos ante lo que se conoce como trastorno del juego.

La posibilidad de realizar ciertas actividades on line favorece muchos comportamientos potencialmente adictivos, incluido el trastorno de juego. La inmediatez de la recompensa, la fácil accesibilidad y acceso 24 horas al día, el anonimato y el entorno íntimo que proporcionan las nuevas tecnologías, facilitan la pérdida de control.

Inicialmente el trastorno del juego, o lo que se conoce también por juego patológico fue considerado como un trastorno en el control de los impulsos desde que fue reconocido como entidad nosológica en la clasificación americana de los trastornos mentales, DSM-III3, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Según la última versión de este manual, el DSM-V4 el juego patológico es “una conducta de juego persistente y desadaptativa que genera un malestar clínicamente significativo”. Dada la evidencia actual, en el DSM-V el juego patológico se clasifica dentro del capítulo de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”.

También la Organización Mundial de la Salud, que introdujo el juego patológico como entidad en la CIE-104, lo considera como un trastorno en el control de los impulsos. Este trastorno suele empezar en la adolescencia en los hombres y en edades más avanzadas en mujeres, pasando por diversas oscilaciones, pero con tendencia a convertirse en un problema crónico. Es decir, se considera que el problema tiene un comienzo, seguido de periodos de remisión y agudización durante el resto de la vida adulta. Habitualmente, la preocupación, la necesidad y la conducta de

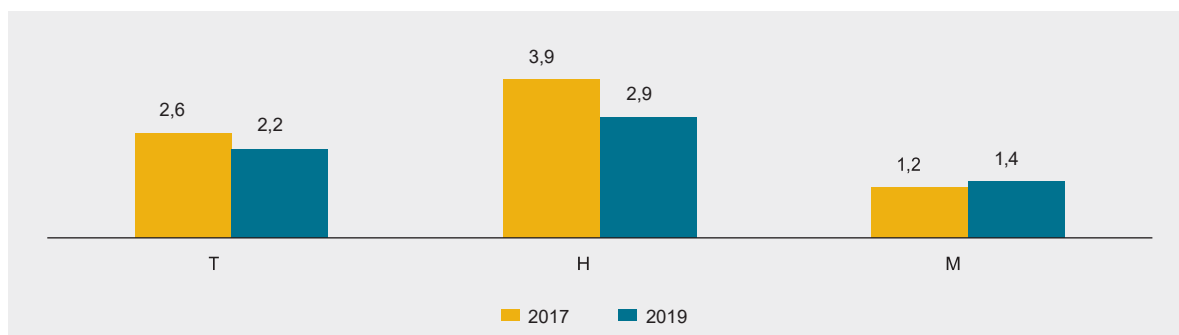
juego aumentan durante los periodos de estrés y, así mismo, los problemas que surgen como resultado del juego tienden a una intensificación de la conducta de juego.

Con la aparición del DSM-IV, se añade un nuevo aspecto en los criterios diagnósticos para este problema ya que se comienza a dar relevancia tanto a las consecuencias del juego como a los factores desencadenantes del mismo, sugiriéndose la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos de este problema. Asimismo, en esta edición del manual diagnóstico se añade un criterio a los de su anterior versión, ya que se habla de un nuevo síntoma; “el juego se utiliza como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico”.

En 2019/20, se estima que el 2,2% de la población presentaría un posible juego problemático o trastorno del juego. De manera evolutiva este dato ha decrecido ligeramente con respecto al dato en 2017, cuando dicha prevalencia fue del 2,6%. El valor es superior en los hombres.

Entre los jugadores de los últimos 12 meses que han contestado la escala DSM-V, en 2019/20 el 2,7% realizaría un posible juego problemático al haber obtenido una puntuación de 1 a 3 en dicha escala y el 1% presentaría un posible trastorno por juego, al obtener 4 o más ítems positivos en el DSM-V. Estos datos supondrían, extrapolando a la población española de 15 a 64 años, que el 1,6% de personas realizarían un posible juego problemático y un 0,6% presentarían un posible trastorno del juego

Posible juego problemático o trastorno del juego (DSM-V ≥ 1) entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017-2019/2020.



T: total, H: hombres, M: mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Uso compulsivo de internet.

El uso de internet está ampliamente extendido en la población española. Según la encuesta EDADES 2019/20, prácticamente la totalidad de la población ha utilizado internet con fines lúdicos alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.

Por edad, las mayores prevalencias (alrededor al 98%) se observan entre los individuos de 15 a 44 años, mientras que la prevalencia desciende hasta un 85% cuando analizamos a los mayores de 55 años. No se observan diferencias entre hombres y mujeres.

Al analizar los tipos de actividades realizadas por Internet, se observa que tanto en hombres como en mujeres las actividades más realizadas son usar mensajería instantánea, intercambiar mensajes (p. ej. WhatsApp), buscar información sobre bienes y servicios, recibir o enviar correos electrónicos y ver contenidos de video de sitios para compartir (por ejemplo, YouTube)⁸.

El uso compulsivo de internet es un fenómeno creciente de nuestro tiempo que se da, sobre todo, en los grupos más jóvenes. En los últimos años, el uso problemático de internet ha trascendido la consideración de trastorno del control de impulsos¹⁰ para encuadrarse en las adicciones comportamentales, aceptando que tiene una base común con el resto de conductas adictivas. El manual DSM-V incluye el trastorno por juego en los trastornos adictivos y el trastorno por Juego online (internet Gaming Disorder) en el apartado “condiciones para mas estudios en el futuro”.

Las consecuencias a nivel psicológico y conductual que el uso compulsivo de internet provoca en las personas y sobre todo en los más jóvenes, demandan una respuesta eficaz. Uno de los grandes retos en este contexto es el de disponer de datos que permitan conocer el estado de situación a nivel poblacional.

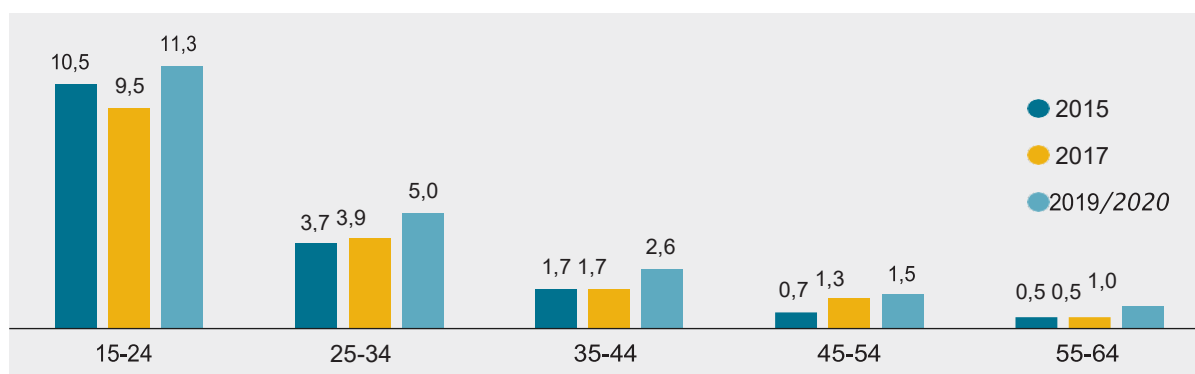
Tanto en 2015 como en 2017, casi un 3% de la población de 15 a 64 años realizó un posible uso compulsivo de internet en España, lo que supondría una cifra estimada de aproximadamente 900.000 personas. En 2019/20, esta prevalencia aumentó al 3,7%, lo que supondría una cifra estimada de aproximadamente 1.139.000 personas.

Prevalencia de usuarios de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo de internet entre la población de 15 a 64 años (%). España, 2015-2017.

	Prevalencia de posible uso compulsivo de internet (Puntuación CIUS≥28)
2015	2,9
2017	2,9
2019	3,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Prevalencia de usuarios de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo de internet entre la población de 15 a 64 años, según edad (%). España, 2015-2019.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Uso compulsivo de videojuegos.

En las últimas décadas, el potencial adictivo de los videojuegos ha sido un tema ampliamente discutido en los medios de comunicación y, en la literatura científica, desde el año 1992 hay más de 1000 artículos científicos publicados relacionados con este tema. Este debate científico hizo que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatras del año 2013, en la sección III, reservada a las condiciones que requieren estudio posterior, incluyese el Trastorno por Juego en Internet (*Internet Gaming Disorder*), especificando que solo se incluyen en este trastorno los juegos de internet sin apuestas.

Posteriormente, en el año 2018, la OMS incluyó el trastorno por uso de videojuegos en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). La decisión de incluir el trastorno por juego en la CIE-11 se basó en revisiones de la evidencia científica disponible y reflejo un consenso de expertos de diferentes disciplinas y regiones geográficas del mundo que participaron en el proceso de consultas técnicas emprendidas por la OMS en el proceso de desarrollo de la CIE-11.

El trastorno por uso de videojuegos se define, según la CIE-11, como un patrón de comportamiento de juego ("juego digital" o "videojuego") caracterizado por un control deficiente sobre el juego, aumentando la prioridad dada al juego sobre otras actividades en la medida en que el juego tiene prioridad sobre otros intereses y actividades diarias, junto a la continuación del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas.

Para que se diagnostique el trastorno por uso de videojuegos, el patrón de comportamiento debe ser lo suficientemente severo como para provocar un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento y, normalmente, habría sido evidente durante al menos 12 meses.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es la base para la identificación de tendencias y estadísticas de salud a nivel mundial y el estándar internacional para informar sobre enfermedades y afecciones de salud. Es utilizado por profesionales de todo el mundo para el diagnóstico y categorización de enfermedades. La inclusión de un trastorno en el CIE es una consideración que los países tienen en cuenta al planificar estrategias de salud pública y monitorizar las tendencias de los trastornos.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014 incluye, dentro del campo de actuaciones como un eje fundamental de la Estrategia, las adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

En España, el 82,2% de los estudiantes declaran haber jugado a videojuegos en el último año.

En cuanto a la actividad con los eSports en los últimos 12 meses, el 47,9% de los alumnos han jugado y el 34,7% han sido espectadores mientras otros jugaban.

Por sexo, podemos observar como las tres actividades son mucho más frecuentes entre los chicos que entre las chicas. Por ejemplo, en el caso de los videojuegos, el 96% de los chicos han jugado en el último año, porcentaje que desciende al 69% en el caso de las chicas.

Por edad, se registran las mayores prevalencias entre los estudiantes de 14 años, reduciéndose las mismas según avanza la edad de los alumnos.

Frecuencia de uso de videojuegos en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.

		Total	Sexo		Edad				
			H	M	14	15	16	17	18
Nunca o no en los últimos 12 meses	Nunca	18,4	4,1	32,4	15,1	16,3	19,4	21,0	22,6
De 1 a 3 días al año	Anualmente	14,2	4,7	23,5	12,8	14,0	14,2	15,5	14,5
De 1 a 3 días al mes	Mensualmente	20,6	16,9	24,3	20,0	19,8	21,6	21,2	19,5
De 1 a 4 días por semana	Semanalmente	28,6	43,2	14,3	33,7	30,6	27,7	24,9	25,2
De 5 a 7 días por semana	Diariamente	18,1	31,0	5,4	18,5	19,3	17,2	17,4	18,2

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

Se observa que la gran mayoría de los estudiantes que han jugado a videojuegos en los últimos 12 meses dedican menos de 2 horas al día a realizar dicha actividad, siendo tan solo un 5,6% de entre todos los estudiantes, aquellos que han jugado más de 5 horas al día. Por sexo, apreciamos como son los chicos los que dedican un mayor número de horas a jugar con los videojuegos mientras que, por edad, no se aprecian diferencias de conducta reseñables.

Tiempo de uso de videojuegos en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14	15	16	17	18
Nunca o no en los últimos 12 meses	20,4	4,3	38,0	16,6	18,1	21,3	23,3	24,9
Menos de 2 horas	50,9	49,5	52,6	51,8	51,0	51,6	50,7	46,4
De 2 a 5 horas al día	23,0	36,5	8,1	25,5	24,9	21,4	20,9	23,1
De 6 a 8 horas al día	3,7	6,4	0,8	4,1	3,9	3,7	3,4	3,1
Más de 8 horas al día	1,9	3,3	0,4	2,0	2,1	1,9	1,7	2,5

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

Posible trastorno por uso de videojuegos en población de estudiantes de 14 a 18 años

Entre el total de los estudiantes de 14 a 18 años, el 6,1% presentaría un potencial trastorno por uso de videojuegos según la escala basada en criterios DSM-V. Este porcentaje se duplica (12,1%) cuando la población de referencia es la de estudiantes que han jugado a videojuegos en los últimos 12 meses.

Por sexo, se aprecian grandes diferencias. Este porcentaje supera el 10% entre los chicos mientras que entre las chicas el dato es inferior al 2%. Por edad, las mayores prevalencias de posible trastorno se registran entre los alumnos de 14 y 15 años.

Prevalencia de posible trastorno por uso de videojuegos entre la población de estudiantes de 14 a 18 años, según edad y sexo (%). España, 2018.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14	15	16	17	18
Posible trastorno por uso de videojuegos (DSM-V ≥ 5)	6,1	10,4	1,9	7,5	6,5	5,3	5,5	5,9

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

Objetivos del Plan

6.Objetivos Generales.

Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

Reducir el consumo de drogas (legales o ilegales) y otros comportamientos adictivos en la población en situación de riesgo y/o disminuir las consecuencias negativas de cualquier conducta adictiva.

Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Impulsar y mejorar la coordinación con el sistema regional de inserción social para minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas/consumos problemáticos y contribuir en la respuesta continuada, coordinada y eficaz a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito local de las adicciones y potenciar la formación, investigación, difusión y evaluación del Plan Municipal.

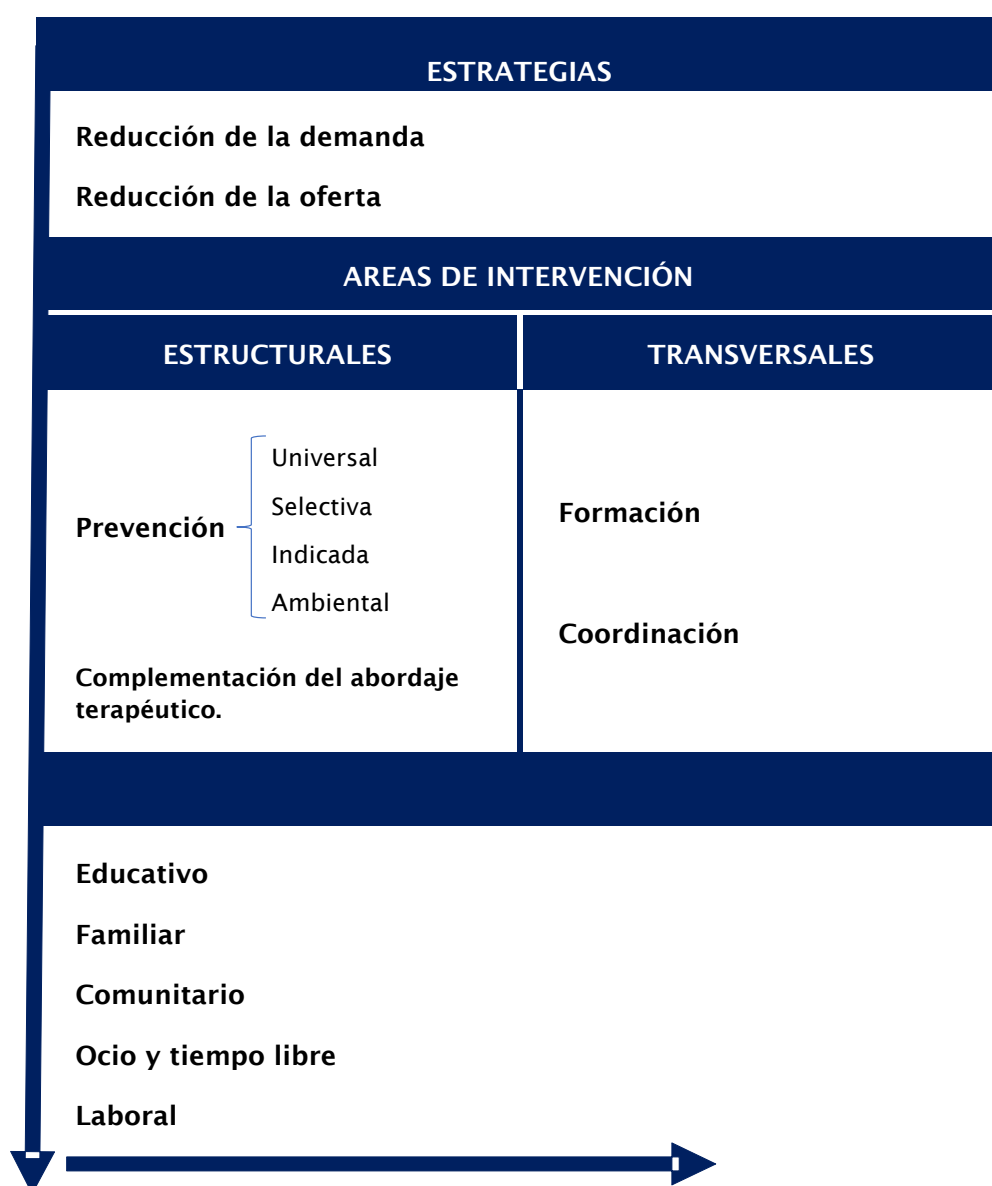
Incorporar en las acciones las variables de género, multiculturalidad y diversidad.

La estrategia 2022-2026

"59 actuaciones en plan"

7. Líneas estratégicas, áreas y ámbitos de actuación.

Presentamos una propuesta de actuación para el período 2022-2026 que, sumando y actualizando las intervenciones desarrolladas en los planes municipales anteriores, recoja sus actuaciones en el siguiente marco general:



7.1.- Área estructural de intervención 1.

Prevención Universal.

Línea estratégica 1. Reducción de la demanda

El Plan de Acción Nacional sobre Adicciones 2018-2020, establece que las intervenciones en prevención y asistencia, integradas en el epígrafe “*Reducción de la Demanda*” posibilitan una sociedad más saludable, al incidir en aspectos como: reducción de la promoción de las sustancias y otras conductas susceptibles de generar adicción, concienciación social de los riesgos y daños provocados por las adicciones, el aumento de la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, Tics) y la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de sustancias, fundamentalmente el cannabis y el alcohol. (Plan Acción 2018-2020).

Todas estas medidas están contempladas en el presente Plan, sobre todo en las acciones dirigidas a aumentar la percepción de riesgo sobre alcohol y cannabis. Además, se integra, la importancia de desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a las adicciones, el promover hábitos de vida saludables y detectar precozmente las situaciones de mayor riesgo.

El Plan pretende abarcar toda la diversidad que conforma la realidad de Villarrobledo, municipio que apuesta por la atención a la diversidad funcional, así como la sensibilidad de género y la diversidad sexual que permite dar una respuesta diferenciada a la incidencia de las sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.

Los programas de prevención universal son aquellos que **se dirigen a población general**, (escuela, barrio, grupos familiares, etc.) con actividades y mensajes destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

Las **características** de los programas preventivos desarrollados en este nivel son:

- Están diseñados para alcanzar a grupos o colectivos de la población general, independientemente del nivel de riesgo soportado, es decir, sin tener en cuenta las situaciones específicas de riesgo a las que puedan estar expuestos los grupos poblacionales destinatarios de las intervenciones programadas.
- Tienen como finalidad retrasar o prevenir el inicio o disminuir el uso de drogas. Para ello, pueden fijarse como objetivos intermedios:
 - Aclarar mitos en relación a las drogas.
 - Incrementar las habilidades de relación social.
 - Incrementar la capacidad crítica frente a las diversas presiones.
 - Incrementar la percepción del riesgo asociado al uso, etc.
- Se basan en la evidencia, siempre fragmentaria y provisional, pero cada vez mayor y Son de naturaleza multicomponente (desarrollados en todos los ámbitos de intervención).

- Contribuyen a educar personas informadas, socialmente competentes y éticamente responsables, que buscan su propio bienestar y disfrute, por lo que se conducen de un modo no lesivo para sí mismas y para las personas con las que conviven. Fomentan, a su vez, un saber objetivo sobre efectos y riesgos, una información rigurosa y equilibrada que evite vaguedades moralizantes y pseudoverdades tremendistas.
- Requieren menos implicación en el programa, en cuanto a inversión de tiempo y esfuerzo, por parte de la población destinataria, que la implicación requerida en los programas selectivos e indicados (por ejemplo, una campaña de sensibilización sólo requiere el interés del destinatario para reconocerla).

Con este telón de fondo, se consolida en el municipio la continuidad de las intervenciones de prevención universal dirigidas a los ámbitos educativo, familiar, comunitario, laboral y de ocio y tiempo libre.

Siguiendo las directrices de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, de la experiencia acumulada durante el desarrollo de los anteriores Planes y las tendencias actuales, se impulsarán programas de prevención basados en la evidencia científica.

El Plan prioriza las intervenciones preventivas que tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción, a través de acciones que impulsan la promoción y educación para la salud y el bienestar socioemocional.

Ámbito de Intervención 1: Educativo.

Como espacio educativo, la escuela es un lugar ineludible para el desarrollo de programas preventivos porque acoge prácticamente a toda la población, en un momento evolutivo de máxima plasticidad en el que conviven a diario con profesionales de la educación.

La investigación ofrece algunos criterios básicos de una prevención efectiva en este ámbito:

- Una prevención que acompañe a la escuela en el proceso de promover la inteligencia emocional y social del alumnado. El desarrollo positivo de las personas como eje de las actuaciones.
- Una prevención longitudinal que abarque toda la escolarización. A veces se pide a actuaciones puntuales un impacto profundo y duradero, pero estos aprendizajes requieren procesos sostenidos en el tiempo, adaptados al desarrollo cognitivo y la maduración socioemocional de quien aprende.
- Una prevención que se beneficie de los planteamientos de una escuela abierta en la que chicas y chicos colaboran en la construcción crítica de saberes y, más allá de las áreas curriculares, exploran la realidad trabajando por proyectos. En este sentido, no se trata de transmitir datos científicos sobre las drogas, sino de procurar que el propio alumnado los descubra como resultado del cuestionamiento crítico de la realidad.
- Una prevención que oriente el desarrollo de sus contenidos en espacios específicos como Tutoría y Valores éticos.
- Una prevención que haga un esfuerzo de organización de las propuestas que dirige a la escuela, para que sean coherentes y se presenten de manera coordinada, evitando una sensación abrumadora de dispersión.
- Una prevención que promueve la capacitación del profesorado para que conozca a fondo los contenidos y, en especial, las dinámicas interactivas de los programas.

Todo esto no implica que no seamos conscientes de las limitaciones de la escuela para acoger propuestas procedentes de otras instituciones, lo que nos lleva a plantearnos la necesidad de ser escrupulosamente respetuosos con sus ritmos, posibilidades y necesidades.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

- Diseño de una propuesta que incluya toda la oferta municipal de prevención, a modo de “menú”, para su presentación presencial y online al profesorado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Sería deseable acordar esta oferta con el resto de servicios municipales que formulan proyectos para la escuela, a fin de apoyar coincidencias, evitar redundancias y reducir el riesgo de abrumar al profesorado.

La oferta de prevención incluirá:

-Iniciativas para el desarrollo de la inteligencia social y emocional.

-Programas basados en el desarrollo de habilidades sociales y cuestionamiento de la percepción normativa (la creencia con respecto a que los consumos de drogas están más extendidos de lo que según los datos conocidos lo están).

- Propuestas que, desde el punto de vista de las sustancias, a partir de Secundaria se centren en el alcohol, el tabaco, el cannabis y los hipnosedantes.
- Actuaciones orientadas a prevenir conductas con potencial de abuso relacionadas con el juego y el uso de las TIC.
- Atender a consideraciones relacionadas con el género en el desarrollo de los programas.
- Incorporar, en su caso, criterios de actuación relacionados con la diversidad cultural presente en las aulas.
- Oferta sistematizada de formación y acompañamiento del profesorado:
 - Asesoramiento al profesorado acerca del modo más efectivo de dinamizar en el aula los programas preventivos, de acuerdo con el criterio de flexibilidad, de tal manera que no se desarrollen acciones homogéneas en contextos y con poblaciones que no lo son. Flexibilidad que significa que los programas deben adaptarse a la singularidad de los centros (las etapas, las aulas, el profesorado, el alumnado) y no al revés.
 - Idear conjuntamente procedimientos de colaboración que hagan posible un trabajo compartido que redunde en la mejora de la cobertura de los programas, la calidad de su aplicación y la satisfacción con el proceso vivido.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 1: Prevención Universal. Ámbito de Intervención: Educativo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Promover el desarrollo de actuaciones de prevención universal en la escuela.	Diseño y elaboración de una oferta sistematizada de programas para su presentación en los Centros de Educación Primaria y Secundaria.	Nº de programas disponibles en la Región basados en la evidencia. Nº de Centros Educativos interesados en participar,
Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Primaria.	Desarrollo de los programas de “Educación para la Salud-Prevención de Drogas en el Medio Escolar” ofertados “a modo de menú” en los centros de Educación Infantil y Primaria.	Nº centros de Educación Primaria que realizan el programa. Nº temas trabajados. Nº actividades realizadas en cada tema. Nº alumnado participante en el programa segregado por sexo. Nº profesorado que desarrolla el programa. Nº de reuniones de coordinación
Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Secundaria.	Acciones de Educación para la Salud y Prevención de Conductas de Riesgo con el alumnado de Secundaria.	Nº IES que realizan acciones preventivas. Nº temas trabajados. Nº actividades realizadas en cada tema. Nº alumnado participante en las acciones preventivas, segregado por sexo. Nº profesorado que desarrolla el programa. Nº de reuniones de coordinación.
Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Primaria y Secundaria.	Acompañamiento y formación del profesorado.	Nº de formaciones realizadas. Nº de profesorado participante.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Ofrecer al alumnado de Primaria y Secundaria, espacios de reflexión y formación en actitudes y valores que permitan adoptar hábitos saludables.	Talleres centrados en la adquisición de valores, desarrollo de capacidades y habilidades personales y sociales, de diversidad afectivo sexual.... , como factores de protección ante las conductas adictivas.	Nº centros educativos participantes. Nº talleres desarrollados. Nº alumnado participante segregado por sexo.
	Talleres para promover en el alumnado una mayor concienciación sobre los riesgos de las adicciones comportamentales (juego, TICs, videojuegos).	Nº centros educativos participantes. Nº talleres desarrollados. Nº alumnado participante segregado por sexo.
Implicar a la comunidad educativa en su conjunto como agente de salud.	Impulsar el desarrollo del conocimiento y la formación en el ámbito de las adicciones a padres y madres, a través de las AMPAs	Nº formaciones desarrolladas. Nº personas que acuden segregadas por sexo.

Ámbito de Intervención 2: Familiar.

Existe un acuerdo general en el campo de la prevención del abuso de drogas y otras conductas de riesgo acerca del papel insustituible de la familia, identificada como eje central de cualquier intento de abordar los contenidos relacionados con la prevención.

Si trabajar con la escuela tiene indudables ventajas, hacerlo con las familias resulta imprescindible. A su capacidad para incidir educativamente en la socialización de hijas e hijos hay que sumarle la necesidad de madres, padres y, en general, personas responsables, de sentirse cómodas y seguras a la hora de tratar este asunto. Nadie cuestiona, por lo tanto, la potencialidad preventiva de la educación familiar. Sin embargo, se produce con frecuencia cierto divorcio entre la relevancia atribuida a este espacio esencial de socialización y su participación efectiva en propuestas formativas de diverso formato. Padres y madres tienen, en general, poco tiempo para participar en las iniciativas organizadas por las instituciones. Por otra parte, se sienten más interesadas por abordajes positivos que por encuentros centrados en la presentación de riesgos. Quizás fuera más fácil llamar la atención de una madre, de un padre, si se le presentara una propuesta dirigida a promover la empatía para hacer de sus hijas e hijos buenas personas, pongamos por caso, que a prevenir el abuso de drogas.

De entre todos los contextos por el que pasa una persona en su desarrollo vital (amistades, trabajo, escuela, etc.), la familia se configura como el primer y principal contexto de socialización.

En el seno familiar es donde niñas y niños, durante su desarrollo físico y emocional, van construyendo su personalidad y sus relaciones de afectividad. No precisa de un espacio ni horario concreto y se desarrolla día a día.

La Estrategia Nacional sobre Drogas indica que *“la familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida. De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo”*. Todo ello, con la finalidad de constituir a la familia como el principal factor de protección frente a todo tipo de situaciones, entre ellas el consumo de drogas y las conductas adictivas, evitando que pueda configurarse como un factor de riesgo.

Por otra parte, el Plan Regional, en su análisis de necesidades, señala que *“los datos muestran la necesidad de reforzar la educación familiar y el papel de los padres en la prevención del consumo de drogas”*, así como que *“la indiscutible influencia del ámbito familiar en el consumo de drogas pone de manifiesto la necesidad de una mayor implicación de los padres en prevención”*. De igual forma, uno de sus principios rectores de la actividad preventiva indica que *“el ámbito familiares fundamental en el desarrollo de los individuos y la configuración de su comportamiento”*.

En todo caso, destacamos las siguientes recomendaciones:

- Fomentar la participación de toda la unidad familiar durante todas las etapas del desarrollo del programa.
- Incidir en la formación de padres y madres sobre los principios que rigen la conducta de sus hijos/as.

- Incluir componentes educativos para padres y madres, con información específica sobre drogas.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

- Diseño de una oferta formativa para madres, padres y personas responsables de los menores en temas educativos y de responsabilidad familiar, con la finalidad de fomentar la parentalidad positiva, promoviendo habilidades que faciliten el empoderamiento de padres y/o madres para estimular el desarrollo saludable de chicos y chicas. Habilidades como la comunicación asertiva, el establecimiento de normas de conflictos.

La oferta formativa incluirá:

- Ciclos de talleres de sesiones monográficas.
- Creación de una “Escuela de familias”. Espacio presencial estable que se reúna con **cierta** periodicidad a lo largo del curso para debatir acerca de los distintos temas de interés seleccionados en cada momento.
- Formación y asesoría online. Explorar procesos de formación telemática que permita llegar a las familias interesadas que, sin embargo, no se encuentran en condiciones de participar en encuentros presenciales.
- Creación de un sitio web monográfico para las familias que se convierta en un referente local en materia de educación familiar. Un sitio web que alojará información básica sobre la materia y acceso a documentación diversa.
- Difusión de herramientas para fomentar la reflexión y la conversación entre las familias con hijas e hijos en las distintas etapas del sistema educativo de materiales relacionados con la educación socioemocional, incluyendo información sobre riesgos asociados a las relaciones con las drogas y otras conductas adictivas.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 1: Prevención Universal. Ámbito de Intervención: Familiar

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Concienciar a las familias del papel fundamental que juegan en el desarrollo de actitudes positivas para prevenir el consumo de drogas de sus hijos e hijas, o ante situaciones de consumo iniciales.	Oferta formativa para madres, padres y personas responsables de los menores en temas educativos, de responsabilidad familiar y de prevención.	Nº talleres realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.
	Creación de una “Escuela de Familias”	Nº de escuelas creadas. Nº talleres realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.
Favorecer la participación de las familias en las actuaciones de prevención.	Creación de un sitio web con información y asesoría, que aloje información básica sobre drogodependencias y un canal de asesoramiento para familias.	Web creada Nº de monográficos incluidos sobre drogas. Nº de atenciones realizadas Nº de visitas realizadas
	Difusión de material (en la web y a través de medios escritos) relacionado con la educación socioemocional, incluyendo información sobre riesgos asociados a las relaciones con las drogas y otras conductas adictivas.	Nº de material creado y difundido Nº de familias a las que llega el material
Promover el desarrollo de actuaciones de prevención de adicciones comportamentales en el ámbito familiar.	Realización de talleres de mediación parental en el uso de las TICs	Nº talleres realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.

Ámbito de Intervención 3: Comunitario.

El ámbito comunitario, en prevención de drogodependencias, se refiere al escenario de participación de la comunidad, mediante la capacitación y el fortalecimiento de la propia comunidad a través de las personas que la integran fortaleciendo su implicación individual y colectivamente (método participativo) en la transformación de aquellos aspectos ambientales que afectan a la salud.

La comunidad es un territorio, un escenario. Es también una colección de dispositivos y recursos culturales, deportivos, sociales, etc. que enriquecen la vida local. Y es, sobre todo, un entramado relacional, una red de procesos y dinámicas de interacción entre personas, grupos, colectivos e instituciones que pueden organizarse para la búsqueda compartida de respuestas a fenómenos sociales como el que nos ocupa.

Desde una perspectiva integral, la salud comunitaria resulta una perspectiva idónea para entender el abuso de drogas y para impulsar a escala local intervenciones orientadas a minimizar conductas de riesgo. Una perspectiva que prioriza fomentar los factores que favorecen la salud, en lugar de centrarse en reducir los factores que la amenazan. Factores promotores de la salud que contribuyen a estimular el bienestar y a prevenir situaciones de riesgo mediante el desarrollo de los denominados “activos de salud” (Hernán, 2014) entendidos como *“cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, las comunidades y las poblaciones para mantener la salud y el bienestar”*.

La prevención comunitaria del abuso de drogas tiene, al menos, una doble pretensión. Por una parte, busca el desarrollo coordinado de actuaciones preventivas en los diversos ámbitos de la vida local (escuela, familia, ocio, empresa, deporte...) Por otra, persigue el empoderamiento de personas y colectivos para que, entendiendo como propios los riesgos asociados al abuso de drogas, asuman la necesidad de participar en la búsqueda de soluciones preventivas y en la exigencia de compromisos a las agencias sociales con responsabilidad en la materia, y se sientan competentes para ello.

La implicación de la ciudadanía en general, puede promoverse de distintas formas:

- Reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.
- Fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad, así como los factores de protección relacionados con las habilidades de gestión familiar y las habilidades sociales y para la vida.
- Manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo, a través de los medios de comunicación social, basadas en la evidencia científica que, mediante un lenguaje claro y comprensible, potencien la transferencia de conocimientos de los expertos a la sociedad.
- Promoviendo la utilización, por parte de las entidades públicas y privadas y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc.) que han supuesto un cambio decisivo en la transmisión del conocimiento científico.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO.

- Poner a disposición de todos los ciudadanos un servicio de información, orientación y atención sobre drogodependencias
- Realización de diversas actividades de sensibilización sobre conceptos claves en prevención, diferenciando también las edades de la población destinataria.
- Diseño y difusión materiales informativos sobre los riesgos asociados al abuso de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.) y a otras conductas adictivas (juegos de azar, videojuegos, redes sociales, móvil, etc.)
- Promoción de la implicación del movimiento asociativo para el desarrollo de programas de prevención adaptados a sus actuaciones habituales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes.
- Diseño de un plan de formación en prevención universal para dotar a mediadores sociales (monitores deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, líderes de asociaciones, profesionales servicios públicos, etc.) de conocimientos y habilidades que les permita potenciar los factores de protección y/o disminuir los factores de riesgo.
- Promoción de una cultura digital positiva.
 - Creación y distribución de herramientas de sensibilización dirigidas a la población general para informar acerca de las conductas con potencial de abuso relacionadas con las TIC.
 - Dinamización de espacios de conversación y debate en torno al uso inteligente y ético de Internet.
- Fomento de pautas de juego responsable.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 1: Prevención Universal. Ámbito de Intervención: Comunitario.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.	Creación de un servicio de información, orientación y atención sobre drogodependencias y otras adicciones.	Nº de informaciones ofrecidas Nº de consultas ciudadanas Grado satisfacción respecto al servicio ofertado
	Realización de actividades de sensibilización sobre conceptos claves en prevención, diferenciando también las edades de la población destinataria.	Nº de actividades realizadas. Nº temas trabajados. Nº personas participantes, segregados por sexo.
	Diseño y difusión de materiales informativos sobre los riesgos asociados al abuso de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.)	Nº de material creado y difundido Nº de monográficos incluidos sobre diversas drogas. Nº de ciudadanos a los que llega el material difundido.
En coordinación con el resto de entidades, movimientos asociativos y agentes sociales, incorporar de manera transversal objetivos de promoción para la salud y prevención en drogodependencias y adicciones en todos los proyectos de intervención comunitaria y otras actividades que realicen.	Desarrollo de programas de prevención adaptados a las actuaciones habituales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes de entidades deportivas, asociaciones y otras entidades públicas y privadas de la localidad.	Nº de entidades que incluyen actividades de prevención. Nº de actividades de prevención incluidas en las actividades que desarrollan.
	Realización de cursos de formación en prevención universal para dotar a mediadores sociales (monitores deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, líderes de asociaciones, profesionales servicios públicos, etc.) de conocimientos y habilidades que les permita potenciar los factores de protección y/o disminuir los factores de riesgo.	Nº cursos realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del abuso de las TIC	Creación y distribución de herramientas de sensibilización dirigidas a la población general para informar acerca de las conductas con potencial de abuso relacionadas con las TIC y los juegos de azar.	Nº de material creado y difundido Nº de monográficos incluidos sobre TICs y juegos Nº de ciudadanos a los que llega el material difundido.
	Creación y dinamización de espacios de conversación y debate en torno al uso inteligente y ético de Internet.	Nº de actividades de debate realizadas Nº de ciudadanos participantes segregados por sexo. Nº de temas tratados

Ámbito de Intervención 4: Ocio y Tiempo Libre.

Entre muchos grupos de ciudadanos, en general y grupos de adolescentes y jóvenes en particular, el ocio (sobre todo el ocio nocturno) se produce mayoritariamente asociado al consumo, en muchos casos abusivo, de alcohol y otras drogas y, además, entre quienes practican estos estilos de vida, se observa una baja percepción del riesgo asociado a los consumos.

La prevención en el ámbito del ocio y del tiempo libre consiste en desarrollar iniciativas de educación no formal y de sensibilización en los contextos de ocio donde adolescentes, jóvenes y resto de ciudadanos se dedican a disfrutar de su tiempo de ocio.

Se trata por tanto de programas realizados fuera del marco de la educación formal, pero con intención educativa y de sensibilización, que abarcan tanto la organización de actividades de tiempo libre (culturales, deportivas, de naturaleza, etc.), como programas de reducción de riesgos y daños también en contextos de ocio, especialmente de ocio nocturno.

En este marco se entiende que la educación no formal se plantea ofrecer información, cambiar actitudes y promover habilidades -relacionadas con las drogas y sus usos- en contextos festivos y de ocio.

A fin de incrementar la percepción del riesgo y de promover estilos de vida encaminados a disminuir los riesgos y daños derivados del consumo, es fundamental que las Administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo y la formación del personal de este sector.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

- Las actuaciones deben potenciar la implementación de actividades informativas y/o formativas sobre los efectos de las drogas en los espacios recreativos y de ocio.
- Actuaciones tendentes a promover y difundir en los adolescentes y jóvenes, mediante el desarrollo de estrategias de información basadas en el modelo de “mediadores entre iguales” la oferta normalizada de alternativas atractivas de ocio, cultura y tiempo libre, a través de múltiples actividades, promocionando hábitos de vida saludables como medida preventiva frente a los nuevos patrones de consumo de drogas.
- Debemos incluir actuaciones de prevención de drogodependencias en todas las actividades de ocio y tiempo libre que se desarrollen en el municipio.
- Promoción y difusión entre los adolescentes y jóvenes, mediante el desarrollo de estrategias de información, de una oferta normalizada de alternativas atractivas de ocio, cultura y tiempo libre.
- Desarrollo de actuaciones de sensibilización e información a los profesionales del sector de hostelería sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia y sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones en los contextos de ocio y tiempo libre.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 1: Prevención Universal. Ámbito de Intervención: Ocio y Tiempo Libre

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Sensibilizar e informar en los espacios recreativos y de ocio sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.	Realización de campañas informativas sobre los efectos de las drogas en los espacios recreativos y de ocio en fines de semana y en especial en las fiestas de carnaval.	Nº campañas realizadas. Nº temas trabajados. Grado de impacto en la población destinataria.
Promover y difundir en los adolescentes y jóvenes una oferta normalizada de alternativas atractivas de ocio y tiempo libre durante los fines de semana.	Diseño e implementación de actividades de ocio saludable en fines de semana para adolescentes y jóvenes.	Nº actividades realizadas. Nº personas participantes, segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/as participantes.
Incluir actuaciones de prevención de drogodependencias en las actividades de ocio y tiempo libre que se desarrollen en el municipio.	Realización de cursos de formación de mediadores de prevención en el tiempo libre, dirigidas a mediadores sociales y líderes juveniles.	Nº de cursos realizados Nº de participantes en el curso segregados por sexo. Grado de satisfacción de los participantes.
Implicar a los y las profesionales del sector hostelero en la prevención y reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, mediante la puesta en marcha del programa "Servicio responsable".	Realización de cursos de formación para las y los profesionales del ámbito de la hostelería en dispensación responsable de alcohol y pautas de reducción de riesgos asociados, tanto al consumo de alcohol como al de otras drogas.	Nº de cursos realizados Nº de participantes en el curso segregados por sexo. Grado de satisfacción de los participantes. Nº de establecimientos que se adhieren al programa "servicio responsable"

Ámbito de Intervención 5: Laboral.

El consumo de drogas constituye un riesgo no sólo para los grupos de población de menor edad, sino también para la población general adulta, y como tal, tiene una especial incidencia en la población trabajadora.

Las condiciones laborales -físicas, ambientales y relativas a la propia organización del trabajo- son una parte importante de las condiciones de vida de la población trabajadora y pueden tener una influencia decisiva en sus niveles de salud y bienestar, así como en la adopción de estilos de vida y uso de drogas, dentro y fuera del lugar de trabajo.

Paralelamente, el uso de drogas puede tener un efecto sinérgico sobre algunos riesgos laborales, porque incrementa la probabilidad de que aumente la accidentabilidad laboral (accidentes relacionados con la manipulación de maquinaria peligrosa o vehículos a motor, caídas, etc.); potencia el efecto perjudicial de diversas sustancias químicas contaminantes; o puede contribuir al deterioro de las relaciones laborales.

Por estos motivos, lejos de asumir una posición punitiva y sancionadora, los programas de prevención desarrollados desde el medio laboral se centran en prevenir, detectar precozmente o mejorar significativamente todas aquellas situaciones problemáticas en relación a las drogas que se pueden producir en la población trabajadora. De este modo, fortalecen y complementan el impacto de otros programas preventivos desarrollados a través de la comunidad, la escuela y la familia.

Las actividades de prevención de drogodependencias desarrolladas con población laboral deben entenderse como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que es necesaria la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO LABORAL.

- Actuaciones centradas en que los centros laborales, empresas y sus alrededores sean centros libres de drogas legales e ilegales.
- Motivación y apoyo a las diversas entidades con responsabilidad laboral (organizaciones empresariales y sindicales, mutuas, comités de seguridad...) para que se pongan en marcha los correspondientes planes preventivos de drogodependencias y adicciones desde sus respectivos servicios de salud laboral o, en su caso, que estos planes preventivos se integren en los programas ya existentes de seguridad e higiene de las empresas.
- Centradas, también, en el apoyo a los agentes sociales para la inclusión de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en la negociación de los diferentes convenios.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 1: Prevención Universal. Ámbito de Intervención: Laboral

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Promover y garantizar que se sensibiliza e informa a los empresarios y trabajadores sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones	Diseño y realización de al menos un programa de información y sensibilización a todos los empresarios, líderes sindicales y trabajadores sobre los riesgos del consumo de sustancias capaces de generar dependencia y sus factores de riesgo psicosocial, así como de los mecanismos de protección tanto personales como organizacionales.	Nº actividades realizadas. Nº personas participantes, segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/as participantes.
Apoyar que los centros laborales, empresas y sus alrededores sean centros libres de drogas legales e ilegales.	Diseño y colocación en los entornos laborales de indicadores visibles saludables e identificar y eliminar los no saludables	Nº de material diseñado. Nº de empresas que colocan el material diseñado.
Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en los Convenios Colectivos y en los programas de prevención de la salud.	Realización y difusión entre las empresas locales de un protocolo para la inclusión de actuaciones de prevención de drogodependencias en los centros de trabajo.	Nº de empresas entre las que se difunde el protocolo. Nº de empresas que incluyen el protocolo en sus convenios y/o programas de prevención.

7.2.- Áreas estructurales de intervención 2-3.

Prevención Selectiva e Indicada.

Línea estratégica 1. Reducción de la demanda.

Los programas de prevención selectiva se dirigen a subgrupos de población que -se estima- se hallan expuestos a factores de riesgo asociados al abuso de drogas o de otros comportamientos adictivos (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales), al inicio temprano del consumo de drogas o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo.

Al pensar en la prevención selectiva en esta Estrategia no nos referimos a grandes consumidores, ni a personas adictas, que requerirían otro tipo de actuaciones que en buena medida escapan a las competencias municipales. Nos referimos a personas que no requieren una atención más especializada ya que, “vulnerabilidad no implica necesidad de tratamiento”.

Hablamos de detección e intervención precoz con adolescentes y jóvenes que comienzan a consumir de manera creciente, con quienes puede trabajarse para minimizar los riesgos asociados al abuso de drogas tanto para quienes las consumen como para el resto de la comunidad.

Las características de los programas preventivos encuadrados en este nivel son:

- Están dirigidos a grupos que por sus características son probablemente más vulnerables a iniciarse más temprano en el consumo de drogas, a desarrollar problemas relacionados con el consumo o a abusar de sustancias psicoactivas y/o tener otros comportamientos adictivos. En ellos no se valora el riesgo individual (grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo), sino que se les incluye por pertenecer a ese grupo que es considerado de riesgo (se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él).
- La prevención selectiva parte de la hipótesis de que existen personas y poblaciones específicas con diverso grado de vulnerabilidad, cuyos consumos de drogas, asociados a diversas variables (sociales, psicológicas, educativas, etc.), pueden derivar en situaciones de riesgo.
- Se dirige a abordar el impacto de las drogas en los estilos de vida de quienes se relacionan con ellas de manera más o menos habitual e intensa. Adolescentes y jóvenes que han dado el paso más allá del consumo experimental y empiezan a incorporar las relaciones con las drogas de una manera más generalizada en su vida cotidiana.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Se diseñan ajustándose a las características del grupo que se considera vulnerable para prevenir o minorar los factores de riesgo detectados.
- Las actividades están más relacionadas con la vida diaria de las personas participantes e intentan modificar aspectos concretos de su realidad en una dirección específica, por ejemplo: modificar aspectos asociados al uso de drogas (agresividad, bajo rendimiento escolar, pertenecer a una familia que presenta problemas de gestión familiar, falta de interiorización normativa, inicio experimental del uso de drogas, etc.).
- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales.

Los programas de prevención indicada se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción a una sustancia psicoactiva pero que muestran signos previos, por estar expuestos a situaciones de alto riesgo, como inicio de un consumo regular, pertenencia a familias donde se produce el consumo de drogas; problemas mentales, etc. Son programas dirigidos a individuos con factores específicos de vulnerabilidad, que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias, de otros comportamientos adictivos o que tienen otros problemas de conducta relacionados.

Los programas desarrollados en este nivel se caracterizan por:

- Seleccionar cuidadosamente a la población participante (individuos vulnerables), valorando específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Estar diseñados para detener la progresión del uso esporádico de drogas hacia el consumo regular y/o frenar la consolidación de la dependencia.
- Dirigirse a múltiples conductas de riesgo simultáneamente, por ejemplo, uso de tabaco y cannabis, uso de alcohol, tabaco y drogas sintéticas, juegos de azar, etc.
- Ajustarse las actividades a las características y necesidades individuales de cada sujeto a quien va dirigido el programa.
- Ser extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. Requieren una importante implicación o esfuerzo de las personas participantes.
- Requerir personal especializado que tenga adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con un adecuado conocimiento de las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia, o los problemas mentales a abordar.
- Desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados. Y, como en el caso de los programas selectivos, requieren el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

Ámbito de Intervención 1: Educativo.

Las personas que consumen drogas durante la adolescencia permanecen, en su mayoría, en los centros educativos, dedicados a cursar sus estudios de ESO (segundo ciclo), Bachillerato o Formación Profesional. Su vida no está impregnada por sus consumos de drogas, sino que estos son un componente de importancia variable en un estilo de vida que aún se está creando.

La aplicación de un programa de estas características en los centros no debe estar orientada a todo el alumnado sino a quienes están en una situación de mayor vulnerabilidad. Se aplica en algunas aulas de la ESO, como las de compensatoria, algunas de la FP y Bachiller, otras en las que se considere que haya un cierto nivel de problema y en los PCPI.

La Prevención selectiva va más allá de la reducción de riesgos. La reducción de riesgos es sólo uno de los instrumentos con los que se puede intervenir en la prevención selectiva. Si en el caso de la prevención universal es importante la necesidad de trabajar sobre la autoestima, sobre determinados valores, en Habilidades para la Vida, el control de la impulsividad o la inteligencia emocional, etc., en el caso de la prevención selectiva estas intervenciones son más importantes aún si cabe.

En la mayoría de los casos no se tratará de consumos de especial gravedad, y menos aún de adicción, pero la regularidad e intensidad de los consumos puede interpretarse como una situación excepcional de riesgo que requiere un abordaje específico. Que se trate de personas que, en su mayoría, no han roto sus vínculos con la escuela, abre una vía de intervención a desarrollar.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

- Desarrollar **intervenciones multicomponentes** que atiendan a diversos déficit: de autoconcepto, impulsividad, de habilidades de relación, de toma de decisiones, control emocional, las normas y los valores pro-sociales y positivos, información sobre riesgos...
- Promover un apego o un anclaje y restablecer algunos vínculos positivos con una entidad pro-social como condición para poder promover cambios reales.
- **La Intervención se realizará a demanda:** Por su propia naturaleza, este modelo de prevención solo tendrá sentido a demanda de los centros educativos, cuando en el devenir del curso detecten la presencia de conductas disruptivas que les lleven a pensar, entre otras situaciones, en consumos de drogas que hagan recomendable un abordaje educativo en algún grupo concreto del alumnado.
- **Trabajo mixto profesorado/técnicos:** En estos casos es cuando la colaboración que ya hemos planteado al hablar de prevención universal adquiere todo su sentido. Profesorado que considera esta intervención como parte de su responsabilidad educativa y técnicos especialistas que manejan una información adecuada sobre las drogas que les dota de credibilidad ante las personas con las que van a intervenir, y que saben trabajar con adolescentes a través de dinámicas interactivas de probada eficacia.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 2-3: Prevención Selectiva-Indicada. Ámbito de Intervención: Educativo.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Ofrecer una alternativa educativa a aquellos alumnos a los que les es aplicada una medida de privación de asistencia a su instituto (expulsión del Centro por comportamientos inadecuados y /o consumo de drogas).	Desarrollo del Proyecto de Atención Socioeducativa a Alumnos Temporalmente Expulsados de su Centro Escolar -PASATE-	Nº IES que derivan alumnos/as expulsados Nº personas participantes, segregados por sexo. Nº de Actividades realizadas
Proporcionar estrategias que permitan desarrollar habilidades personales y sociales con el fin de mejorar situaciones de vulnerabilidad, como factor de protección frente a conductas adictivas.	Realización de talleres de habilidades sociales e inteligencia emocional bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Identificar los riesgos asociados al uso abusivo de Internet y de la tecnología en general, abordando aquellas pautas, conductas y actitudes que ayudan a prevenir y/o actuar frente a la adicción a éstos.	Realización del taller “Más allá de tu pantalla” bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Analizar mitos y creencias erróneas que se crean en torno al consumo de drogas relacionadas con la erótica y la experimentación sexual con el fin de adquirir recursos personales para evitar comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales cuando existe uso de algún tipo de droga.	Realización del taller “En plenas facultades: sexualidad sin drogas” bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Contribuir a la detección de individuos en situación de especial riesgo que requieren intervenciones indicadas.	Realización de un protocolo de detección de alumnado con necesidades de intervención en prevención indicada	Nº de Centros que participan en el protocolo de detección Nº de casos detectados para intervenir en prevención indicada

Ámbito de Intervención 2: Familiar.

Al hablar de prevención universal hemos hecho referencia al insustituible papel educativo de las familias a la hora de acompañar los procesos de socialización en los que se encuentran hijas e hijos, tanto durante la infancia como durante la adolescencia, con las evidentes peculiaridades de cada momento evolutivo.

Cuando los consumos de drogas y otras conductas de riesgo comienzan a hacerse presentes en la vida de chicas y chicos no se diluye esta necesidad de intervenir con las familias. Al contrario, la pertinencia de esta intervención se ve reforzada porque, además de la necesidad de fortalecer el potencial de la educación familiar a la hora de revertir procesos de socialización conflictiva, el desconcierto de padres, madres y, en general, personas responsables, hace necesario una intervención que les ayude a encontrar la serenidad y la claridad de criterios necesarias para que su rol educativo sea efectivo.

No estamos haciendo referencia a adolescentes y familias particularmente conflictivas, con posibilidad de ser beneficiarias de intervenciones sistémicas más complejas que les ayuden a desandar procesos de desestructuración familiar de los que el abuso de drogas pueda ser un síntoma. Hablamos, fundamentalmente, de familias sin especial conflictividad, cuyos hijos o hijas recurren a unas u otras drogas con una asiduidad de la que sería razonable esperar diferentes riesgos. Familias con dificultades para actuar, y se beneficiarían de tomar parte en iniciativas que, mejorando su información sobre las drogas, les ayuden sobre todo a canalizar preventivamente el malestar provocado por los consumos de drogas. Y les permitieran, así mismo, cuestionar aquellas prácticas que la investigación relaciona con el mayor riesgo de abuso de drogas por parte de hijas e hijos.

Como dice el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en la sección de buenas prácticas de su sitio web, “las condiciones de riesgo para las familias -incluyendo uso problemático de drogas, conflicto, negligencia, falta de supervisión, niveles bajos de interacción y desventaja social- incrementan el riesgo de uso problemático de drogas para su descendencia”.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO FAMILIAR.

- Potenciar la formación parental: intervenciones de carácter cognitivo-conductual dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de padres y madres. Pueden ser individuales o grupales, pero siempre de carácter interactivo.
- Formación en habilidades familiares: intervenciones de carácter multicomponente que se dirijan tanto a padres y madres como a hijas e hijos. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas, habilidades educativas o de manejo familiar, estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares, etc.
- Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 2-3: Prevención Selectiva-Indicada. Ámbito de Intervención: Familiar

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Afianzar el proyecto de prevención selectiva dirigido a familias y jóvenes con conductas adictivas o en situación de riesgo.	Realización de talleres de prevención familiar	Nº talleres realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.
	Realización de talleres de Mediación parental en el uso de las TICs	Nº talleres realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.

Ámbito de Intervención 2-3: Comunitario-Ocio y tiempo libre.

Además de lo ya comentado al abordar la prevención universal en este ámbito, al hablar de prevención selectiva una de las principales fortalezas de un estilo de intervención de corte comunitario, es la posibilidad que abre para el trabajo en red entre profesionales de diversa procedencia que coinciden en intervenir con adolescentes y sus familias desde la óptica de la educación formal, la promoción de la salud, la acción social, la educación en medio abierto, la dinamización comunitaria, etc.

Profesionales con valiosas experiencias en diversos campos, cuya sinergia a escala local favorecerá la optimización de sus respectivas intervenciones. En el caso de la prevención selectiva se trata sobre todo de propiciar que este trabajo en red permita compartir informaciones que hagan posible identificar situaciones de riesgo sobre las que intervenir. Del mismo modo, acordar estrategias globales que hagan posible aprovechar sinergias para hacer intervenciones de mayor impacto.

Los programas que se desarrollan en el ámbito exterior al centro educativo, a través del ocio y tiempo libre, a través de educación de calle...etc, se enfrentan a un problema de acceso a la población. Este ámbito es necesario porque probablemente sea el que consiga llegar a la población de mayor riesgo, es decir, aquella que proviene de un entorno vulnerable, con escasa supervisión familiar y que presenta un nivel de absentismo elevado sino abandono escolar. Este segmento de la población no se encuentra en los centros educativos.

Este trabajo tiene como población diana a población joven que no hace uso de recursos, con escasa motivación y que frecuentemente presenta consumos incipientes. La labor de captación de este segmento de población implica generar relaciones de confianza por tanto un trabajo prolongado e intensivo que va dando pequeños frutos.

Y esta labor se basa en dotarles de alternativas de ocio, conocimiento de recursos y abordar el consumo como actividad recreativa.

El disfrute del ocio y el tiempo libre conlleva con frecuencia nuevas formas de consumo, en entornos festivos de fin de semana como discotecas, fiestas locales etc. Estos espacios constituyen un factor de riesgo al favorecer conductas individuales como: repetir dosis, mezclar drogas, beber alcohol en gran cantidad y en poco tiempo; y/o grupales como: compartir, competir, invitar o vender ilegalmente (trapichear)...

Hay espacios, como los contextos festivos, en los que adolescentes y jóvenes consumen y en los que no es factible desarrollar iniciativas educativas de cierta densidad, porque su marco no lo permite, en esos casos se pondrán en marcha intervenciones para trabajar la reducción de riesgos; para ello habrá que mantener ese grupo de iniciativas y proyectos en torno a los puntos informativos sobre sustancias, el testado de sustancias, la sensibilización y reducción de riesgos con el consumo de alcohol en espacios festivos.

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO GENERAL DE ACTUACIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

- Fomentar el entrenamiento en hábitos y habilidades personales y sociales.
- Creación y mantenimiento de grupos de referencia, de apoyo y auto ayuda.
- Formación y asesoramiento a agentes sociales para la regulación de conflictos, estrategias de integración, tratamiento de contextos con diversidad de origen...
- Mediación Comunitaria, con actuaciones dirigidas a los conflictos que se producen por el hecho de pertenecer a la comunidad, y compartir de manera diversa, el espacio, los servicios, las relaciones, las responsabilidades y los desafíos.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la demanda). Área estructural de intervención 2-3: Prevención Selectiva-Indicada. Ámbito de Intervención: Comunitario-Ocio y tiempo libre.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Mejorar la información sobre las drogas (legales o ilegales) en la población, reduciendo sus expectativas y actitudes positivas respecto al consumo de estas sustancias y favoreciendo la toma de conciencia respecto a los problemas que generan.	Realización de talleres de prevención del consumo de drogas (centrado en alcohol, cannabis y cocaína) en diferentes grupos vulnerables.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Ofrecer alternativas educadoras a menores de 18 años del municipio de Villarrobledo que hayan sido objeto de sanciones administrativas relacionadas con alcohol y/u otras drogas	Realización de talleres de prevención como alternativa educadora a las sanciones de jóvenes por consumo de drogas en la vía pública.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Reforzar la influencia de los factores de protección individuales y grupales, como el entrenamiento en habilidades sociales y para la vida, el desarrollo de actitudes prosociales y la vinculación a las asociaciones juveniles y a iguales que puedan ejercer una influencia positiva.	Realización de talleres de habilidades sociales e inteligencia emocional con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Proporcionar estrategias que permitan desarrollar habilidades personales y sociales con el fin de mejorar situaciones de vulnerabilidad, como factor de protección frente a conductas adictivas.	Desarrollo de programas de prevención adaptados a las actuaciones habituales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes de entidades deportivas, asociaciones y otras entidades públicas y privadas de la localidad.	Nº de entidades que incluyen actividades de prevención. Nº de actividades de prevención incluidas en las actividades que desarrollan.
	Realización de cursos de formación en prevención selectiva para dotar a mediadores sociales (monitores deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, líderes de asociaciones, profesionales servicios públicos, etc.) de conocimientos y habilidades que les permita potenciar los factores de protección y/o disminuir los factores de riesgo.	Nº cursos realizados. Nº temas trabajados. Nº horas de formación. Nº personas participantes, segregados por sexo.
Concienciar sobre la naturaleza y consecuencias de otras conductas adictivas, especialmente los juegos de apuestas, los videojuegos y el uso excesivo de las TICs, favoreciendo la adopción de hábitos adecuados.	Realización del taller “Más allá de tu pantalla” con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
	Realización del taller “De la suerte al azar: uso problemático del juego online” con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes
Reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción, a la vez que reforzar la idea de que la conducción es incompatible con cualquier consumo de alcohol y de otras drogas, como el cannabis.	Realización de talleres de “Reducción de accidentes de tráfico relacionados con consumos de drogas” dirigidos a ciudadanos derivados desde la Policía Local (casos de sanciones por conducción bajo los efectos de alguna droga) y otros programas municipales con especial atención a jóvenes con experiencias continuadas de consumo de diferentes drogas.	Nº de talleres realizados Nº de personas participantes segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Ofertar actividades de ocio en espacios abiertos en los cuales los jóvenes se diviertan realizando actividades diferentes a las habituales en su entorno, con el fin de prevenir el consumo de drogas y detectar jóvenes en situación de riesgo de consumo, fomentando, a su vez, la integración de los jóvenes en situación de mayor riesgo con otro tipo de grupos juveniles menos vulnerables y favorecer el contacto de los menores con los servicios de ocio de su comunidad.	Puesta en marcha del programa de “ocio saludable” de fines de semana.	Nº de actividades realizadas Nº de participantes en cada actividad segregados por sexo. Grado de satisfacción de los/las participantes.
Contribuir a la detección de individuos en situación de especial riesgo que requieren intervenciones indicadas.	Realización de un protocolo de detección de personas con necesidades de intervención en prevención indicada	Nº de Centros que participan en el protocolo de detección Nº de casos detectados para intervenir en prevención indicada

7.3.- Área estructural de intervención 4

Prevención Ambiental y control de la oferta

Línea estratégica 2. Reducción de la oferta.

Las personas que consumen drogas no lo hacen únicamente por motivos personales o familiares. Existen diversas influencias sociales favorecedoras de estos consumos sobre las que una política pública debería intervenir. Cuando hablamos de reducir la oferta no estamos haciendo referencia solo al cumplimiento de la ley en el marco de las competencias municipales.

Hablamos sobre todo del desarrollo de actuaciones orientadas a intervenir sobre influencias culturales y sociales favorecedoras de los consumos de drogas, como es el caso de la publicidad o patrocinio de bebidas alcohólicas, además del cuestionamiento crítico de la omnipresencia de determinadas drogas en nuestro contexto. Es decir, sobre los aspectos culturales que contribuyan a considerar como inevitable, cuando no deseable, la presencia de sustancias psicoactivas en relación con determinados momentos y experiencias. Particularmente en el caso de las sustancias de venta o suministro legal.

Aunque esta línea responde a una estrategia de reducción de la oferta de drogas, la misma tiene una meta con una orientación pedagógica que es: contrarrestar la permisividad del consumo de drogas, fundamentalmente el alcohol y cannabis, especialmente en el caso de los menores.

Se ha venido produciendo y extendiendo una actitud permisiva con respecto al consumo de alcohol y cannabis, de manera que hay pocos frenos a su consumo y no es una rareza ver fumar cannabis en muchas zonas a grupos de adolescentes y jóvenes; zonas visibles, incluso entre alumnado de secundaria antes de entrar en clase.

También se ha señalado la permisividad que se está produciendo con respecto al juego de azar, las apuestas y los menores, en algunos establecimientos, en ciertos locales de hostelería y en ciertas salas de juego.

La permisividad promueve actitudes favorables al consumo que pueden ser de riesgo, por lo que son necesarias intervenciones que ayuden a definir los límites entre los comportamientos que se consideran aceptables y los que no, que deben ser sancionados, pero no como una mera cuestión de aplicación normativa, sino por lo que supone de beneficio para la ciudadanía.

Esta permisividad se manifiesta en forma de accesibilidad a las drogas y al juego y como medio para contrarrestarla se deben de poner en marcha intervenciones, dentro de la estrategia de control de las sustancias y del acceso al juego, que interviene sobre las sustancias y el juego y cuyo objetivo es reducir la oferta o dificultarla.

En las celebraciones y eventos que, sujetos a la normativa vigente, se admita el consumo de alcohol, se ha de promover un uso responsable, que favorezcan la moderación, que evite o reduzca los riesgos asociados a un consumo indebido (accidentes de tráfico, peleas...) y que no sean permisivos con el consumo por parte de los y las menores. La idea que guíe las intervenciones puede ser la de no ser beligerantes con el consumo de alcohol, pero sí críticos con un consumo que no sea moderado o responsable.

Debe de desarrollarse una Intervención por parte de los servicios de Seguridad Ciudadana para evitar el acceso de menores al alcohol, para atajar que se les provea de la sustancia en

establecimientos públicos (comercios y locales de hostelería) y actuar ante los consumos públicos, todo ello en el marco de la normativa legal existente.

De forma similar, la seguridad ciudadana debe actuar con respecto al cannabis, identificando a menores consumidores de esta sustancia.

También debería ser posible actuar con respecto al control de los menores que acceden a las máquinas de apuestas presenciales ubicadas en locales de hostelería y en salones de juego.

Pero no se trata de prohibir sólo por hacer cumplir una serie de normas, sino que la intervención de control debe de tener una dimensión pedagógica en la dirección marcada por la meta de esta línea, es decir, que la comunidad adopte una postura menos permisiva, al entender que los usos frecuentes de drogas y de los juegos de azar tienen riesgos y que los menores deben de estar protegidos de dichos usos.

La prevención ambiental se dirige a modificar el entorno cultural, social, físico y económico en el cual las personas toman decisiones relacionadas con el consumo de drogas.

Por otro lado, una oferta omnipresente y desregulada de drogas constituye una clara influencia social favorecedora del consumo. Los estudios realizados en relación con el alcohol y el tabaco mostraron cómo a medida que crece la disponibilidad de las sustancias aumenta así mismo la probabilidad de su consumo. Desde el punto de vista de la salud pública nos preocupa en particular el impacto que una oferta “desbocada” puede ejercer sobre el consumo de alcohol durante la adolescencia.

Hemos visto cómo las restricciones en las circunstancias en las que el consumo de tabaco es aceptable han contribuido a su reducción. Se echa en falta una regulación similar en relación al alcohol en cuanto tiene que ver con adolescentes. Otro tanto cabe decir con respecto al juego.

A falta de una regulación específica, consideramos necesario asegurar que en el término municipal se cumple de manera rigurosa la normativa existente en esta materia. Por la relevancia que tiene en sí mismo su cumplimiento y por la necesidad ya señalada de impulsar actuaciones coherentes en torno a lo que podríamos denominar “la cultura de la prevención”.

Actuaciones.

Línea estratégica 2. (Reducción de la Oferta). Área estructural de intervención 4: Prevención Ambiental y control de la oferta. Ámbito de Intervención: Comunitario.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Generar espacios sin drogas idóneos y seguros para la labor educativa de familias y de educadores.	Realización de un protocolo de vigilancia y control normativo de espacios “periescolares” en el que se potencie la interlocución entre la comunidad educativa y la Policía Local. El protocolo se establecerá en la Comisión de Absentismo.	Nº de acciones realizadas por la policía local Grado de consecución
Limitar el acceso al alcohol, al tabaco, al cannabis y a los juegos de azar a los menores y reducir la tolerancia y la permisividad frente al consumo de estas sustancias y la práctica de los juegos de azar.	Revisión de la actual Ordenanza Municipal en lo relativo al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y juegos de azar en el marco de la normativa legal existente.	Nº de artículos normativos incluidos en la Ordenanza Municipal.
	Realización de intervenciones de control tanto en establecimientos hosteleros, como supermercados o tiendas y salones de juego, así como en espacios periescolares. Allí donde se puedan realizar acciones de facilitación o venta de alcohol y tabaco a menores y donde puedan acceder a los juegos de azar y las apuestas.	Nº de intervenciones de control realizadas
Actuar preventivamente sobre la utilización de alcohol y sustancias psicoactivas que pueden influir sobre la conducción y la seguridad vial.	Desarrollo de acciones de control de la seguridad vial, por parte de la Policía Local, mediante la realización de pruebas de alcoholemia y drogas, tanto de forma preventiva, como en personas implicadas en accidentes y delitos relacionados con el tráfico.	Nº de acciones de control realizadas Nº de casos positivos y/o negativos

Evitar el acceso y/o retrasar la edad de contacto e iniciación de los y las menores de edad en las actividades relacionadas con los juegos de azar dinerarios y las apuestas.	Realización de actividades informativas y/o campañas de prevención dirigidas a menores de edad	Nº de actividades realizadas Nº de campañas realizadas
	Realización intervenciones de control, tanto en los locales como en otros espacios en que se realicen prácticas relacionadas con los juegos dinerarios de azar y con las apuestas, así como en los espacios cercanos a ellos.	Nº de intervenciones realizadas
Colaborar con otras organizaciones para la prevención y la generación de espacios sin drogas.	Convenio con la Federación Española de Bebidas Espirituosas	Nº de actividades desarrolladas.

7.4.- Área estructural de intervención 5

Complementación del abordaje terapéutico.

Línea estratégica 1 Reducción de la demanda.

La investigación científica y la práctica clínica demuestran el valor de la atención continuada, integral y multidisciplinar en el tratamiento de la adicción, entendiendo por integral la atención que aborda simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, debido a que la conducta adictiva está regulada por factores de las tres esferas, siendo así el modelo biopsicosocial un enfoque integrado en el marco teórico del presente Plan Municipal.

Los tratamientos de las adicciones deben partir de las características actuales de policonsumo, incluyendo el alcohol, los medicamentos y otras adicciones como a los juegos de azar y TIC, con el objetivo de ayudar a las personas a dejar de consumir drogas o evitar la conducta adictiva, o al menos, reducir los daños asociados a ese consumo o conducta, y lograr un funcionamiento productivo en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

Las personas del municipio que requieran tratamiento por consumo de sustancias o conductas adictivas, cuentan con recursos comunitarios, donde sus equipos multidisciplinarios realizan un abordaje integral con una atención ajustada a cada realidad.

La estructura asistencial para la intervención en personas con adicciones en Castilla-La Mancha está constituida por un conjunto de recursos que, siendo independientes, funcionan en red. El núcleo central de esta estructura, que se encuentra a su vez dentro de la Red Asistencial de Salud Mental (RASM), lo constituyen las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y Unidades de Salud Mental (USM) para la atención de personas adultas y las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) para menores de edad.

La puerta de entrada a estos dispositivos sanitarios de carácter ambulatorio, si bien se recomienda que se realice a través de los servicios de Atención Primaria de sanidad, puede realizarse de forma directa por el propio usuario o con la derivación de otros recursos (sanitarios, de servicios sociales, comunitarios, etc.).

Una vez realizada la valoración y diagnóstico, se establece un plan de intervención individualizado **-proceso terapéutico individualizado-** consensuado con la persona, que puede incluir el trabajo conjunto o la derivación a otros recursos.

Aunque con las necesarias adaptaciones locales y gestionado por los/as profesionales y agentes intervinientes en el proceso, en drogodependencias se trabaja mayoritariamente según el sistema de Procesos Asistenciales Integrados, pero no sólo centrados en la estructura puramente sanitaria, sino incluyendo la estructura de servicios sociales, otros servicios comunitarios, dispositivos o programas de entidades sin ánimo de lucro, etc.

De este modo se mantiene un **enfoque centrado en la persona**, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas en el diseño de su proceso terapéutico. Para ello es fundamental la **implicación de los/as profesionales**, que con un trabajo multidisciplinar y de forma autónoma, se involucran en la gestión de los recursos.

Al mismo tiempo se procura garantizar la continuidad asistencial, estableciendo canales de cooperación y participación entre distintos niveles asistenciales o agentes intervinientes, facilitando así el paso del usuario/a por los mismos; y se han incorporado, en algunos casos, en la práctica clínica, protocolos o guías en los que basar las decisiones clínicas, evitando la variabilidad de las actuaciones.

La finalidad de esta área de intervención es la coordinación con el sistema sanitario y de servicios sociales y, por otro lado, complementar en lo posible las actuaciones terapéuticas que se realizan con personas de la ciudad de Villarrobledo en la estructura asistencial de Catilla-La Mancha antes definida.

Actuaciones.

Línea estratégica 1. (Reducción de la Demanda). Área estructural de intervención 5: Complementación del abordaje terapéutico.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Poner en marcha un sistema que permita detectar tempranamente a las personas con problemas derivados de un consumo elevado o de riesgo de drogas y de una práctica intensa de juegos de azar, incluida la adicción, e informar y orientar a dichas personas hacia una intervención terapéutica.	Elaboración de una Guía de recursos sobre adicciones que recoja los distintos recursos que existen en Castilla-La Mancha en materia atención terapéutica.	Nº de ejemplares repartidos Nº de visitas realizadas a la web
	En esta guía se recogerá la descripción de los programas y recursos, población destinataria y vías de acceso. La guía se realizará en formato papel y digital para incluirla en la página web municipal de dedicada al Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas.	
	Realización y puesta en marcha de un Protocolo para la detección precoz de casos especialmente vulnerables y en alto riesgo de desarrollar una adicción.	Nº de medidas en el protocolo Nº de casos detectados
Mejorar la visibilidad del Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas entre la población de Villarrobledo, como “puerta de entrada” en el acceso a los distintos dispositivos de intervención terapéutica.	Realización de una campaña de promoción del PMDA	Nº de actividades en la campaña Nº de usuarios que acceden al PMDA
	Creación del Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas e incluirlo en la web del PMDA para colaborar en la intervención terapéutica.	Nº de solicitudes de ayuda y/o información
Participar en el seguimiento de los usuarios de los dispositivos de intervención terapéutica.	Coordinación con la UCA de referencia y colaboración/intervención en el seguimiento de usuarios.	Nº de seguimientos realizados Nº de personas participantes segregadas por sexo

7.5.- Área transversal de Intervención 1.

Coordinación.

El abordaje del fenómeno de las adicciones de forma global y como proceso unitario requerirá de la acción institucional y de la participación y apoyo social, siendo imprescindible coordinar las actividades en cada una de las áreas para lograr una mejor gestión de los recursos humanos, técnicos y económicos. Así pues, este Plan Municipal está basado en la necesidad de mantener e impulsar la ordenación, participación, colaboración y coordinación de todos los equipos, humanos y técnicos, así como de las diferentes administraciones, instituciones, asociaciones y entidades públicas o privadas, colectivos y movimientos sociales, educativos y cívicos que desarrollan su labor en el ámbito de las drogodependencias y otras adicciones en nuestra ciudad.

Con la finalidad de que toda intervención esté basada en la cooperación y coordinación “entre” y “en” los ámbitos municipal y regional, sumando los impulsos y asegurando el máximo impacto y el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles, este Plan se ha realizado siguiendo las competencias de todas las instituciones y sociedad civil organizada que, desde el análisis de la situación previo, se considera deben intervenir.

Como ya hemos apuntado, el fenómeno de las drogodependencias tiene una etiología multicausal: factores sociales, fisiológicos, culturales y psicológicos, principalmente, están implicados en su génesis y desarrollo. Así mismo, las consecuencias del consumo abusivo de drogas no suelen afectar exclusivamente al plano fisiológico y/o psicológico del individuo que las consume, sino que afecta a otros niveles, desde los más cercanos como la familia y amigos hasta otros niveles sociales más elevados, la ciudad, la región, etc.

Sólo desde esta complejidad puede ser entendido y abordado este fenómeno. Es por ello que la coordinación entre todos y cada uno de los estamentos directa o indirectamente relacionados sea vital. El PMDA pretende promover y retomar la creación de un cauce fundamental que debe actuar como catalizador de la necesaria coordinación entre los recursos: **La Mesa Local de Drogodependencias y Adicciones**.

Así mismo, en todo este texto, hemos puesto de manifiesto la necesidad de que la coordinación entre diferentes recursos se haga efectiva, mediante protocolos de actuación, actividades conjuntas, delimitación de ámbitos de trabajo, etc., con el fin de optimizar al máximo el abordaje de las drogodependencias en nuestra ciudad.

En este apartado incluimos actividades referentes a las cuestiones más generales que afectan a la manifestación global del fenómeno de las drogodependencias en la ciudad, cuya finalidad es la de crear vías estables de coordinación al menos con los recursos más íntimamente relacionados con el abordaje de las drogodependencias que tienen su ámbito de actuación en nuestra ciudad, como son los Servicios Sociales Básicos, las Asociaciones. Las cuestiones más particulares donde es imprescindible que exista un esfuerzo sinérgico entre distintas instituciones han sido tratadas en sus apartados específicos.

Actuaciones.

Línea estratégica 1-2. (Reducción de la Demanda-Oferta). Área transversal de intervención 1: Coordinación.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Implicar al conjunto de instituciones y entidades sociales en las iniciativas locales sobre drogodependencias y otras adicciones y establecer las líneas básicas de actuación desde la política municipal.	Creación de la “Mesa Local de Drogodependencias y Conductas Adictivas” como órgano impulsor de las políticas locales globales en materia de Drogodependencias. En ella estarán representados todas las entidades que, exclusiva o parcialmente, trabajan en Villarrobledo en cualquier área que abarca este complejo fenómeno.	Nº de entidades que componen la Mesa Nº de reuniones al año Nº de temas tratados
Potenciar la cooperación de las distintas Administraciones implicadas, para una mayor eficacia y coordinación de los recursos a escala regional y/o municipal.	Colaboración en la promoción de campañas, proyectos y actividades relacionadas con el tema que sean promovidas por la Unión Europea, Administración Central, Autonómica,	Nº de colaboraciones realizadas

7.6.- Área transversal de Intervención 2.

Formación.

El fenómeno de las adicciones es una realidad que experimenta cambios notables en diversas dimensiones, las sustancias o las modalidades de prácticas adictivas, los valores y significados que rodean los consumos y las prácticas adictivas, los contextos sociales culturales y económicos en los que producen, etc.

Los avances en el conocimiento de estos fenómenos permiten ir dibujando con cierta precisión el mapa de factores que rodean este fenómeno y esto está repercutiendo directamente en la elaboración de nuevas propuestas de intervención, más adaptadas a dichos avances.

La intervención ante las adicciones, sobre todo en las estrategias preventivas y de reducción de riesgos y daños requiere de la participación de diversos recursos y servicios, como ya se ha señalado sobradamente, para lo cual es necesario que sus profesionales compartan similares conocimientos, valoraciones y perspectivas. Todos estos argumentos apuntan a la necesidad de un programa formativo que satisfaga estas necesidades.

Bajo este epígrafe se agrupan las actividades de formación continua y reciclaje de conocimientos que debe alentar y fomentar el PMDA, entre sus técnicos municipales, para asegurar y desarrollar su nivel de competencia profesional. La finalidad última debe ser que adquieran los necesarios conocimientos para dar una respuesta ajustada a las nuevas exigencias y, en la medida de lo posible, anticipar los futuros retos que, continuamente se dan en un fenómeno tan cambiante como el de las drogodependencias.

Así mismo, se debe valorar la idea de que sea el Ayuntamiento de Villarrobledo, a través del PMDA, el que genere esa formación para otros técnicos mediante la celebración de unas Jornadas y/o cursos específicos, en los que se puedan conocer cuáles son los últimos avances y tendencias en el abordaje de las drogodependencias, con el fin de mejorar la capacitación de los profesionales que están trabajando en las diversas líneas de intervención de las adicciones, adecuándola a los avances del conocimiento que se vayan produciendo y a las necesidades de intervención en función de dichos avances.

Actuaciones.

Línea estratégica 1-2. (Reducción de la Demanda-Oferta). Área transversal de intervención 2: Formación.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES	INDICADORES
Mejorar y asegurar la competencia y formación científica de todos los profesionales implicados en el abordaje del fenómeno de las adicciones.	Realización de cursos de formación para los técnicos municipales y agentes sociales que intervienen en programas y/o actividades de prevención.	Nº cursos realizados Nº de participantes segregados por sexo Nº de temas tratados
Mejorar y asegurar la competencia de los agentes sociales y voluntarios implicados en el abordaje de este fenómeno en el contexto donde se realicen actuaciones	Diseño de documentación, mediante la creación de monográficos, que sirva para mejorar la formación de todos los agentes implicados en prevención.	Nº de monográficos creados Nº de monográficos entregados a agentes sociales Nº de temas tratados en la página web



Estructura organizativa del Plan

8. Estructura organizativa del Plan.

El presente Plan tiene como objetivo dar respuesta a una realidad compleja, multicausal y multidimensional como son las adicciones, los daños y los riesgos asociados a las mismas. Si algo define el fenómeno de las adicciones es la diversidad de factores implicados, la variedad de disciplinas que contribuyen a su comprensión y la multiplicidad de espacios en los que puede manifestarse.

El objetivo es activar y coordinar, con racionalidad y eficacia en el abordaje de las adicciones, cuantas instituciones y organizaciones sociales trabajan en el municipio, para construir una visión compartida que haga más efectiva la colaboración en el diseño de actuaciones, así como en su ejecución y evaluación.

8.1.- Coordinación.

Para garantizar la efectividad del Plan Municipal son esenciales los aspectos de interdisciplinariedad e intersectorialidad, es decir, realizar una intervención desde una perspectiva integral en coordinación con todos los sectores implicados.

El Plan recoge en sus objetivos la necesidad de coordinar las acciones que se realicen en el Municipio en materia de adicciones y fomentar la participación de las distintas instituciones, entidades y colectivos generando una corresponsabilidad de toda la comunidad. Ya que debe tratarse de una respuesta plural e integral, que sólo puede articularse mediante procesos de coordinación y sinergias entre los diferentes agentes implicados.

Si bien, además de una buena coordinación externa, es esencial la coordinación interna entre las diferentes concejalías, para llevar a cabo entre todas, las actuaciones previstas en el Plan con la máxima eficacia y eficiencia.

Por consiguiente, se estiman necesarios los siguientes niveles de coordinación:

- Con la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en la elaboración técnica de documentación y publicaciones sobre adicciones, actividades de formación, investigación y difusión y ejecución de actividades y programas.
- Con instituciones, entidades y colectivos que inciden en el municipio en materia de adicciones: Servicio de Salud, Consejería de Educación, Asociaciones, ONGs de Atención a las Drogodependencias y otras, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Grupos de Autoayuda, Sindicatos...
- Entre Áreas municipales como: concejalías de Servicios Sociales, Educación, Cultura, Juventud, Deportes, Sanidad y Salud, Seguridad, Promoción Económica, Fiestas, Medio Ambiente, etc.

8.2.- Estructura Orgánica.

La Concejalía de Juventud y Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas es el área responsable del *Plan Municipal*.

El Plan Municipal dispone de un órgano de coordinación y otra estructura para ofrecer una respuesta integral y coordinada al fenómeno de las adicciones, como es la Mesa Local de Drogodependencias y Adicciones.

COORDINACIÓN DEL PLAN.

La adecuada ejecución del Plan, conlleva coordinaciones con diversas instituciones, entidades y colectivos, bien de forma continuada, bien de modo más puntual, siempre apoyando, informando y asesorando.

Forman parte de las funciones de la persona que coordine el Plan:

- Potenciar la coordinación con la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fomentar las relaciones con otras instituciones, entidades y colectivos relacionados con el ámbito de las adicciones, así como con otras áreas municipales.
- Asesorar y apoyar en la elaboración de proyectos o en la ejecución de acciones preventivas.
- Coordinar, a nivel técnico, la Mesa Local de Drogodependencias y Adicciones.

Además, con la colaboración de un equipo técnico municipal, formado por profesionales de diferentes áreas municipales (Servicios Sociales, Educación, Cultura, Juventud, etc.), el Coordinador del Plan, también asumirá las siguientes tareas específicas:

- **SENSIBILIZACIÓN:** acciones de sensibilización a toda la comunidad sobre los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- **ASESORAMIENTO:** ofrecer orientación a todas las personas que lo soliciten, sobre recursos asistenciales, daños generados por las adicciones, pautas de actuación....
- **FORMACIÓN:** acción dirigida al conjunto de profesionales y agentes sociales de las áreas de intervención señaladas en el Plan, siempre teniendo en cuenta la perspectiva de género. Impulsar la mejora de la competencia profesional mediante la adquisición de nuevos conocimientos relativos a las adicciones con y sin sustancia; también detectar nuevas necesidades de adquisición de conocimientos y fomentar la *formación online* al respecto.
- **PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN:** planificar, diseñar, ejecutar programas y actuaciones preventivas.
- **INVESTIGACIÓN:** diseñar, ejecutar y coordinar la actividad investigadora en los diversos ámbitos de intervención en materia de adicciones.
- **CALIDAD:** promover la calidad en todos los niveles de organización y áreas de intervención, fomentando la formación, investigación y evaluación continua.

- **DOCUMENTACIÓN:** fondo bibliográfico sobre hábitos saludables, adicciones con y sin sustancia, habilidades sociales, acoso...
- **EDICIÓN DE MATERIAL:** edición de material relacionado con las diversas áreas que integran el Plan, así como de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo desde el Ayuntamiento de Villarrobledo relacionadas con las adicciones.
- **EVALUACIÓN:** evaluar los programas y acciones desarrolladas en los diversos ámbitos recogidos en el Plan y analizar los resultados desde una perspectiva de género, con una disgregación por sexo en los datos relativos a los programas o acciones.
- **COMUNICACIÓN:** promover que el Plan sea referente del conocimiento sobre conductas adictivas y sustancias a través de una información veraz, fiable y contrastada. A su vez, dar a conocer los resultados de las investigaciones realizadas en Villarrobledo y potenciar la web con información basada en evidencia (publicaciones, manuales de buenas prácticas...) y recursos asistenciales.

MESA LOCAL DE DROGODEPENDENCIAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS.

El multicausal y multifactorial fenómeno de las adicciones requiere del compromiso y la participación del conjunto de la comunidad, por lo cual **se retomará la creación de la Mesa Local de Drogodependencias y Conductas Adictivas**, como apuesta por favorecer la máxima participación en el desarrollo de las acciones preventivas, propiciando un entorno de coordinación efectivo al estar representada por todas las instituciones, entidades, colectivos y agentes sociales que tienen alguna relación con la intervención social en adicciones en el municipio y cuya colaboración resulta necesaria para la consecución de los objetivos del Plan.

La Mesa Local de Drogodependencias y Conductas Adictivas, estará constituida por:

- Representación Municipal: Alcaldía o Concejal/a en quién delegue.
- Representantes políticos.
- Consejería de Educación: Equipos Directivos, Departamento de Orientación, Educadores/as Sociales.
- Servicio Regional de Salud: Gerencia del Hospital General de Villarrobledo.
- ONGs locales.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Guardia Civil y Policía Local.
- Grupos de Autoayuda.
- Organizaciones de acción social: Cáritas, AMPAS, Asociaciones de Vecinos...
- Representantes del ámbito Laboral.
- Agentes sociales.
- Concejalías municipales.

La Mesa Local de Drogodependencias y Conductas Adictivas tiene las siguientes funciones:

- Plantear propuestas y mejoras relacionadas con sus distintas líneas de intervención.
- Seguimiento de las actuaciones recogidas en el Plan.
- Participar en las acciones de sensibilización llevadas a cabo en el Municipio.
- Colaborar en la elaboración de programas de actuación.
- Informar sobre los recursos de prevención y asistencia disponibles. En caso de darse una situación de adicciones, favorecer la detección precoz y gestionar la derivación a los recursos asistenciales correspondientes.
- Comunicar y difundir, cada representante en su ámbito, las acciones que se desarrollan en el municipio dirigidas a retrasar la edad de inicio a las adicciones y disminuir los daños derivados del consumo de sustancias con potencial adictivo y de las adicciones comportamentales.
- Colaborar en las investigaciones y estudios sobre adicciones que se realicen en el Municipio.

Evaluación del Plan

9. Evaluación.

La evaluación, se ha concebido como un **proceso continuo** a lo largo de todo el periodo de vigencia del Plan. Se han incorporado indicadores de evaluación en cada actuación desarrollada, que facilitan la evaluación final.

Todo el proceso de evaluación se llevará a cabo desde un **enfoque global, integral y desde la perspectiva integrada de género**, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas, que ofrezcan una visión completa del desarrollo de todo el Plan, contando con la participación de las diversas partes implicadas en el proceso.

El objetivo es orientar la planificación de nuevas intervenciones y ayudar a la toma de decisiones mediante el conocimiento continuo y la valoración de las acciones realizadas. Para ello utilizaremos las reuniones que se celebren periódicamente.

Finalmente, debe recordarse que para que la evaluación surta sus efectos y cumpla las funciones para las que ha sido diseñada, es fundamental atender y cuidar la difusión y comunicación de los resultados, conclusiones y aprendizajes extraídos en las diversas etapas de este proceso.

Todas las acciones y proyectos planificados deberán incluir en sus diseños mecanismos de evaluación que serán pertinentes para la correcta consecución de sus objetivos.

Desde el Plan Municipal se planificará una estrategia de evaluación tanto de los programas como del propio Plan.

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS

- Todos los programas presentarán una memoria de actividades a finalizar el año, especificando un apartado de Evaluación, en el que se especifiquen tanto los objetivos marcados y conseguidos, como los indicadores de evaluación propios.
- Al finalizar cada año, se realizará la evaluación de la consecución de los objetivos de cada uno de los programas.
- Al finalizar la vigencia del Plan se evaluarán las conclusiones y resultados obtenidos después de los cuatro años de trabajo.

EVALUACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL

La evaluación del Plan se realizará en tres fases:

Evaluación continua o de proceso: Anualmente, se elaborará una memoria en la que se especificará el grado de consecución de los objetivos marcados en cuanto a:

- Cobertura: Porcentaje de usuarios de la población objetivo que se atienden.
- Cumplimiento: Nivel de seguimiento de las directrices y pautas marcadas institucionalmente.
- Idoneidad de los procedimientos: Si los programas aplicados se están realizando de manera adecuada y son los más indicados para los usuarios.

Con estos datos se podrá analizar si los objetivos marcados se cumplen, pudiendo corregir posibles desviaciones y adaptar nuevas estrategias si se considera necesario.

Evaluación final de carácter interno:

Se llevará a cabo una evaluación del conjunto de actuaciones realizadas a lo largo de los cuatro años de vigencia del Plan. Para ello se examinarán y analizarán los indicadores diseñados para cada uno de los objetivos del Plan, y realizando una comparativa de los resultados anuales.

Anexo I

"59 Actuaciones"

-Resumen-

Estrategia de Reducción de la demanda

Área de Intervención: Prevención Universal

Ámbitos: Educativo, Familiar, Comunitario, Ocio y tiempo libre
y Laboral

Objetivo Principal: Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Universal Educativo	Promover el desarrollo de actuaciones de prevención universal en la escuela.	Diseño y elaboración de una oferta sistematizada de programas para su presentación en los Centros de Educación Primaria y Secundaria.
		Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Primaria.	Desarrollo de los programas de “Educación para la Salud-Prevención de Drogas en el Medio Escolar” ofertados “a modo de menú” en los centros de Educación Infantil y Primaria.
		Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Secundaria.	Acciones de Educación para la Salud y Prevención de Conductas de Riesgo con el alumnado de Secundaria.
		Afianzar el desarrollo de actuaciones de prevención universal ante el consumo de drogas y otras conductas adictivas en los centros de Educación Primaria y Secundaria.	Acompañamiento y formación del profesorado.
		Ofrecer al alumnado de Primaria y Secundaria, espacios de reflexión y formación en actitudes y valores que permitan adoptar hábitos saludables.	Talleres centrados en la adquisición de valores, desarrollo de capacidades y habilidades personales y sociales, de diversidad afectivo sexual.... , como factores de protección ante las conductas adictivas.
			Talleres para promover en el alumnado una mayor concienciación sobre los riesgos de las adicciones comportamentales (juego, TICs, videojuegos).
		Implicar a la comunidad educativa en su conjunto como agente de salud.	Impulsar el desarrollo del conocimiento y la formación en el ámbito de las adicciones a padres y madres, a través de las AMPAS

Objetivo Principal: Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Universal Familiar	Concienciar a las familias del papel fundamental que juegan en el desarrollo de actitudes positivas para prevenir el consumo de drogas de sus hijos e hijas, o ante situaciones de consumo iniciales.	Oferta formativa para madres, padres y personas responsables de los menores en temas educativos, de responsabilidad familiar y de prevención.
			Creación de una “Escuela de Familias”
		Favorecer la participación de las familias en las actuaciones de prevención.	Creación de un sitio web con información y asesoría, que aloje información básica sobre drogodependencias y un canal de asesoramiento para familias.
			Difusión de material (en la web y a través de medios escritos) relacionado con la educación socioemocional, incluyendo información sobre riesgos asociados a las relaciones con las drogas y otras conductas adictivas.
		Promover el desarrollo de actuaciones de prevención de adicciones comportamentales en el ámbito familiar.	Realización de talleres de mediación parental en el uso de las TICs

Objetivo Principal: Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Universal Comunitaria	Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.	Creación de un servicio de información, orientación y atención sobre drogodependencias y otras adicciones.
			Realización de actividades de sensibilización sobre conceptos claves en prevención, diferenciando también las edades de la población destinataria.
			Diseño y difusión de materiales informativos sobre los riesgos asociados al abuso de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.)
		En coordinación con el resto de entidades, movimientos asociativos y agentes sociales, incorporar de manera transversal objetivos de promoción para la salud y prevención en drogodependencias y adicciones en todos los proyectos de intervención comunitaria y otras actividades que realicen.	Desarrollo de programas de prevención adaptados a las actuaciones habituales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes de entidades deportivas, asociaciones y otras entidades públicas y privadas de la localidad.
			Realización de cursos de formación en prevención universal para dotar a mediadores sociales (monitores deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, líderes de asociaciones, profesionales servicios públicos, etc.) de conocimientos y habilidades que les permita potenciar los factores de protección y/o disminuir los factores de riesgo.
		Sensibilizar e informar a todos los ciudadanos sobre los riesgos del abuso de las TIC	Creación y distribución de herramientas de sensibilización dirigidas a la población general para informar acerca de las conductas con potencial de abuso relacionadas con las TIC y los juegos de azar.
			Creación y dinamización de espacios de conversación y debate en torno al uso inteligente y ético de Internet.

Objetivo Principal: Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Universal Ocio y Tiempo Libre	Sensibilizar e informar en los espacios recreativos y de ocio sobre los riesgos del uso de sustancias capaces de generar dependencia.	Realización de campañas informativas sobre los efectos de las drogas en los espacios recreativos y de ocio en fines de semana y en especial en las fiestas de carnaval.
		Promover y difundir en los adolescentes y jóvenes una oferta normalizada de alternativas atractivas de ocio y tiempo libre durante los fines de semana.	Diseño e implementación de actividades de ocio saludable en fines de semana para adolescentes y jóvenes.
		Incluir actuaciones de prevención de drogodependencias en las actividades de ocio y tiempo libre que se desarrollen en el municipio.	Realización de cursos de formación de mediadores de prevención en el tiempo libre, dirigidas a mediadores sociales y líderes juveniles.
		Implicar a los y las profesionales del sector hostelero en la prevención y reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, mediante la puesta en marcha del programa "Servicio responsable".	Realización de cursos de formación para las y los profesionales del ámbito de la hostelería en dispensación responsable de alcohol y pautas de reducción de riesgos asociados, tanto al consumo de alcohol como al de otras drogas.

Objetivo Principal: Disminuir en la mayor medida posible, desde la perspectiva de equidad, el consumo de sustancias adictivas y las adicciones comportamentales y, en consecuencia, los efectos sobre la salud de las personas y sus familias, al igual que sobre la comunidad y la población en general.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Universal Laboral	Promover y garantizar que se sensibiliza e informa a los empresarios y trabajadores sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones	Diseño y realización de al menos un programa de información y sensibilización a todos los empresarios, líderes sindicales y trabajadores sobre los riesgos del consumo de sustancias capaces de generar dependencia y sus factores de riesgo psicosocial, así como de los mecanismos de protección tanto personales como organizacionales.
		Apoyar que los centros laborales, empresas y sus alrededores sean centros libres de drogas legales e ilegales.	Diseño y colocación en los entornos laborales de indicadores visibles saludables e identificar y eliminar los no saludables
		Incorporar actuaciones de prevención de drogodependencias en los Convenios Colectivos y en los programas de prevención de la salud.	Realización y difusión entre las empresas locales de un protocolo para la inclusión de actuaciones de prevención de drogodependencias en los centros de trabajo.

Estrategia de Reducción de la demanda

Área de Intervención: Prevención Selectiva-Indicada

Ámbitos: Educativo, Familiar, Comunitario-Ocio y tiempo libre

Objetivo Principal: Reducir el consumo de drogas (legales o ilegales) y otros comportamientos adictivos en la población en situación de riesgo y/o disminuir las consecuencias negativas de cualquier conducta adictiva.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Selectiva- Indicada Educativo	Ofrecer una alternativa educativa a aquellos alumnos a los que les es aplicada una medida de privación de asistencia a su instituto (expulsión del Centro por comportamientos inadecuados y /o consumo de drogas).	Desarrollo del Proyecto de Atención Socioeducativa a Alumnos Temporalmente Expulsados de su Centro Escolar -PASATE-
		Proporcionar estrategias que permitan desarrollar habilidades personales y sociales con el fin de mejorar situaciones de vulnerabilidad, como factor de protección frente a conductas adictivas.	Realización de talleres de habilidades sociales e inteligencia emocional bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.
		Identificar los riesgos asociados al uso abusivo de Internet y de la tecnología en general, abordando aquellas pautas, conductas y actitudes que ayudan a prevenir y/o actuar frente a la adicción a éstos.	Realización del taller “Más allá de tu pantalla” bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.
		Analizar mitos y creencias erróneas que se crean en torno al consumo de drogas relacionadas con la erótica y la experimentación sexual con el fin de adquirir recursos personales para evitar comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales cuando existe uso de algún tipo de droga.	Realización del taller “En plenas facultades: sexualidad sin drogas” bajo demanda de los Centros Escolares por detectar alumnado vulnerable.
		Contribuir a la detección de individuos en situación de especial riesgo que requieren intervenciones indicadas.	Realización de un protocolo de detección de alumnado con necesidades de intervención en prevención indicada

Objetivo Principal: Reducir el consumo de drogas (legales o ilegales) y otros comportamientos adictivos en la población en situación de riesgo y/o disminuir las consecuencias negativas de cualquier conducta adictiva.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Selectiva- Indicada Familiar	Afianzar el proyecto de prevención selectiva dirigido a familias y jóvenes con conductas adictivas o en situación de riesgo.	Realización de talleres de prevención familiar
			Realización de talleres de Mediación parental en el uso de las TICs

Objetivo Principal: Reducir el consumo de drogas (legales o ilegales) y otros comportamientos adictivos en la población en situación de riesgo y/o disminuir las consecuencias negativas de cualquier conducta adictiva.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la demanda	Prevención Selectiva-Indicada Comunitario-Ocio y Tiempo libre	Mejorar la información sobre las drogas (legales o ilegales) en la población, reduciendo sus expectativas y actitudes positivas respecto al consumo de estas sustancias y favoreciendo la toma de conciencia respecto a los problemas que generan.	Realización de talleres de prevención del consumo de drogas (centrado en alcohol, cannabis y cocaína) en diferentes grupos vulnerables.
		Ofrecer alternativas educadoras a menores de 18 años del municipio de Villarrobledo que hayan sido objeto de sanciones administrativas relacionadas con alcohol y/u otras drogas	Realización de talleres de prevención como alternativa educadora a las sanciones de jóvenes por consumo de drogas en la vía pública.
		Reforzar la influencia de los factores de protección individuales y grupales, como el entrenamiento en habilidades sociales y para la vida, el desarrollo de actitudes prosociales y la vinculación a las asociaciones juveniles y a iguales que puedan ejercer una influencia positiva.	Realización de talleres de habilidades sociales e inteligencia emocional con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.
		Proporcionar estrategias que permitan desarrollar habilidades personales y sociales con el fin de mejorar situaciones de vulnerabilidad, como factor de protección frente a conductas adictivas.	Desarrollo de programas de prevención adaptados a las actuaciones habituales con niñas, niños, adolescentes y jóvenes de entidades deportivas, asociaciones y otras entidades públicas y privadas de la localidad. Realización de cursos de formación en prevención selectiva para dotar a mediadores sociales (monitores deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, líderes de asociaciones, profesionales servicios públicos, etc.) de conocimientos y habilidades que les permita potenciar los factores de protección y/o disminuir los factores de riesgo.

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS - AYUNTAMIENTO DE VILLARROBLEDO

		Concienciar sobre la naturaleza y consecuencias de otras conductas adictivas, especialmente los juegos de apuestas, los videojuegos y el uso excesivo de las TICs, favoreciendo la adopción de hábitos adecuados.	Realización del taller “Más allá de tu pantalla” con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.
			Realización del taller “De la suerte al azar: uso problemático del juego online” con grupos derivados desde Servicios Sociales y/o captados desde otros programas municipales.
		Reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción, a la vez que reforzar la idea de que la conducción es incompatible con cualquier consumo de alcohol y de otras drogas, como el cannabis.	Realización de talleres de “Reducción de accidentes de tráfico relacionados con consumos de drogas” dirigidos a ciudadanos derivados desde la Policía Local (casos de sanciones por conducción bajo los efectos de alguna droga) y otros programas municipales con especial atención a jóvenes con experiencias continuadas de consumo de diferentes drogas.
		Ofertar actividades de ocio en espacios abiertos en los cuales los jóvenes se diviertan realizando actividades diferentes a las habituales en su entorno, con el fin de prevenir el consumo de drogas y detectar jóvenes en situación de riesgo de consumo, fomentando, a su vez, la integración de los jóvenes en situación de mayor riesgo con otro tipo de grupos juveniles menos vulnerables y favorecer el contacto de los menores con los servicios de ocio de su comunidad.	Puesta en marcha del programa de “ocio saludable” de fines de semana.
		Contribuir a la detección de individuos en situación de especial riesgo que requieren intervenciones indicadas.	Realización de un protocolo de detección de personas con necesidades de intervención en prevención indicada

Estrategia de Reducción de la Oferta

Área de Intervención: Prevención
Ambiental/Control de la oferta

Ámbito: Comunitario

Objetivo Principal: Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la oferta	Prevención Ambiental/Control de la oferta Comunitario	Generar espacios sin drogas idóneos y seguros para la labor educativa de familias y de educadores.	Realización de un protocolo de vigilancia y control normativo de espacios “periescolares” en el que se potencie la interlocución entre la comunidad educativa y la Policía Local. El protocolo se establecerá en la Comisión de Absentismo.
		Limitar el acceso al alcohol, al tabaco, al cannabis y a los juegos de azar a los menores y reducir la tolerancia y la permisividad frente al consumo de estas sustancias y la práctica de los juegos de azar.	Revisión de la actual Ordenanza Municipal en lo relativo al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y juegos de azar en el marco de la normativa legal existente. Realización de intervenciones de control tanto en establecimientos hosteleros, como supermercados o tiendas y salones de juego, así como en espacios periescolares. Allí donde se puedan realizar acciones de facilitación o venta de alcohol y tabaco a menores y donde puedan acceder a los juegos de azar y las apuestas.
		Actuar preventivamente sobre la utilización de alcohol y sustancias psicoactivas que pueden influir sobre la conducción y la seguridad vial.	Desarrollo de acciones de control de la seguridad vial, por parte de la Policía Local, mediante la realización de pruebas de alcoholemia y drogas, tanto de forma preventiva, como en personas implicadas en accidentes y delitos relacionados con el tráfico.

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS - AYUNTAMIENTO DE VILLARROBLEDO

		Evitar el acceso y/o retrasar la edad de contacto e iniciación de los y las menores de edad en las actividades relacionadas con los juegos de azar dinerarios y las apuestas.	Realización de actividades informativas y/o campañas de prevención dirigidas a menores de edad
			Realización intervenciones de control, tanto en los locales como en otros espacios en que se realicen prácticas relacionadas con los juegos dinerarios de azar y con las apuestas, así como en los espacios cercanos a ellos.
		Colaborar con otras organizaciones para la prevención y la generación de espacios sin drogas.	Convenio con la Federación Española de Bebidas Espirituosas

Estrategia de Reducción de la Demanda

**Área de Intervención: Complementación del
abordaje terapéutico.**

Ámbito: Comunitario

Objetivo Principal: Impulsar y mejorar la coordinación con el sistema regional de inserción social para minimizar los riesgos y daños derivados de las adicciones y de conductas/consumos problemáticos y contribuir en la respuesta continuada, coordinada y eficaz a las necesidades asistenciales que implica el fenómeno de las adicciones.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
ESTRUCTURAL Reducción de la Demanda	Complementación del abordaje terapéutico Comunitario	Poner en marcha un sistema que permita detectar tempranamente a las personas con problemas derivados de un consumo elevado o de riesgo de drogas y de una práctica intensa de juegos de azar, incluida la adicción, e informar y orientar a dichas personas hacia una intervención terapéutica.	Elaboración de una Guía de recursos sobre adicciones. recoja los distintos recursos que existen en Castilla-La Mancha en materia atención terapéutica. En esta guía se recogerá la descripción de los programas y recursos, población destinataria y vías de acceso. La guía se realizará en formato papel y digital para incluirla en la página web municipal de dedicada al Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas.
			Realización y puesta en marcha de un Protocolo para la detección precoz de casos especialmente vulnerables y en alto riesgo de desarrollar una adicción.
		Mejorar la visibilidad del Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas entre la población de Villarrobledo, como “puerta de entrada” en el acceso a los distintos dispositivos de intervención terapéutica.	Realización de una campaña de promoción del PMDA Creación del Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas e incluirlo en la web del PMDA para colaborar en la intervención terapéutica.
		Participar en el seguimiento de los usuarios de los dispositivos de intervención terapéutica.	Coordinación con la UCA de referencia y colaboración/intervención en el seguimiento de usuarios.

Área de Intervención: Coordinación del Plan

Objetivo Principal: Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito local de las adicciones y potenciar la formación, investigación, difusión y evaluación del Plan Municipal.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
TRANSVERSAL	Coordinación del Plan	Implicar al conjunto de instituciones y entidades sociales en las iniciativas locales sobre drogodependencias y otras adicciones y establecer las líneas básicas de actuación desde la política municipal.	Creación de la “Mesa Local de Drogodependencias y Conductas Adictivas” como órgano impulsor de las políticas locales globales en materia de Drogodependencias. En ella estarán representados todas las entidades que, exclusiva o parcialmente, trabajan en Villarrobledo en cualquier área que abarca este complejo fenómeno.
		Potenciar la cooperación de las distintas Administraciones implicadas, para una mayor eficacia y coordinación de los recursos a escala regional y/o municipal.	Colaboración en la promoción de campañas, proyectos y actividades relacionadas con el tema que sean promovidas por la Unión Europea, Administración Central, Autonómica.

Área de Intervención: Formación

Objetivo Principal: Seguir avanzando en un funcionamiento coordinado, cohesionado, eficaz y eficiente del sistema de agentes implicados en el ámbito local de las adicciones y potenciar la formación, investigación, difusión y evaluación del Plan Municipal.

ESTRATEGIA Estructural/Transversal	AREA DE INTERVENCIÓN/ÁMBITO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIONES
TRANSVERSAL	Formación	Mejorar y asegurar la competencia y formación científica de todos los profesionales implicados en el abordaje del fenómeno de las adicciones.	Realización de cursos de formación para los técnicos municipales y agentes sociales que intervienen en programas y/o actividades de prevención.
		Mejorar y asegurar la competencia de los agentes sociales y voluntarios implicados en el abordaje de este fenómeno en el contexto donde se realicen actuaciones	Diseño de documentación, mediante la creación de monográficos, que sirva para mejorar la formación de todos los agentes implicados en prevención.



Documentación y Bibliografía inspiradora

DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA QUE HA INSPIRADO ESTE DOCUMENTO.

- Plan Regional de Castilla la Mancha de Drogodependencias y otras adicciones. Horizonte 2018.
- Estrategia nacional sobre adicciones. 2017-2024
- Informe Europeo sobre Drogas 2020.
- Constitución Española y Ley de Salud Pública.
- Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas. Plan nacional sobre drogas.
- Ayuntamiento de Portugalete (2017). IV Plan Municipal de Drogodependencias de Portugalete. Personas, drogas y conductas con potencial de abuso 2017-2026. Bizkaia.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? Adicciones, Vol. 23
- Consejo de la Unión Europea. Estrategia de la Unión europea en materia de lucha sobre contra la droga 2013-2020.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2019-20). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Madrid: DGPNSD.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2020). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Madrid: DGPNSD.
- Echeburúa, E. y Corral, p. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. Revista Adicciones, 22:91-96.
- Organización Mundial de la Salud (2018). 11ª Revisión de la Clasificación internacional de enfermedades. (CIE-11).
- SPOTT- Centro de Prevención e Intervención en Drogodependencias. (2012). Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias. Diputación. Barcelona.
- De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Editorial Milenio. LLEIDA, 2013
- Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias. FUNDACIÓN ATENEA. Junio 2015.
- Madrid Salud. Página web del Ayuntamiento de Madrid
- <https://www.diba.cat/es/web/spott/informacio-del-centre-spott>. Página web de la Diputación de Barcelona.
- Página web de Sanidad. Castilla-La Mancha.
- Otras web diversas sobre drogodependencias y conductas adictivas.