PLAN AUTONÓMICO DE CASTILLA Y LEÓN SOBRE ADICCIONES 2024-2030

Junta de Castilla y León

PLAN DE ADICCIONES
CASTILLA Y LEÓN

//01. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN 11

1. BEBIDAS ALCOHÓLICAS 12

1.1. Percepción del riesgo y aceptación social 12
1.2. El consumo de alcohol en los hogares de Castilla y León 14
1.3. Frecuencia e intensidad del consumo de bebidas alcohólicas 15
1.4. Preferencia por las distintas bebidas alcohólicas 20
1.5. Edad de inicio 21
1.6. Consecuencias negativas del consumo de alcohol 22
1.7. Disponibilidad percibida 27
1.8. Alcohol y seguridad vial 27

2. BEBIDAS ENERGÉTICAS 30

2.1. Frecuencia e intensidad del consumo de bebidas energéticas 30

3. TABACO 31

3.1. Percepción del riesgo y aceptación social 31
3.2. Demanda directa de tabaco 32
3.3. Frecuencia e intensidad de consumo 33
3.4. Población que se ha planteado o a intentado dejar de fumar 36
3.5. Edad de inicio 37
3.6. Exposición al humo de tabaco 37

4. CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y OTROS DISPOSITIVOS 38

4.1. Percepción del riesgo 38
4.2. Frecuencia de consumo 39
4.3. Edad de inicio 41

5. CANNABIS 42

5.1. Percepción del riesgo y aceptación social 42
5.2. Frecuencia de consumo 44
5.3. Continuidad en el consumo de cannabis 46
5.4. Edad de inicio 46
5.5. Consecuencias negativas del consumo de cannabis 46
5.6. Disponibilidad percibida 48
5.7. Cannabis y seguridad vial 48

6. COCAÍNA 49

6.1. Percepción del riesgo 49
6.2. Frecuencia de consumo 50
6.3. Continuidad en el consumo de cocaína 51

6.4. Edad de inicio 51
6.5. Disponibilidad percibida 51

7. DROGAS DE SÍNTESIS (ÉXTASIS) 52
7.1. Percepción del riesgo 52
7.2. Frecuencia de consumo 52
7.3. Continuidad en el consumo de drogas de síntesis 54
7.4. Edad de inicio 54
7.5. Disponibilidad percibida 54

8. HIPNOSEDANTES 55
8.1. Percepción del riesgo 55
8.2. Frecuencias de consumo 55
8.3. Continuidad en el consumo 56
8.4. Edades de inicio 56
8.5. Disponibilidad percibida 57
8.6. Problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales 57

9. OTRAS DROGAS 58
9.1. Percepción del riesgo 58
9.2. Frecuencias de consumo 58
9.3. Continuidad en el consumo 60
9.4. Edades de inicio 61
9.5. Disponibilidad percibida 61
9.6. Problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales 62

10. POLICONSUMO DE DROGAS 63

11. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN JUVENIL CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS ATENDIDAS POR LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR INDICADA 64

12. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) EN TRATAMIENTO AMBULATORIO 68

13. ADICCIONES SIN SUSTANCIA (JUEGO CON DINERO Y VIDEOJUEGOS) Y USO COMPULSIVO DE INTERNET 71
13.1. Percepción del riesgo 71
13.2. Frecuencia del juego con dinero, videojuegos y uso compulsivo en internet 72
13.3. Edad de inicio 74
13.4. Problemas relacionados 74

14. OTROS DATOS DE INTERÉS 77

14.1. Patrones de ocio 77

14.2. Valoración de posibles actuaciones para hacer frente al problema del abuso de drogas 78

15. CONCLUSIONES 80

15.1. Percepción del riesgo 80

15.2. Prevalencias de consumo o de uso 80

15.3. Edad de inicio 84

15.4. Disponibilidad percibida 84

15.5. Perfil de las personas en programas de prevención indicada y tratamiento 85

15.6. Patrones de ocio y valoración de actuaciones 86

//02. EVALUACIÓN DEL VII PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN 88

1. VALORACIÓN GENERAL 90

1.1. Objetivo estratégico 90

1.2. Objetivos generales 90

1.3. Objetivos específicos 91

1.4. Indicadores 93

2. VALORACIÓN POR OBJETIVOS 94

2.1. Objetivo estratégico 94

2.1.1. Disminuir la mortalidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto 95

2.1.2. Disminuir la morbilidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto 102

2.1.3 Problemas sociales relacionados con el abuso de drogas: Indicadores de resultados intermedios 113

2.2. Objetivos generales 115

Objetivo general 1. Reducir la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas,tabaco, hipnosedantes y drogas ilegales 115

Objetivo general 2. Reducir los riesgos y daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas 135

Objetivo general 3. Promover la formación, evaluación e investigación en materia de drogodependencias 142

Objetivo general 4. Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan sobre Drogas 148

//03. ALCANCE DEL PLAN 154

1. EJES DE ACTUACIÓN 154

2. VIGENCIA DEL PLAN 155

3. POBLACIÓN DIANA 155

4. OBJETIVO ESTRATÉGICO 156

5. OBJETIVOS GENERALES 156

OBJETIVO GENERAL 1.a. Reducir la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y energéticas, tabaco y productos derivados, hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y otras drogas 156

OBJETIVO GENERAL 1.b. Reducir la prevalencia de utilización problemática de las pantallas y de los juegos con apuestas 156

OBJETIVO GENERAL 2.a. Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas 157

OBJETIVO GENERAL 2.b. Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del juego patológico 157

OBJETIVO GENERAL 3. Promover la formación, evaluación e investigación en materia de adicciones 157

OBJETIVO GENERAL 4. Impulsar la coordinación y cooperación entre instituciones y entidades para el desarrollo del Plan de adicciones de Castilla y León 158

//04. PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN 161

1.PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS 161

2.CRITERIOS DE ACTUACIÓN 164

2.1. Criterios de prevención del consumo de drogas 164

2.2. Criterios de disminución de los riesgos y de reducción de los daños 166

2.3. Criterios de atención a personas con trastornos adictivos 168

2.4. Criterios de incorporación social 170

//05. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES CLAVE 175

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Sensibilización, prevención (incluyendo actuaciones de regulación y control-prevención ambiental) y detección precoz del consumo de drogas, del juego patológico y la utilización problemática de las pantallas 176

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Disminución de los riesgos y reducción de los daños 189
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Atención e incorporación social de personas con trastornos adictivos (por uso de sustancias, juego patológico y videojuegos) 195
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Formación, investigación y sistemas de información 201
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Participación social, coordinación y cooperación institucional 204

//06. EVALUACIÓN 208

1. FUENTES DE INFORMACIÓN 209

2. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE OBJETIVOS 212

2.1 Evaluación del objetivo estratégico (OE) 214
2.2. Evaluación de los objetivos generales y sus correspondientes objetivos específicos 215

//07. FINANCIACIÓN 235

//08. ANEXOS 237

ANEXO I. REVISIÓN DE LA EVIDENCIA 238

1. PREVENCIÓN 239

1.1. Evidencia sobre prevención del consumo de sustancias 239
1.2. Evidencia sobre prevención del uso problemático de pantallas: internet y videojuegos 250
1.3. Evidencia sobre prevención del juego patológico 253
1.4. Evidencia sobre perspectiva de género en prevención en adicciones con y sin sustancia 257

2. DETECCIÓN PRECOZ 259

2.1. Evidencia sobre estrategias de detección precoz e intervenciones breves en adicciones con y sin sustancia 259
2.2. Evidencia sobre disminución de riesgos y reducción de daños en adicciones con y sin sustancia 263

3. TRATAMIENTO 266

3.1. Evidencia sobre tratamiento en adicciones con sustancia 266
3.2. Evidencia sobre perspectiva de género en tratamiento de adicciones con sustancia 270
3.3. Evidencia sobre tratamiento en juego patológico 272
3.4. Evidencia sobre perspectiva de género en tratamiento de juego patológico 273

4. INCORPORACIÓN SOCIAL 274

4.1. Evidencia sobre incorporación social en adicciones con sustancia 274

4.2. Evidencia sobre incorporación social en juego patológico 277

4.3. Evidencia sobre perspectiva de género en incorporación social en adicciones con sustancia 277

4.4. Evidencia sobre atención a colectivos vulnerables en adicciones con sustancia 279

4. BIBLIOGRAFÍA 281

ANEXO II. RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES EN CASTILLA Y LEÓN 282

1. PRIMER NIVEL 285

1.1. Equipos de Atención Primaria de Salud (E.A.P.S.) 285

1.2. Equipos de Acción Social Básica (CEAS)-Equipos multidisciplinares específicos 286

1.3. Servicios específicos de primer nivel -SEPN- (Servicios generales de Información, orientación, apoyo y seguimiento de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias) 286

1.4. Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral 287

1.5. Servicios de orientación y asesoramiento a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y con problemas jurídico-penales 288

1.6. Servicios de atención de emergencia social para personas con trastornos adictivos por uso de sustancias 288

1.7. Programas de atención a personas con trastornos por juego patológico 289

2. SEGUNDO NIVEL 290

2.1. Centros específicos de atención ambulatoria en drogodependencias-CAD (Servicio de atención ambulatoria especializada a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias) 291

2.2. Unidades para el tratamiento del alcoholismo 292

2.3. Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo 292

2.4. Centros de día para personas con trastornos adictivos por uso de sustancias 293

2.5. Equipos de Salud Mental 293

2.6. Programas de atención en centros penitenciarios 294

2.7. Servicios de formación y apoyo para la incorporación sociolaboral de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias 295

3. TERCER NIVEL 296

3.1. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) 296

3.2. Unidades de patología dual 296

3.3. Centros residenciales para la rehabilitación de personas con adicción a todo tipo de sustancias (CT). Servicios de atención especializada en régimen residencial a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias 296

3.4. Centros residenciales para la rehabilitación de personas con adicción al alcohol (CRA). Servicios de atención especializada en régimen residencial a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias 298

3.5. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) 299

ANEXO III. RED DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS 300

PRIMER NIVEL O NIVEL BÁSICO 301

SEGUNDO NIVEL O ESPECIALIZADO 302

ANEXO IV. PROGRAMAS Y TALLERES DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS EN POBLACIÓN JOVEN SIN ADICCIONES ACREDITADOS POR EL COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA 304

1.ÁREA DE PREVENCIÓN 304

Ámbito educativo 304

Ámbito extraescolar 306

Ámbito menores en riesgo 307

Ámbito familiar 307

2.ÁREA DE REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS 309

Reducción del consumo de alcohol 309

Hostelería y locales, espacios de dispensación y/o venta de alcohol 309

Accidentes de tráfico 310

Espacios de ocio 310

ANEXO V. ENTIDADES Y ORGANISMOS QUE HAN REALIZADO PROPUESTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES DE CASTILLA Y LEÓN 311

//01.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

//01.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La valoración de la situación actual en relación con el fenómeno del consumo de drogas en Castilla y León es indispensable para poder realizar una adecuada planificación de actuaciones. En este sentido es clave no olvidar que la pandemia por COVID-19 que se inició en marzo del año 2020 ha tenido repercusiones en los consumos de estas sustancias, con una disminución o contención de los consumos de drogas ilegales y un ligero aumento de las legales en los periodos de confinamiento y un repunte tras la apertura y la vuelta a la "normalidad". Por otro lado, en la parte de detección y tratamiento en el periodo de confinamiento ha habido una contención de la población con trastorno por uso de sustancias (TUS), aunque los programas de prevención familiar y servicios prestados por la Red de Atención al Drogodependiente (RAD) se consideraron esenciales y en ningún momento cesaron en la prestación de apoyo e intervención. Todo ello ha generado variaciones en algunas de las tendencias que se venían observando y consolidando años anteriores.

El análisis de la situación se estructura en catorce apartados. Los primeros abordan el tema de las sustancias con capacidad adictiva, posteriormente se analizan los datos sobre el tema de las pantallas y el juego con apuestas, para cerrar con contenidos complementarios que mejoran la visión de la realidad actual del fenómeno de los comportamientos adictivos.

Los ocho primeros se centran en el consumo de las principales drogas consumidas: alcohol, bebidas energéticas, tabaco, cigarrillos electrónicos, cannabis, cocaína y drogas de síntesis e hipnosedantes, mientras que el noveno se dedica a analizar el consumo del resto de drogas ilegales y el décimo al policonsumo. Dentro de cada uno de estos apartados se analiza la información disponible que resulta más relevante para comprender la evolución de los consumos y para la planificación de las actuaciones. El undécimo y duodécimo apartados exponen las características de los casos de menores de 21 años con consumos problemáticos atendidos por los programas de prevención indicada, así como el perfil de las personas atendidas por trastorno adictivo por uso de sustancias. Los dos últimos apartados exponen la situación de los problemas de juego, los videojuegos y el uso compulsivo de internet, así como otros datos de interés como son los patrones de ocio mostrados por la encuesta ESTUDES o la valoración de las diferentes actuaciones a desarrollar para hacer frente al problema del consumo problemático y la adicción a las drogas por parte, tanto de la población general (EDADES) como del alumnado de 14 a 18 años (ESTUDES) y el último apartado son las conclusiones.

Las principales fuentes de información que se han utilizado para realizar el análisis de la situación han sido: la *Encuesta domiciliaria EDADES* (15-64 años), la *Encuesta escolar ESTUDES* (14-18 años), la información proporcionada por el *Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Economía y Función Pública,* los datos suministrados por el *Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías* (SAITCyL), por el registro de casos atendidos por los programas de prevención indicada, por la *Dirección General de Asistencia Sanitaria* y la *Gerencia de Emergencias de la Consejería de Sanidad* y la información procedente del Sistema de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas, que incluye la Memoria anual del plan. Así mismo se han utilizado datos del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, de la Encuesta Europea de Salud y del Estudio de Mapfre sobre conducción y drogas y las Memorias del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses.

1. BEBIDAS ALCOHÓLICAS

1.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ACEPTACIÓN SOCIAL

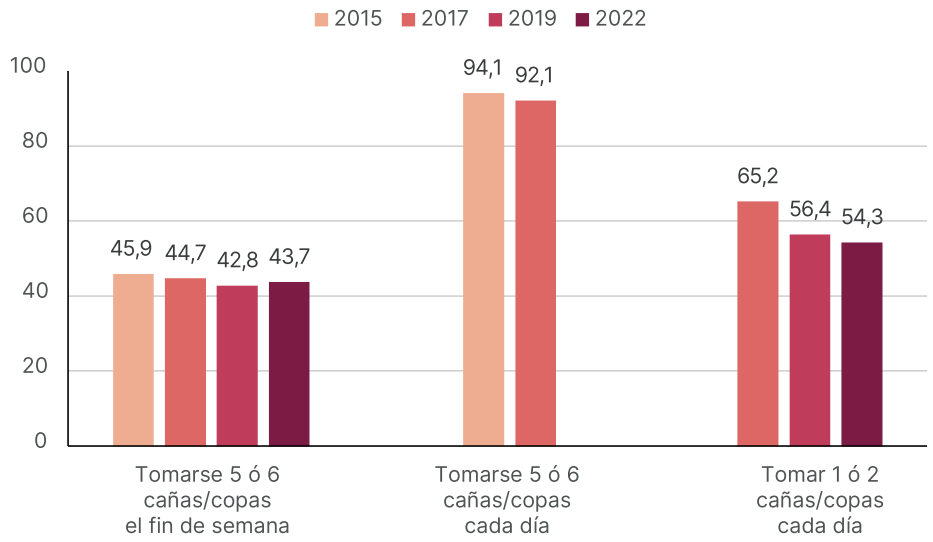
La percepción del riesgo es un indicador indirecto de la evolución presente y futura del consumo de drogas. A mayor percepción del riesgo menor frecuencia e intensidad de consumo y viceversa.

En la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León, la proporción de personas que tienen una alta percepción del riesgo asociada al consumo de 1 o 2 consumiciones de alcohol al día es del 54,3% en 2022 (65,2% en 2017 con diferencias significativas). Le sigue a continuación el consumo de 5 o 6 cañas/copas el fin de semana, que es percibido como causante de bastantes o muchos problemas por el 43,7% de la población sin detectarse diferencias significativas respecto al 45,9% del año 2015. Hay que indicar que no se

dispone de este dato en las siguientes encuestas ya que esta variable se eliminó del cuestionario.

Para todas las frecuencias e intensidades de consumo estudiadas, la percepción del riesgo es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, sobre todo en el caso del consumo de 1 o 2 copas cada día. Por edad, el grupo con mayor percepción del riesgo para tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana son las personas de 35 a 64 años (45,3%), significativamente mayor que en el grupo de 15 a 34 años (39,7%). La percepción de riesgo sobre tomarse 1 o 2 cañas/copas de vino cada día es similar en ambos grupos.

Figura 1. Percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León. Consideran que causa bastantes o muchos problemas (%)

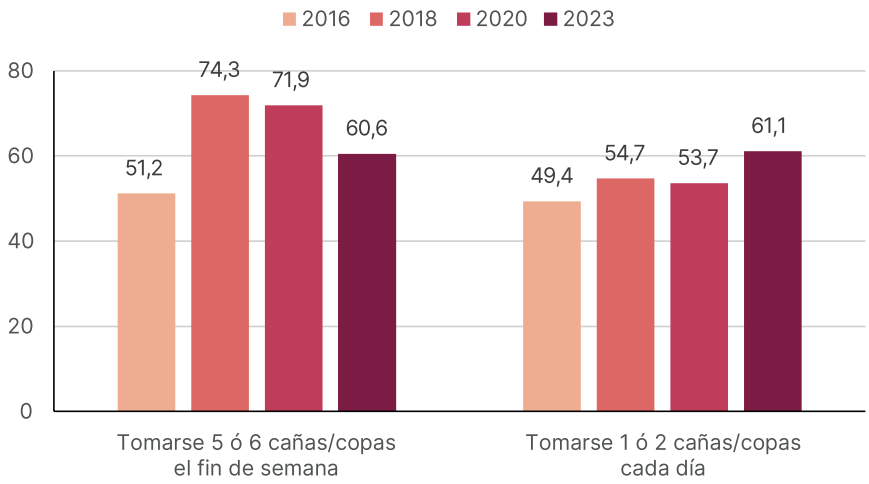


Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

La percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas ha aumentado de forma dispar en la **población de estudiantes de 14 a 18 años.** Mejora más de 9 puntos para el consumo de 5 o 6 cañas/copas el fin de semana, que pasa del 51,2% que consideraba que causa bastantes o muchos problemas en 2016 al 60,6% en 2022 detectándose diferencias significativas. Respecto a la percepción del riesgo del consumo de 1 o 2 cañas/copas al día aumenta casi 12 puntos respecto a 2016, pasando de un 49,4% a un 61,1% con diferencias significativas.

En comparación con la población de 16 a 64 años, la percepción del riesgo asociada al alcohol en la población de estudiantes es mayor, tanto en el caso de tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana como tomarse 1 o 2 cañas/copas cada día. De la misma manera que en la población de 15 a 64 años, el riesgo percibido es mayor en las chicas que en los chicos, siendo significativo en el caso de tomarse 1 o 2 cañas/copas cada día.

Figura 2. Percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de Castilla y León.
Consideran que causa bastantes o muchos problemas (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga

Un dato indicativo de la tolerancia social ante al consumo de alcohol es que el 32,4% de la población de estudiantes de 14 a 18 años percibe que o su madre o su padre les permite o permitiría consumir bebidas alcohólicas. Las chicas perciben que sus progenitores son más restrictivos con el consumo de alcohol que los chicos. A su vez, los padres son considerados más restrictivos que las madres por ambos sexos. Esta percepción es importante, ya que de forma indirecta valora el posicionamiento familiar frente al consumo de alcohol en los hijos e hijas, mostrando una elevada permisividad de las familias ante en el consumo de alcohol en los y las menores de edad (más en ellos).

1.2. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS HOGARES DE CASTILLA Y LEÓN

Más de un tercio de los **estudiantes de 14 a 18 años** (37,0%) perciben que su madre no consume alcohol ningún día por tan sólo un 23,5% en el caso del padre; porcentajes ligeramente inferiores a los observados en 2016 (37,6% y 22,3%). El 5,2% manifiesta que su madre consume bebidas alcohólicas moderadamente todos o casi todos los días, cifra que asciende al 12,1% en el caso del padre. Por otra parte, el 15,7% del alumnado manifiesta que su madre consume bebidas alcohólicas sólo los fines de semana, por un 20,1% en el caso del padre; porcentajes ligeramente superiores a los observados en 2016 (15,8% y 22,4%). No se observan diferencias significativas respecto a 2016.

1.3. FRECUENCIA E INTENSIDAD DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

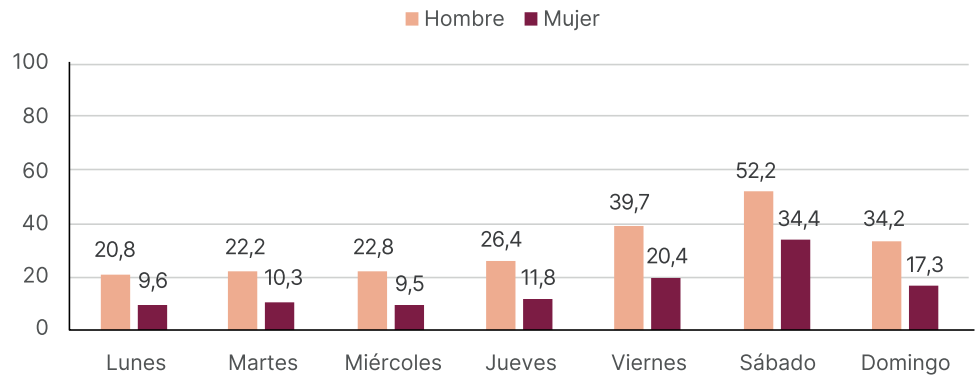
1.3.1. Frecuencias de consumo

La **población de 15 a 64 años** de Castilla y León, según datos de EDADES, consume bebidas alcohólicas en dos patrones diferenciados, o bien, de forma ocasional, es decir, con una frecuencia inferior a una vez al mes (alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses), o de forma habitual (en los últimos 30 días o a diario).

El consumo alguna vez en la vida de bebidas alcohólicas se mantiene estable, pasando del 96,6% en 2015 al 95,5% en 2022, siendo significativamente superior en hombres (97,5%) que en mujeres (93,3%). Por otra parte, el consumo en los últimos 30 días **aumenta,** pasando del 60,9% de la población en 2015 al 68,4% en 2022, con diferencias significativas, habiendo alcanzado su máximo en 2017 (68,8%). Este consumo es estadísticamente mayor en los hombres (76,9%) que en mujeres (59,5%).

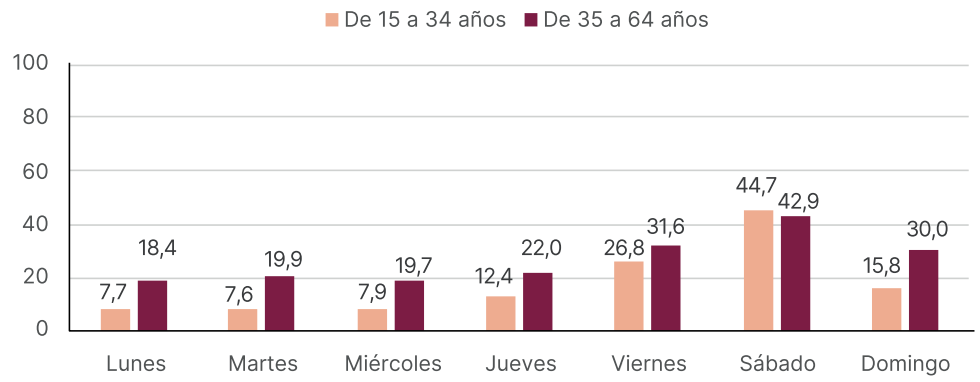
Los días de la semana en los que más se consumen bebidas alcohólicas son los fines de semana. El 43,4% de las personas de 15 a 64 años de Castilla y León ha bebido el sábado en los últimos 7 días, seguido del viernes (30,2%) y del domingo (25,9%). Este patrón es similar en ambos sexos. Según grupo de edad, las personas de 35 a 64 años consumen más en días laborales (de lunes a jueves) y en domingo que el grupo de 15 a 34 años, igualándose estos porcentajes el viernes y el sábado.

*Figura 3. Días con consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días según sexo (%). EDADES 2022**



** Porcentaje sobre casos con información (excluyendo no contesta). Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.*

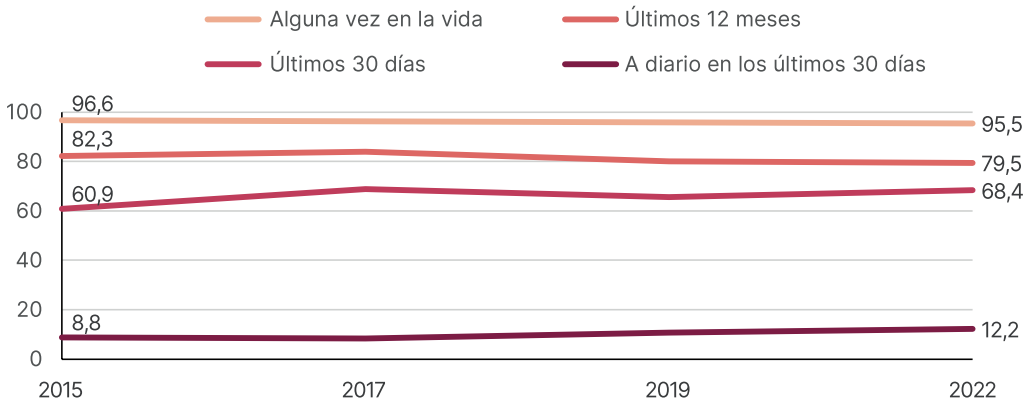
Figura 4. Días con consumo de alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días según edad (%) EDADES 2022



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Además, **aumenta** el porcentaje de consumidores diarios del 8,8% en 2015 al 12,2% en 2022 con diferencias significativas, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres (17,9%) y mujeres (6,3%). La prevalencia se incrementa con la edad, siendo significativamente superior en el grupo de 35 a 64 años (15,2%), que en el de 15 a 34 años (4,7%).

Figura 5. Evolución del consumo de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León (%)



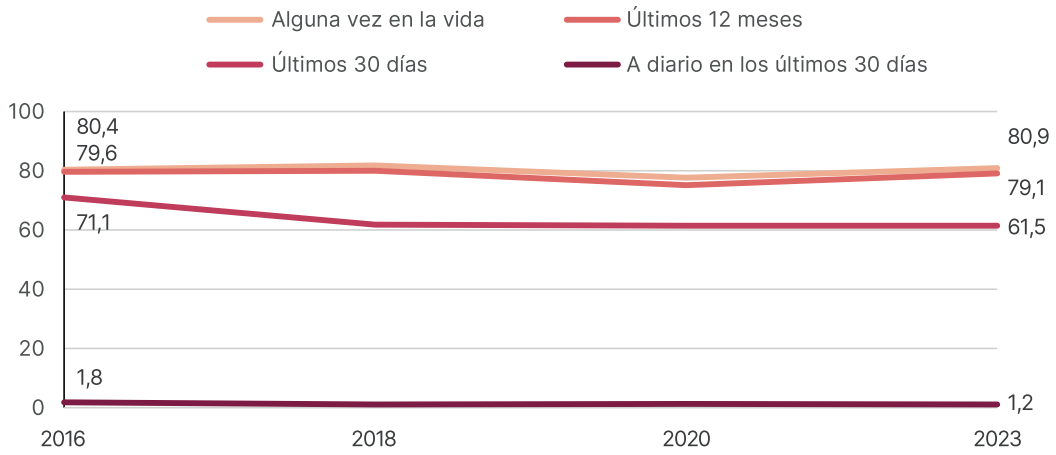
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En relación con la situación de Castilla y León respecto a la media nacional, los datos de la **encuesta EDADES (2022),** muestran que en general, el consumo en Castilla y León está **por encima de la media nacional.** Tanto el consumo alguna vez en la vida (95,5% en Castilla y León vs. 93,2% en España) y el consumo en el último año (79,5% vs. 76,4%)

como el consumo en los últimos 30 días (68,4% vs. 64,5%) y a diario (12,2% vs. 9,0%), con diferencias significativas en todos ellos.

Por lo que respecta a la **población de estudiantes,** se puede considerar que el 61,5% es consumidor actual de bebidas alcohólicas (consumo en el último mes), proporción sensiblemente **inferior** a la registrada en 2016 (71,1%) con diferencias significativas, siendo superior el porcentaje en las chicas (62,8%) que en los chicos (60,1%), sin diferencias significativas. El porcentaje de alumnado que consume alcohol en el último mes en Castilla y León es estadísticamente **superior a la media nacional** que se sitúa en un 56,6%.

Figura 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población escolar de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta Escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

1.3.2. Consumos de riesgo, intoxicaciones etílicas y episodios intensos de consumo de alcohol

El **cuestionario AUDIT** se introdujo en la encuesta EDADES, con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la **población de 15 a 64 años.** Se establecieron como puntos de corte para el ***"consumo de riesgo"*** una puntuación igual o superior a 8 en los hombres e igual o mayor de 6 en las mujeres. La encuesta de 2015 no recogía este dato, por lo que se utilizan los de la encuesta EDADES 2017. Con este criterio, el 5,8% de la población de 15 a 64 años de Castilla y León era consumidor de riesgo, frente al 6,1% de 2017 pero sin detectarse diferencias significativas, lo que implica una estabilidad en la prevalencia. El porcentaje es significativamente mayor en 2021/22 entre los hombres (7,6%) que en las mujeres (4,1%), y se sitúa por **debajo de la media nacional** (6,0%).

Por otro lado, el 16,9% de la población encuestada en 2021/22 admite que se había **emborrachado en los últimos 12 meses,** cifra superior al 15,5% de 2015, pero por debajo

de las encuestas de 2017 (21,1%) y de 2019 (21,7%). La evolución de las borracheras se mantiene estable entre los varones (20,4% en 2015; 20,9% en 2022), mientras que aumenta en las mujeres (10,4% en 2015; 12,9% en 2022), existiendo también diferencias significativas por sexo. En relación con la edad, el grupo en el que se produce una mayor proporción de borracheras en los últimos 12 meses es el de 15 a 34 años (32,5%), significativamente mayor que en el grupo de 35 a 64 años (10,6%).

En relación con la práctica del **botellón,** el 6,6% de la población de 15 a 64 años lo ha practicado alguna vez en los últimos 12 meses, casi dos puntos menos que en 2015 (8,3%). Esta práctica la llevan a cabo con un porcentaje similar tanto los hombres (6,9%) como las mujeres (6,2%) y es significativamente superior en el grupo de edad de 15 a 34 años (19,5%) respecto a la población de 35 a 64 años (1,2%).

También es digno de mención que en 2022 el 15,9% de la población de 15 a 64 años reconoce haber tomado alguna vez 5 o más bebidas alcohólicas en un periodo breve de dos o menos horas en el último mes **("atracones" de alcohol o *binge drinking*),** elevándose ligeramente esta proporción respecto a los datos de 2015 (15,1%), aunque desciende significativamente respecto al año 2019 (19,6%). Cuando se valora esta modalidad de consumo intenso según sexo y rango de edad, la práctica de *binge drinking* es significativamente mayor entre varones (21,5% vs. 10,3% en mujeres) y significativamente más común en la población de 15 a 34 años (25,4%) respecto la de 35 a 64 años (12,1%).

Tabla 1. Consumo de riesgo, intoxicaciones etílicas y episodios intensos de consumo de alcohol en la población general y en la población de estudiantes de Castilla y León

TIPO DE CONSUMO	% Población de 15 a 64 años (EDADES)		% Alumnado de 14 a 18 años (ESTUDES)	
	2015	2022	2016	2023
Bebedor de riesgo (AUDIT)	6,1*	5,8	-	-
Borracheras alguna vez en la vida	-	77,4	56,1	53,4
Borracheras últimos 12 meses	15,5	16,9	51,2	-
Borracheras últimos 30 días	5,4	6,6	26,1	22,5
Binge drinking últimos 30 días	15,1	15,9	36,1	31,3
Botellón últimos 12 meses	8,3	6,6	59,2	52,6

**El dato del AUDIT se compara con los datos de la encuesta EDADES 2017, ya que la de 2015 no tenía este ítem.*
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Droga.

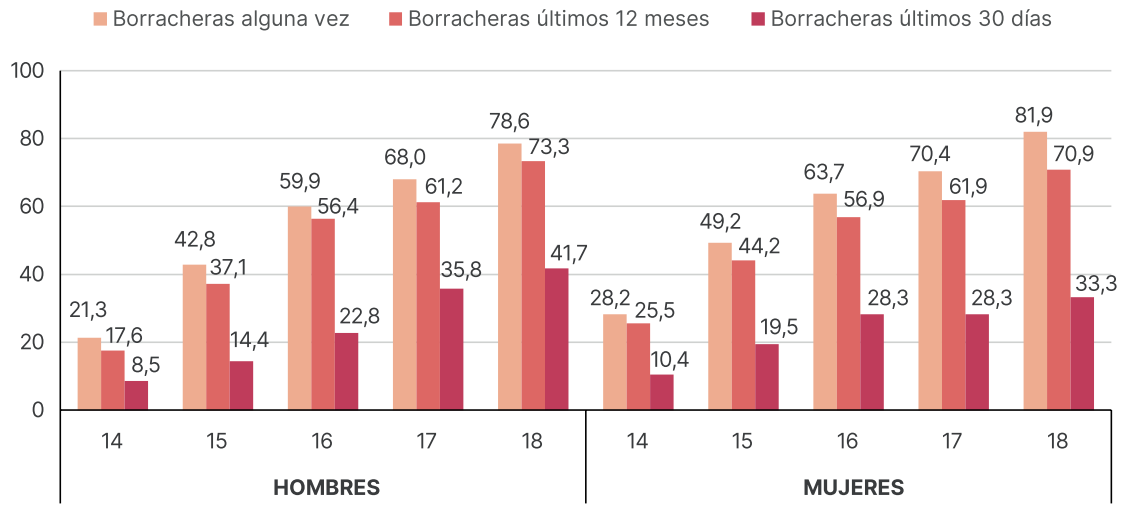
En relación con los datos nacionales de EDADES 2022, hay que destacar que el consumo más intenso de alcohol se encuentra en niveles similares a la media nacional: las borracheras en los últimos 12 meses suponen en Castilla y León el 16,9% frente a la media nacional del 16,7%; el consumo en *binge drinking* en los últimos 30 días supone un 15,9% en Castilla y León y un 15,4% a nivel nacional.

Otro dato positivo es que en la **población de estudiantes de 14 a 18 años,** la proporción de menores que han ingerido **5 o más consumiciones de alcohol** en un espacio de 2 horas ha descendido de un 36,1% en 2016 a un 31,3% en 2022. Los datos de este tipo de consumo son similares para el total de chicos y chicas, sin embargo, hay que destacar que en la edad más joven de 14 años estos consumos son más frecuentes en las niñas (18,3% niñas frente 11,7% niños), se igualan a los 15 y a los 16 años y a los 17 los chicos superan a las chicas (50,4% niños frente 36,9% niñas). De igual modo, se han reducido ligeramente en esta población las borracheras alguna vez en la vida (53,4% en 2022; 56,1% en 2016), siendo los porcentajes superiores en las chicas (54,9% frente 51,9%), aunque sin diferencias significativas.

Del mismo modo, disminuyen las **borracheras en el último mes** (22,5% en 2022; 26,1% en 2016), siendo similar en las chicas (22,4%) que en los chicos (22,6%). Para las borracheras en el último mes, el consumo es superior en las chicas en el rango de 14 a 16 años y superior en los chicos en el rango de 17 a 18 años.

Respecto a la práctica del **botellón,** el 52,6% de los estudiantes lo ha practicado en los últimos 12 meses, casi 7 puntos menos que en la encuesta de 2016 (59,2%). Salen de botellón más las chicas (55,0%) que los chicos (50,0%), con diferencias significativas.

Figura 7. Prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo y edad (%). ESTUDES 2023



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

En relación con los datos nacionales, estos tipos de consumo siguen estando **por encima** de la media nacional (borracheras alguna vez en la vida en España 47,5%; borracheras último mes en España 20,8%; ingesta de 5 o más consumiciones de alcohol en un espacio de 2 horas en España 28,2%).

1.3.3. Continuidad en el consumo de bebidas alcohólicas

Entre las **personas de 15 a 64 años** que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, el 83,3% continúa consumiéndolos en los últimos 12 meses y el 71,6% en los últimos 30 días. Por otra parte, entre los que admiten haber consumido bebidas alcohólicas en el último año, la continuidad en el consumo en el último mes alcanza el 86,0%.

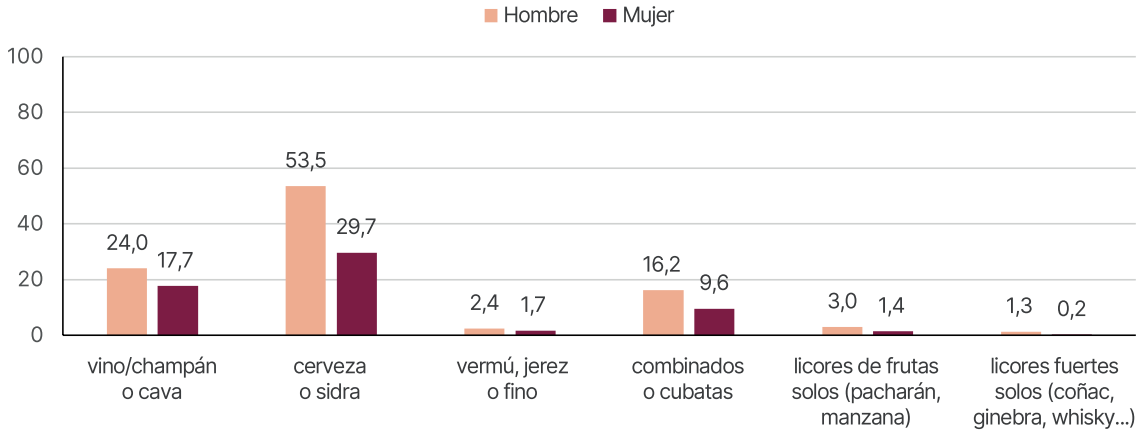
El 97,7% del **alumnado** que ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, continúa haciéndolo en el último año y el 76,0% en el último mes. Si el análisis se hace tomando como referencia a los que han consumido en el último año, el 77,7% continúa haciéndolo en los 30 días previos a la encuesta.

1.4. PREFERENCIA POR LAS DISTINTAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En Castilla y León la cerveza sigue siendo la bebida alcohólica más frecuentemente consumida por la **población de 15 a 64 años,** en la que un 41,8% la ha consumido en los últimos 7 días en el momento de realizarse la encuesta. La sigue con un 20,9% el vino/champán o cava y con un 12,9% combinados o cubatas. Por último, ya de forma más minoritaria, licores de frutas solos (2,2%), vermú, jerez o fino (2,1%) y licores fuertes solos (0,8%).

Este patrón de preferencias se mantiene en ambos sexos, apreciándose diferencias significativas de mayor consumo en los varones respecto a las mujeres en el caso de la cerveza (53,5%; 29,7%), vino (24,0%; 17,7%), combinados (16,2%; 9,6%), licores de frutas (3,0%; 1,4%) y licores fuertes (1,3%; 0,2%).

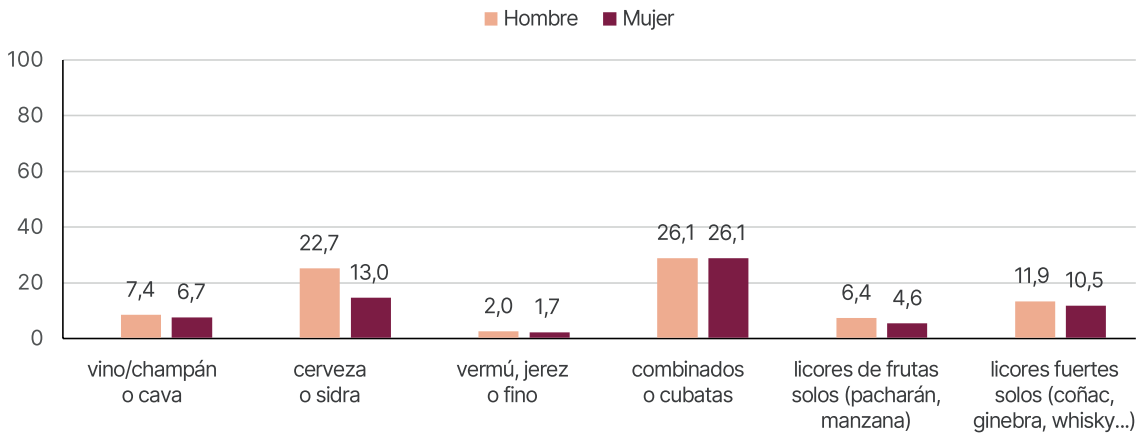
Figura 8. Preferencia de bebidas alcohólicas en la población de 15 a 64 años en los últimos 7 días de Castilla y León por sexo (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En el caso de la **población de estudiantes de 14 a 18 años,** los combinados o cubatas son la bebida alcohólica más consumida (26,1%), seguidos por la cerveza (17,7%), licores fuertes solos (11,2%) y vino/champán o cava (7,0%). Este patrón de preferencias se mantiene en ambos sexos, salvo que el consumo de cerveza es significativamente menor en las chicas.

Figura 9. Preferencia de bebidas alcohólicas en la población de 14 a 18 años en los últimos 7 días de Castilla y León por sexo (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES 2023. Comisionado Regional para la Droga.

1.5. EDAD DE INICIO

Las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la **población de estudiantes de 14 a 18 años** de Castilla y León se encuentran estabilizadas en los últimos 10 años, en torno a los 14 años (tanto en 2016 como en 2022, 13,8 años).

En el caso del inicio del consumo semanal, la edad media se encuentra estabilizada en los 15 años (15,2 años en 2016 y 15,1 años en 2022). En cuanto a la edad de inicio de las borracheras, también se mantiene estable en torno a los 15 años (14,5 años en 2016 y en 2022).

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta de un modo muy importante con la edad. A los 14 años, el 36,5% de los estudiantes reconoce consumir alcohol en el último mes, mientras que a los 18 años este porcentaje alcanza el 82,5%. Igualmente, un 9,6% de los estudiantes de 14 años admite haber tenido una borrachera en el último mes, porcentaje que se eleva al 37,5% a los 18 años. Por último, el consumo en "atracón" en el último mes se produce en el 15,4% de los estudiantes de 14 años y en el 51,1% de los de 18 años.

1.6. CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

1.6.1. Encuesta ESTUDES

Los cambios que se han producido en la encuesta nos permiten valorar si el alumnado ha presentado los problemas que se indican en los últimos 12 meses, debido al consumo de drogas. En el caso de los accidentes de tráfico y las peleas si el consumo se ha dado en las 2 horas previas. Además, a partir de la encuesta de 2018, se añade el ítem "alguna otra droga ilegal" junto con el alcohol en peleas y a partir de la encuesta de 2020 en el caso de accidentes de tráfico. Según la encuesta de 2022/23, el 0,6% de los estudiantes ha sufrido un accidente de tráfico siendo el conductor y el 6,5% participó en alguna pelea o sufrió una agresión física habiendo consumido alcohol o alguna droga ilegal en las 2 horas previas. En el caso de las peleas, se presentan diferencias significativas según sexo, siendo el porcentaje que presenta este problema del 7,9% en los chicos y del 5,0% en las chicas.

Tabla 2. Problemas ocasionados por el consumo de alcohol en la población de estudiantes de Castilla y León

ESTUDES. % Alumnado de 14 a 18 años	2016	2023
Sufrir un accidente de tráfico como conductor habiendo consumido alcohol (o alguna droga ilegal) en las 2 horas previas	0,0	0,6
Participar en una pelea o haber sufrido una agresión física habiendo consumido alcohol (o alguna droga ilegal) en las 2 horas previas	6,9	6,5
Resaca al día siguiente de salir	38,8	43,6

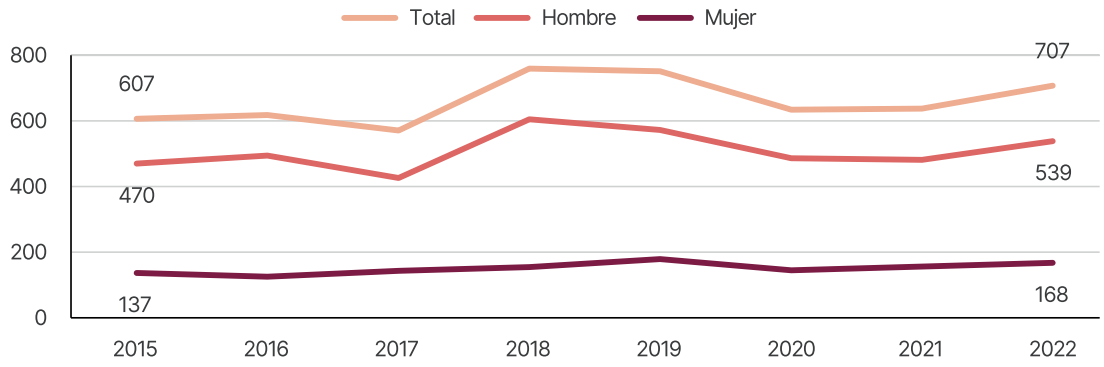
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

Por otra parte, el 43,6% declara haber tenido resaca al día siguiente después de salir, problema que se da significativamente más en chicas (48,3%), que en chicos (38,7%).

1.6.2. Admisiones a tratamiento

Otra forma de valorar las consecuencias negativas de la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas es analizar el indicador de *Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas*, lo que permite evaluar una de las principales complicaciones del abuso de alcohol como es el síndrome de dependencia alcohólica. Según los datos del Sistema de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL), la proporción de admisiones a tratamiento por abuso de alcohol aumentó en el periodo 2015-2022, pasando del 32,0% en 2015 al 35,0% en 2022.

Figura 10. Evolución del número de pacientes admitidos a tratamiento por abuso de alcohol en Castilla y León



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

El perfil de las personas atendidas en tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de alcohol, considerando el periodo 2015-2022, se caracteriza por los siguientes rasgos:

- El 82,7% de las personas admitidas a tratamiento tiene nacionalidad española. La proporción de inmigrantes aumenta, pasando del 10,5% en 2015 al 17,3% en 2022.
- Los hombres representan el 76,2% de todas las admisiones a tratamiento, lo que supone una razón de 3 hombres por cada mujer; no obstante, se observa un aumento de más de 1 punto en la proporción de mujeres.
- En los últimos 30 días residían en su casa el 82,2% de los admitidos a tratamiento, circunstancia que se mantiene estable. El porcentaje de individuos que refiere haber estado en un centro penitenciario o recurso similar en 2022 es de 8,8%, cuadruplicándose respecto a 2015.
- Dispone de empleo el 42,1% de los pacientes. A partir de 2015, se observa un aumento de las personas con trabajo y un descenso de los desempleados, que alcanzan el 39,5% en 2022.
- En cuanto a la formación académica, se sitúan en primer lugar los estudios secundarios (50,1%) y en segundo lugar los primarios (31,0%), observándose un aumento de 8 puntos en los estudios secundarios y un descenso de 5 puntos de los primarios en el período 2015-2022.
- La edad media de las personas en tratamiento se sitúa en los 46,3 años en los varones y en los 46,6 años en las mujeres, datos bastante similares a los de 2015.
- Las personas dependientes del alcohol atendidas en 2022 se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas a los 15,9 años en el caso de los hombres y a los 16,9 años en el caso de las mujeres. Por otra parte, la edad media de inicio en el consumo problemático de alcohol se sitúa en los 29,6 años (tres años más elevada en las mujeres), y el tiempo medio de consumo de alcohol al iniciar el tratamiento en los 30,1 años.

- Si se analiza la patología relacionada con el consumo de alcohol, se observa que los trastornos orgánicos aparecen en primer lugar, con una prevalencia máxima del 27,1% en 2017 y mínima del 14,7% en 2021, y una tendencia descendente.
- A continuación, se sitúan los trastornos mentales, que oscilan entre un valor máximo del 30,6% en 2020 y mínimo del 25,1% en 2018, y con una tendencia constante.
- El porcentaje de portadores crónicos de hepatitis B se sitúa en 2022 en el 0%, habiendo alcanzado en 2015 el 0,7%. En relación con los positivos para hepatitis C, la prevalencia oscila entre el 1,1% en 2022 y el 3,9% en 2017. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela teniendo en cuenta que la proporción de desconocidos oscila entre el 29,5% y el 41,7%.
- Del total de casos atendidos por abuso de alcohol, la proporción de personas que ya habían estado en tratamiento por alcoholismo, y que por tanto han tenido una recaída, oscila entre el 54,6% del año 2020 y el 39,0% del año 2021, situándose en el 39,9% en 2022.
- La proporción de casos que se incorporan por primera vez a la Red de Asistencia al Drogodependiente, es decir, pacientes que nunca han recibido tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas, oscila entre un máximo del 58,6% en 2022 y un mínimo del 42,1% en 2020. En 2015 suponían el 46,3%.

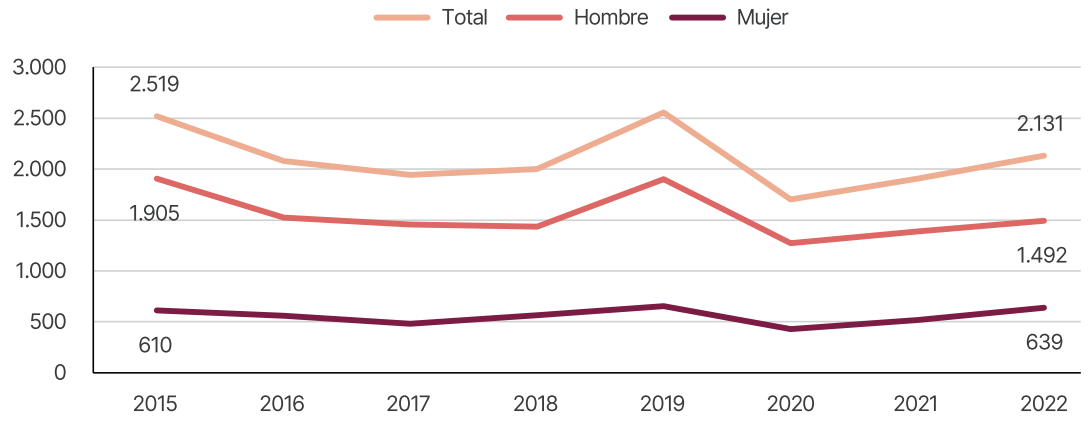
1.6.3. Urgencias sanitarias

Las urgencias sanitarias atendidas por la red pública asistencial en la que se incluyen los servicios de urgencias hospitalarias y de emergencias sanitarias de Castilla y León, también ofrecen información relevante para valorar los trastornos o problemas relacionados con el consumo de alcohol.

De los datos disponibles, el indicador más sensible es el de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas del SAITCyL, que vigila las urgencias en los dos hospitales públicos de Valladolid (Hospital Clínico Universitario de Valladolid y Hospital Universitario Río Hortega), en el Hospital General Río Carrión de Palencia y en el Complejo hospitalario de León. Según este indicador, los episodios de urgencia por abuso de alcohol disminuyeron el 15,4% entre los años 2015 (n= 2.519) y 2022 (n= 2.131). En este periodo, la mayoría de los episodios ocurrieron en hombres (70,0% en 2022), manteniéndose estable con ligeras oscilaciones la proporción de casos en ambos sexos.

La urgencia requirió ingreso hospitalario en el 13,5% de los casos atendidos, cifra similar a la de 2015, con un 14,8%. Las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol son un 38,6% más frecuentes los fines de semana, de viernes a domingo, que el resto de la semana.

Figura 11. Evolución del número de episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de alcohol en Castilla y León

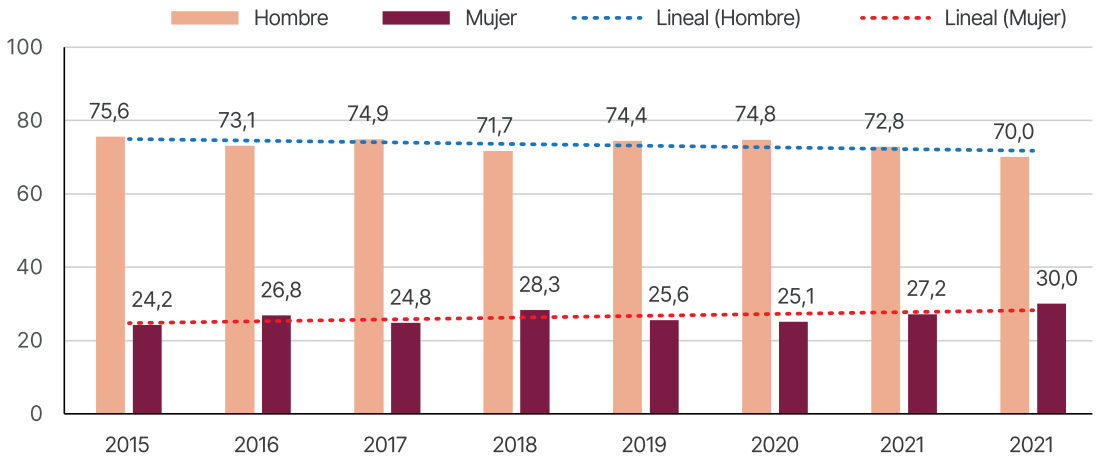


Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

Analizando las urgencias hospitalarias por edad, se comprueba que el grupo más numeroso es el constituido por las personas de 36 o más años, que representan el 66,8% de todas las urgencias en 2022. El grupo de 18 a 35 años representa el 26,0% y los menores de 18 años el 7,1%. Estos datos son relevantes para cuestionar la percepción social que asocia en exclusiva alcohol, jóvenes y urgencias sanitarias.

El peso de las urgencias en función de la edad y el sexo también es significativo. En el grupo de edad de 18 a 35 años, las urgencias debidas al consumo de alcohol representan el 36,5% de los episodios en las mujeres y el 21,5% en los hombres. Se observa un aumento de la edad de los casos a lo largo de los años. La edad media oscila en la mujer, entre los 35,0 años en 2016 y los 40,4 años en 2020; en 2022 la media fue de 35,6 años y en el hombre, entre los 44,6 años en 2018 y los 48,0 años en 2020; en 2022 fue de 46,8 años.

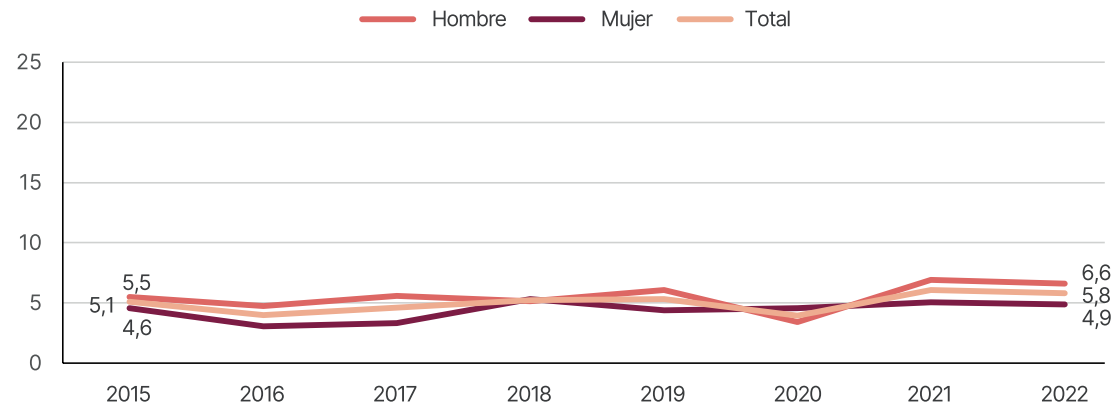
Figura 12. Evolución de la distribución según el sexo de las urgencias hospitalarias por consumo de alcohol en Castilla y León (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

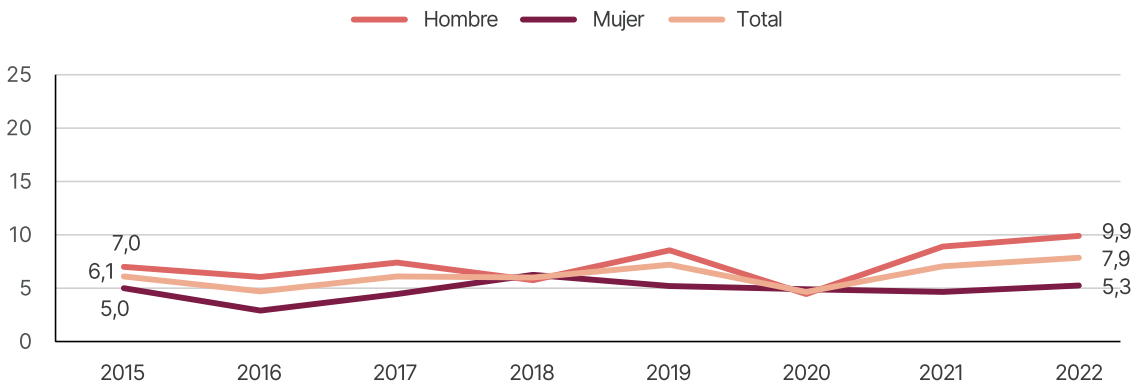
En el caso de las urgencias atendidas por el Servicio de Emergencias Sanitarias 112 de Castilla y León, la proporción de casos debidos al abuso de bebidas alcohólicas en las unidades móviles de emergencia (UMES) también se mueve en unas cifras muy bajas. En 2022, en la población de 30 o menos años, el 5,8% de los casos atendidos correspondieron a patología relacionada con el alcohol (suponían el 6,6% entre las urgencias de los varones y 4,9% entre las mujeres). Dentro de este grupo, los de 19 a 30 años fueron el 7,9% (9,9% entre urgencias de los varones y 5,3% entre las de las mujeres) y los de 18 o menos años el 3,2% (2,1% entre las urgencias de los varones y 4,4% entre las de las mujeres).

Figura 13. Evolución de personas de 30 y menos años asistidas por el Servicio de Emergencias Sanitarias (%)



Fuente: Servicio de Emergencias Sanitarias. SACYL.

Figura 14. Evolución de personas de 19 a 30 años asistidas por el Servicio de Emergencias Sanitarias (%)



Fuente: Servicio de Emergencias Sanitarias. SACYL.

1.7. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

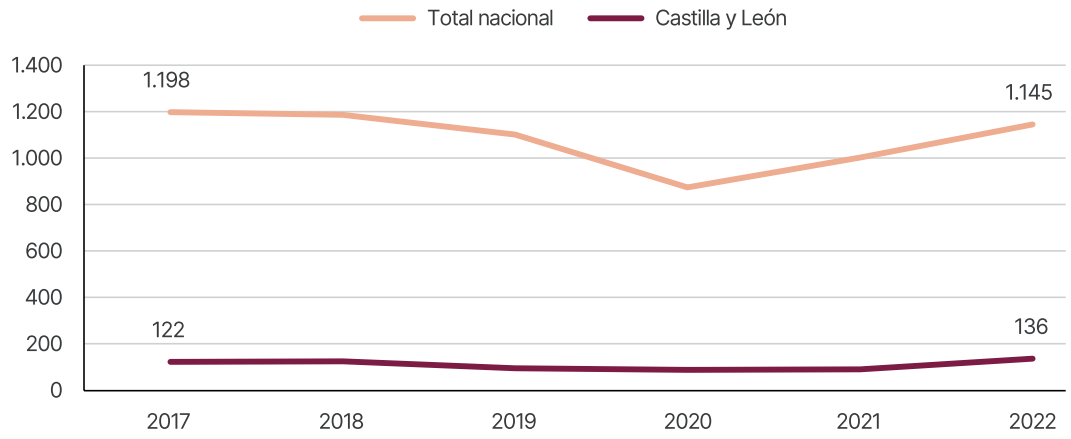
El alcohol es con mucha diferencia la droga que la **población escolar** de Castilla y León percibe como más disponible. En 2022, el 94,7% de la población de estudiantes de 14 a 18 años consideraba que es fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas, aumentando esta percepción respecto a los datos de 2016 (93,5%), con diferencias significativas.

Es importante destacar que el 87,8% de los estudiantes de 14 años considera que le resultaría fácil o muy fácil conseguir alcohol, por lo que en esta edad parece que el acceso es un poco menor.

1.8. ALCOHOL Y SEGURIDAD VIAL

El binomio alcohol-conducción es una combinación de alto riesgo para la seguridad vial. Para ello lo primero es tener en cuenta la evolución de la siniestrabilidad. Según los datos aportados por el Estudio siniestrabilidad mortal en vías interurbanas 2022 del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, obtenidos del Registro Nacional de Víctimas de Accidentes de Tráfico, en Castilla y León el número de personas fallecidas en accidentes de tráfico ha pasado de 122 personas en 2017 a 136.

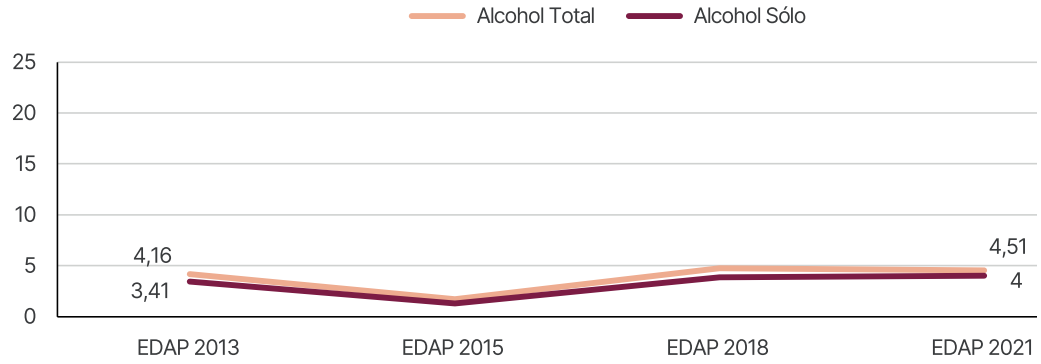
Figura 15. Siniestrabilidad mortal en vías interurbanas 2022 del Observatorio Nacional de Seguridad Vial, obtenidos del Registro Nacional de Víctimas de Accidentes de Tráfico



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe del Observatorio Nacional de Seguridad Vial.

Por otro lado, el Estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en conductores de vehículos en España EDAP 2021 realizado por el Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Universidad de Valladolid, en su análisis y comparación con los estudios anteriores EDAP (2013, 2015, 2018 y 2021) detectan en los resultados del laboratorio una estabilización en los casos en los que está presente el alcohol con o sin otras drogas, ya que no hay diferencias significativas con los datos de 2018.

Figura 16. Evolución del porcentaje de consumo de alcohol, drogas y fármacos en la conducción (2008, 2013, 2015, 2018 y 2021). Estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en conductores de vehículos en España EDAP 2021



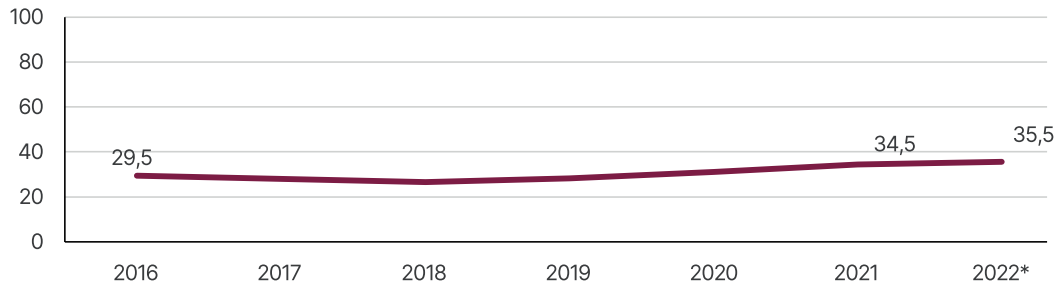
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio EDAP.

Así mismo, el estudio en población joven (16-30 años) *Conducción y Drogas. Factores subyacentes a los comportamientos de riesgo,* realizado en 2016 por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y el Área de Prevención y Seguridad Vial de FUNDACIÓN MAPFRE, muestra como el uso del vehículo en las salidas de ocio festivo lo refieren menos de un 60% de los jóvenes (sea o no el conductor). Más o menos la misma proporción declaraba que conducía. La frecuencia de utilización del vehículo para salir de fiesta es mayor entre los jóvenes que residen en entornos rurales.

La percepción de que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de accidente es mayoritaria, aunque un 13,6% piensa que el alcohol "aumenta algo" el riesgo y el 11,5% que aumenta o no, dependiendo de la cantidad. Un 35,7% reconoce que en los últimos seis meses ha conducido bajo los efectos del alcohol al menos alguna vez y un 3% a menudo. El porcentaje de jóvenes que refiere haber visto conducir bajo los efectos del alcohol, aunque sean "algunas o pocas veces" es del 46,3%, y "a menudo", el 15,1%.

Por otra parte, los datos de la *Memoria anual de Víctimas Mortales en Accidentes de Tráfico,* elaborado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), calculando el porcentaje de conductores fallecidos donde el alcohol se ha detectado, hay un descenso en 2018 y 2019, y posteriormente un ligero aumento, pero los datos de 2022 muestran una estabilización ya que aumentan ligeramente a pesar de haberse reducido el nivel de alcohol en sangre considerado positivo.

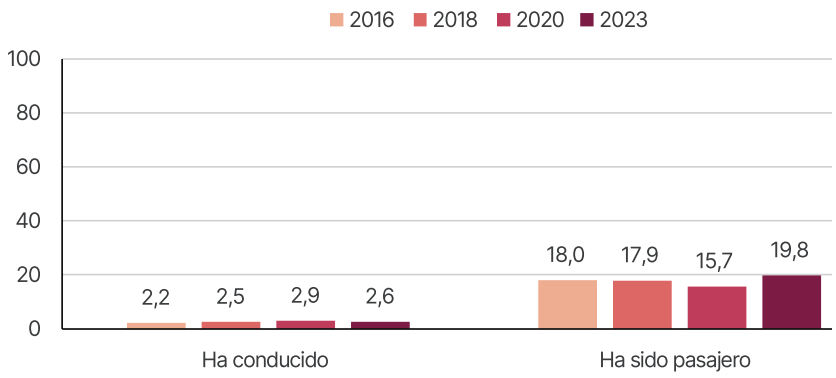
Figura 17. Evolución del porcentaje de conductores fallecidos que presentan resultados positivos a alcohol (sólo o en combinación con otras sustancias)



** 2022 cambia el criterio de positivo a alcohol pasando de >0,3 a >0,1g/l*
Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del INTCF.

En la **población de estudiantes** según ESTUDES 2023, la proporción de quienes refieren haber conducido bajo los efectos del alcohol ha aumentado levemente, pasando del 2,2% en 2016 al 2,6% en 2022. Hay que señalar que las edades de los encuestados (14-18 años) hacen que este porcentaje sea considerablemente inferior al de la población de 15 a 64 años. En relación con los adolescentes que manifiestan haber viajado en un vehículo conducido por alguien bajo sus efectos, el porcentaje ha aumentado, pasando de un 18,0% en 2016 a un 19,8% en 2022.

Figura 18. Alcohol y seguridad vial en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

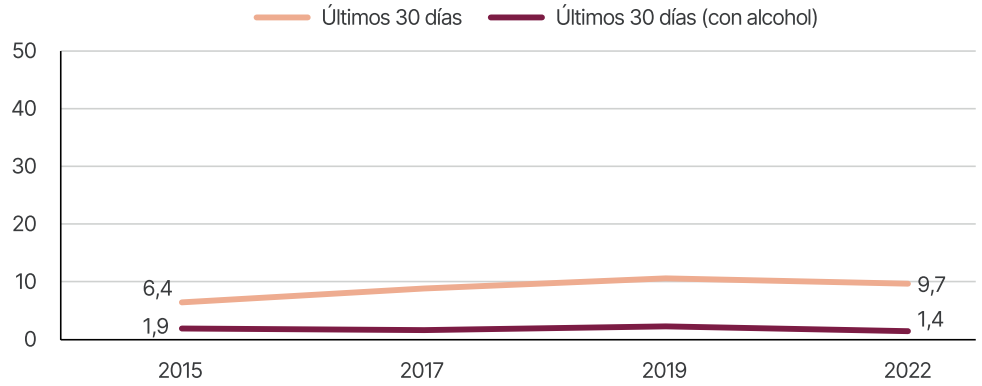
2. BEBIDAS ENERGÉTICAS

2.1. FRECUENCIA E INTENSIDAD DEL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS

El consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días en **población general** se incrementa significativamente entre 2015 y 2022, situándose en 2022 en el 9,7%. Este incremento se produce tanto en hombres (8,8% vs. 12,2%) como en mujeres (4% vs. 7,1%), siendo el consumo superior en ellos.

Respecto al consumo de bebidas energéticas de forma combinada con alcohol, los porcentajes se mantienen estables entre un 1,9% y un 1,4%, sin diferencias significativas. El consumo entre hombres es significativamente superior (2015: 3% y 2020: 1,7%) al de las mujeres (2015: 0,8% y 2022: 1,2%). Respecto a la media nacional, este tipo de consumo en Castilla y León se sitúa por debajo.

Figura 19. Evolución del consumo de bebidas energéticas en la población general de 15 a 65 años de Castilla y León (EDADES) (%)

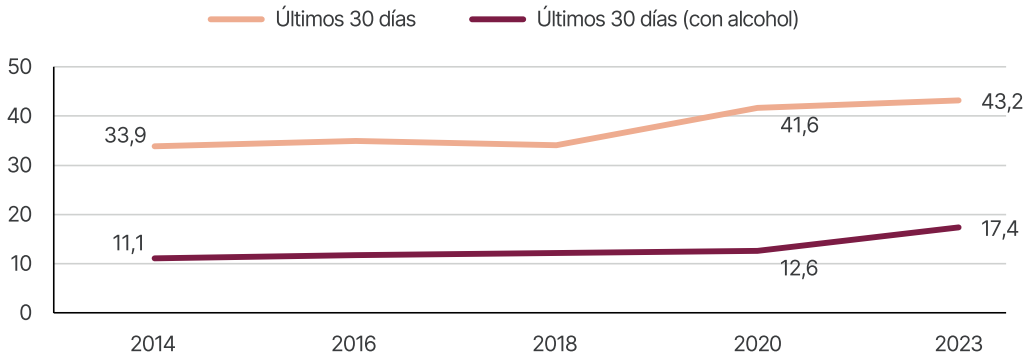


Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En **población escolar,** el 43,2% refirió haberlas consumido en los últimos 30 días, significativamente más los chicos (52,8%) que las chicas (33,9%), habiendo aumentado su consumo significativamente respecto a 2015 (34,9%). Este consumo se encuentra en 2022 por debajo de los datos de la media nacional (47,7%).

Respecto al consumo combinado con alcohol, se produce en el 17,4% de los estudiantes, con un consumo similar entre chicos (18,7%) y chicas (16%). Así mismo, el consumo combinado entre el alumnado de Castilla y León se sitúa significativamente por debajo de los datos globales nacionales (19,5%).

Figura 20. Evolución del consumo de bebidas energéticas en los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León (ESTUDES) (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

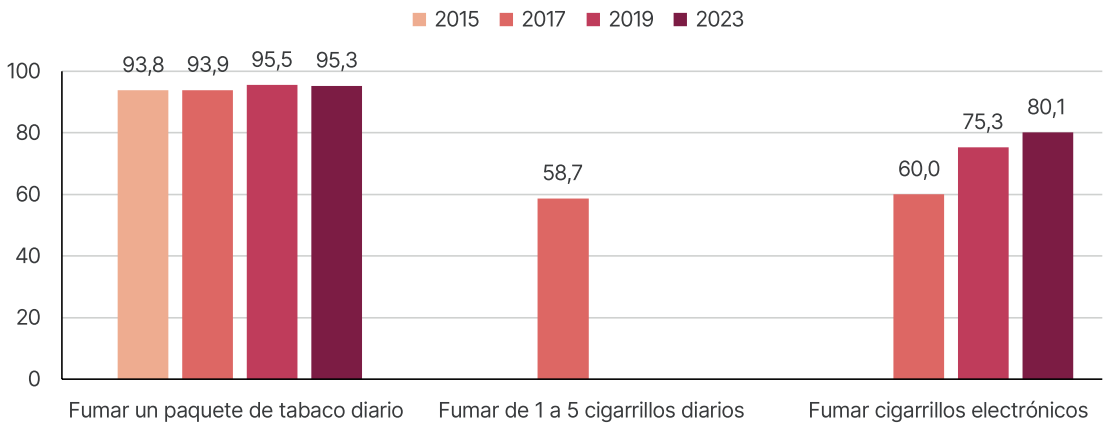
3. TABACO

3.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ACEPTACIÓN SOCIAL

Entre los años 2015 y 2022 aumenta la percepción del riesgo asociada a fumar en la **población de 15 a 64 años.** En 2022, el 95,3% considera que causa bastantes o muchos problemas para la salud fumar de vez en cuando (93,8% en 2015). La alta percepción del riesgo asociada a la conducta de fumar tabaco en 2022 es mayor en las mujeres que en los hombres (fumar un paquete diario: 97,0% vs. 93,8%).

En la **población de estudiantes,** el 94,9% cree en 2022 que fumar un paquete de tabaco diario genera bastantes o muchos problemas para la salud, siendo esta cifra 3 puntos superior a la del año 2016, que se situó en el 91,7%. Las chicas (96,3%) tienen una percepción del riesgo superior a los chicos (93,2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Figura 21. Percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco en la población general de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Por otra parte, según ESTUDES 2023, el 43,4% de la población de estudiantes de 14 a 18 años manifiesta que ha visto fumar al profesorado en el recinto educativo en el último mes, mientras que el 63,2% ha visto fumando a otros estudiantes y el 34,8% a otras personas, habiendo descendido los datos respecto a las encuestas anteriores, lo que supone una mejora de la situación.

Por otra parte, como pone de manifiesto la encuesta escolar sobre drogas 2022, la tolerancia social de los padres hacia el consumo de tabaco en sus hijos e hijas es mucho menor que para el alcohol. Un 75,8% de los estudiantes de 14 a 18 años percibe que sus padres (ambos a la vez) no le permiten en absoluto fumar, mientras que este porcentaje para el consumo de bebidas alcohólicas apenas llega al 34,5%.

3.2. DEMANDA DIRECTA DE TABACO

Los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda y Función Pública relativos a las ventas legales de tabaco en estancos, establecimientos y dispositivos autorizados muestran que en Castilla y León se mantiene el cambio en los hábitos de consumo de algunos tipos de labores de tabaco. Mientras que el consumo de cigarrillos sigue reduciéndose con ciertas oscilaciones, las ventas del tabaco de pipa prosiguen en ascenso.

En el caso de las cajetillas de cigarrillos se ha reducido el número de unidades en un 9,5%, pasando de las 125.536.060 en 2015 a las 113.588.179 en 2022, en el caso de los cigarros también se observa un descenso del 22,1%, sin embargo, en los productos para pipa se aprecia un incremento del 50,1% en el mismo periodo de tiempo (Tabla 3).

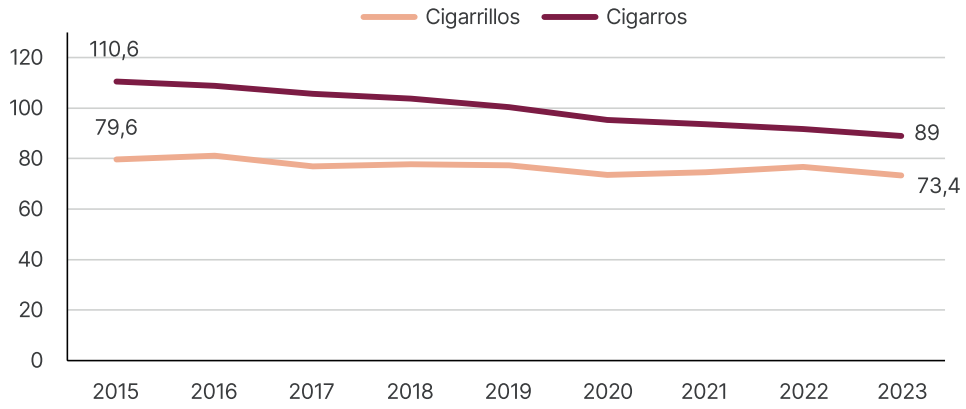
Tabla 3. Evolución de las ventas de tabaco en unidades físicas en Castilla y León

Año	Cigarrillos	Cigarros	P. liar*	P. pipa*
2015	125.536.060	174.453.264	275.597	29.778
2016	126.129.055	169.211. 348	261.319	28.702
2017	117.863.402	161.955.768	246.327	30.443
2018	118.004.180	157.236.106	242.661	32.663
2019	116.380.041	151.023.491	240.274	36.226
2020	110.393.145	142.828.807	267.671	45.239
2021	111.201.027	139.583.059	263.237	44.887
2022	113.588.719	135.870.124	260.776	44.707
2023	108.814.533	132.056.496	261.944	48.563

Cigarrillos: Cajetillas de 20 cigarrillos. Cigarros: Unidades. Productos para liar y para pipa: kilos
Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Función Pública

Analizando las ventas anuales por habitante de 15 a 64 años, se mantiene el descenso detectado años atrás, de modo que la venta per cápita de cajetillas de cigarrillos han pasado de 79,6 en 2015 a 73,4 en 2023, lo que supone un descenso del 7,7%. También desciende en un 19,5% el consumo per cápita de cigarros, que pasa de 110,6 unidades a 89 entre los mismos años (Figura 19).

Figura 22. Evolución del consumo per cápita de tabaco en población de 15 a 64 años de Castilla y León



Nota: Los datos se han calculado con el padrón hasta el año 2022 y en 2023 con el censo, ya que no se disponían de los datos del padrón desagregados.
Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Función Pública.

Debido al cambio de hábitos, el gasto total destinado a la compra de labores del tabaco en la Comunidad Autónoma se ha mantenido relativamente estable con ligeras oscilaciones al pasar de 646.916.086 € en 2015 a los 627.841.200 € en 2023, lo que supone una disminución del 2,9%. No obstante, las diferencias son importantes si se analiza por tipo de labores, así mientras el gasto originado por la compra de cajetillas de cigarrillos y cigarros ha descendido un 4,5% y un 9,0% respectivamente, el gasto destinado en productos para liar y de productos para pipa han aumentado un 8,4% y un 249,9% respectivamente debido fundamentalmente a la derivación hacia productos más económicos por parte del fumador.

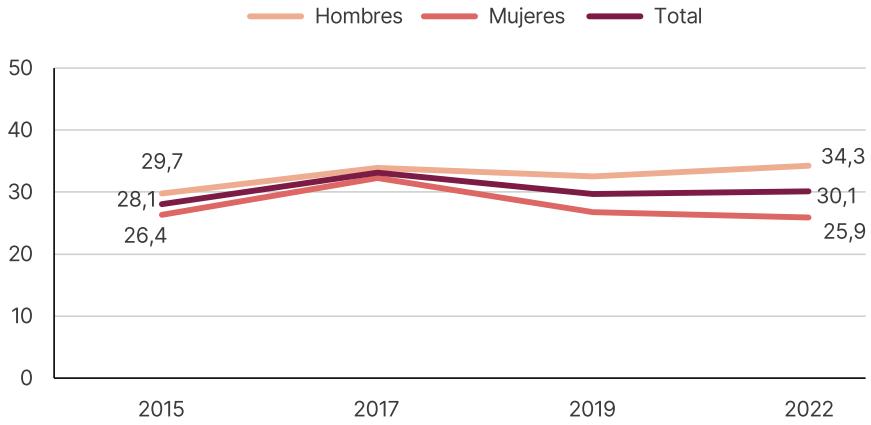
3.3. FRECUENCIA E INTENSIDAD DE CONSUMO

En la **población de 15 a 64 años,** la prevalencia de personas que fuman a diario aumenta hasta el 30,1% en 2022, es decir, 2 puntos más que en 2015 sin diferencias significativas. El hábito de fumar diariamente sigue siendo significativamente más frecuente entre los hombres (34,3%) que entre las mujeres (25,9%), observándose un aumento en la brecha entre sexos con un aumento del 29,7% al 34,3% en hombres y una disminución del 26,4% al 25,9% en mujeres. Según rango de edad, no se detectan diferencias significativas en la prevalencia de fumadores diarios en el grupo de 15 a 34 años (29,0%) respecto al grupo de 35 a 64 años (30,6%).

El consumo medio de cigarrillos/día entre los fumadores diarios ha pasado de 12,0 en 2015 a 12,6 en 2022. Este consumo medio de cigarrillos/día es significativamente mayor en los hombres, que fuman a diario 13,7 unidades/día, que en las mujeres que fuman 11,0 unidades/día.

Por otro lado, los grandes fumadores, es decir, aquellos que fuman 20 o más cigarrillos al día, representan el 9,5% de la población general en 2022, aumentando un punto respecto a 2015 (8,4%).

Figura 23. Evolución de los fumadores diarios en la población de 15 a 64 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Comparando el consumo de tabaco en Castilla y León con lo que sucede a nivel nacional, la encuesta EDADES 2022 muestra que el consumo alguna vez en la vida sigue situado por encima de la media nacional (71,1% Castilla y León; 69,6% España), mientras que el consumo en los últimos 12 meses (36,0% Castilla y León; 39,0% España) y en los últimos 30 días (34,5% Castilla y León; 37,2% España), se sitúa por debajo de la media nacional. El consumo diario de tabaco en Castilla y León (30,1%) se sitúa por debajo de la prevalencia de España (33,1%), como viene haciendo desde 2013.

Tabla 4. Prevalencia del consumo de tabaco en población general y de estudiantes de Castilla y León

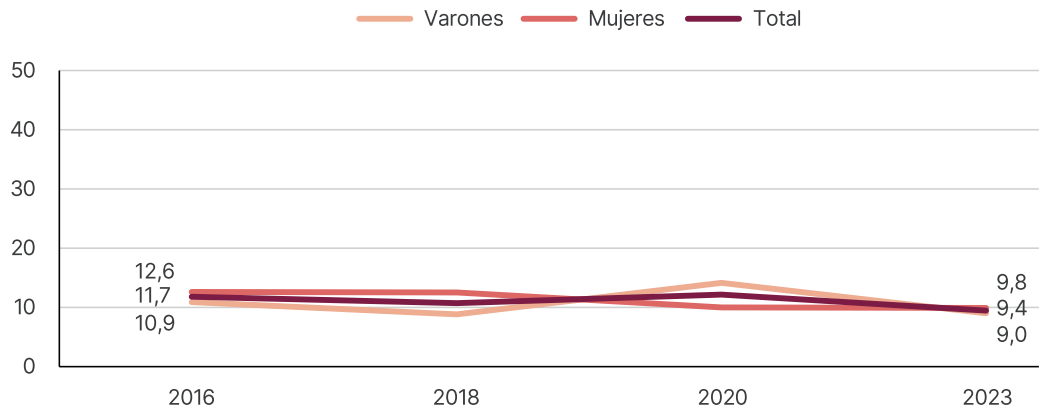
	Población de 15 a 64 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Grandes fumadores (20 o más cigarrillos/día)	8,4	9,5	2,0	3,4
Consumo medio de cigarrillos/día	12,0	12,6	6,1	6,3
Convive con fumadores diarios	--	--	49,6	38 ,2
Nadie fuma diariamente en el hogar	--	--	47,7	57, 6

Nota: La pregunta sobre cigarrillos diarios es ligeramente distinta en EDADES que en ESTUDES. En EDADES se pregunta a fumadores en los últimos 30 días. En ESTUDES a fumadores diarios.
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Un 36,4% de la **población de estudiantes de 14 a 18 años** ha fumado alguna vez en la vida, proporción que ha disminuido 5 puntos y medio respecto al año 2016, aunque continúa por encima de la media nacional (33,4%) y es mayor entre las chicas (38,2% frente 34,4%), con diferencias significativas. Los consumos entre los estudiantes de Castilla y León en 2022 en los últimos 12 meses (31,1%) y en el último mes (23,9%) son superiores a la media nacional (27,7% y 21,0%) y superiores en las chicas (32,4% y 25,1%) respecto a los chicos (29,3% y 22,7%), con diferencias significativas en los últimos 12 meses.

Un 9,4% de los estudiantes refiere haber fumado a diario en el último mes, cifra inferior a la del año 2016 (11,7%). En relación con el consumo nacional, los datos son inferiores a los de Castilla y León (7,5%). El consumo diario es ligeramente superior en las chicas (9,8%) que en los chicos (9,0%). Entre quienes fuman habitualmente, el consumo medio de cigarrillos/día es de 6,3 unidades, superior en varones (6,8 cigarrillos diarios) que en mujeres (5,8 cigarrillos diarios).

Figura 24. Evolución de los fumadores diarios en la población de estudiantes de Castilla y León (%)

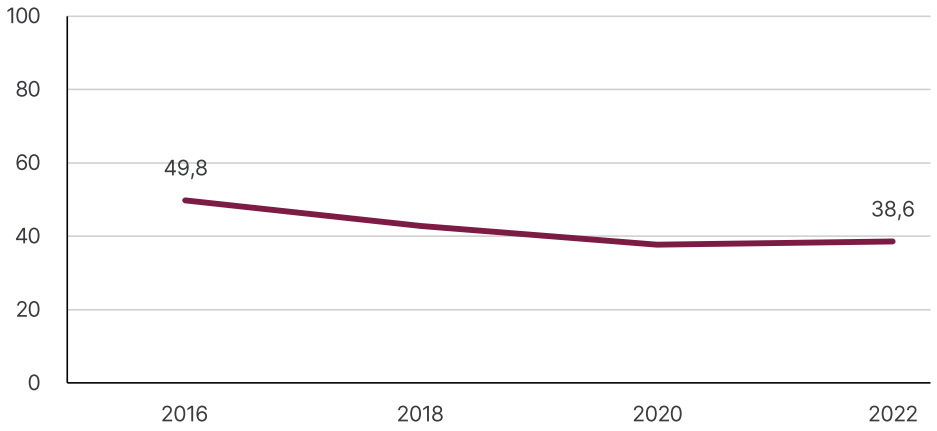


Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

Convivir con personas que fuman en el hogar hace más probable que los estudiantes fumen. La prevalencia de estudiantes que fuman a diario y que convive o comparte su casa con personas que fuman diariamente es del 13,8%, mientras que esta proporción es del 6,8% en los estudiantes en los que ninguna de las personas con quien convive es fumadora.

Respecto a los datos sobre la prevalencia del consumo en los hogares familiares del alumnado de entre 14 y 18 años, es importante destacar que se ha producido un descenso de quienes declaran que alguna de las personas con las que conviven fuman diariamente, pasando del 49,8% en 2016 al 38,6% en 2022.

Figura 25. Estudiantes de 14 a 18 años que conviven con fumadores diarios en Castilla y León. Años 2016-2023 (ESTUDES) (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

3.4. POBLACIÓN QUE SE HA PLANTEADO O HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR

La proporción de personas fumadoras de la **población de 15 a 64 años** que se han planteado dejar de fumar ha pasado del 66,0% en 2017 al 67,5% en 2022. En cuanto al porcentaje de los que han intentado dejar de fumar es también superior (44,0% en 2015; 53,7% en 2022).

En la **población de estudiantes** de Castilla y León, en 2022, el 72,0% se han planteado dejar de fumar, porcentaje inferior al de 2016 (74,9%) y el 39,0% ha intentado ya dejar de fumar, siendo similar al porcentaje de quienes lo intentaban en 2016 (39,1%).

Tabla 5. Prevalencia del consumo de tabaco y abandono del hábito tabáquico en la población de 15 a 64 años y en la población de estudiantes de Castilla y León

	Población de 15 a 64 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
	2017	2022	2016	2023
Se han planteado dejar de fumar	66,0	67,5	74,9	72,0
Han intentado dejar de fumar	44,0	53,7	39,1	39,0

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Droga.

3.5. EDAD DE INICIO

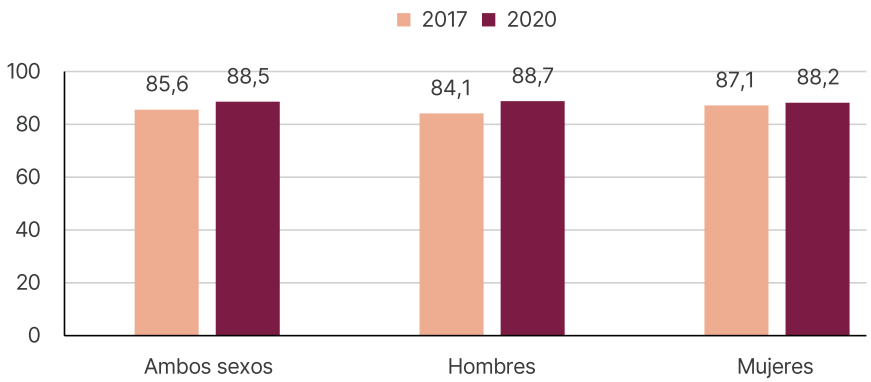
En la población de estudiantes de 14 a 18 años la media de edad de las primeras experiencias con el tabaco se produce en 2022 a los 14,1 años, edad similar a la del 2016 (14,0 años). La edad media del consumo diario de tabaco se sitúa en torno a los 14,7 años, cifra ligeramente superior a la de 2016 (14,5 años). La tendencia en las edades de inicio se mantiene estable, ya que se mantiene desde el año 1996 entorno a los 13,4 para el inicio del consumo experimental y en torno a los 14,7 años para el consumo habitual.

El hábito de fumar aumenta de un modo significativo con la edad. A los 14 años tan sólo un 4,2% de la población escolar fuma a diario, aunque un 29,2% ya ha fumado alguna vez en la vida; mientras que a los 18 años el porcentaje de estudiantes que fuma habitualmente se sitúa en el 25,8% y el de los que han experimentado con el tabaco en el 61,5%; cifras, no obstante, considerablemente inferiores a las que se registran con las bebidas alcohólicas en este mismo grupo de edad.

3.6. EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO

Según la Encuesta Europea de Salud (EES) en España en 2020, el 88,5% de la población de 15 y más años de Castilla y León no se ha expuesto nunca o casi nunca al humo de tabaco en lugares cerrados, casi 3 puntos más que en 2017 (85,6%), con diferencias significativas. Analizando los datos por sexo, el porcentaje de hombres que no se ha expuesto nunca o casi nunca al humo del tabaco aumenta significativamente de un 84,1% en 2017 hasta un 88,7% en 2020, igualándose a las mujeres, 88,2% en 2020.

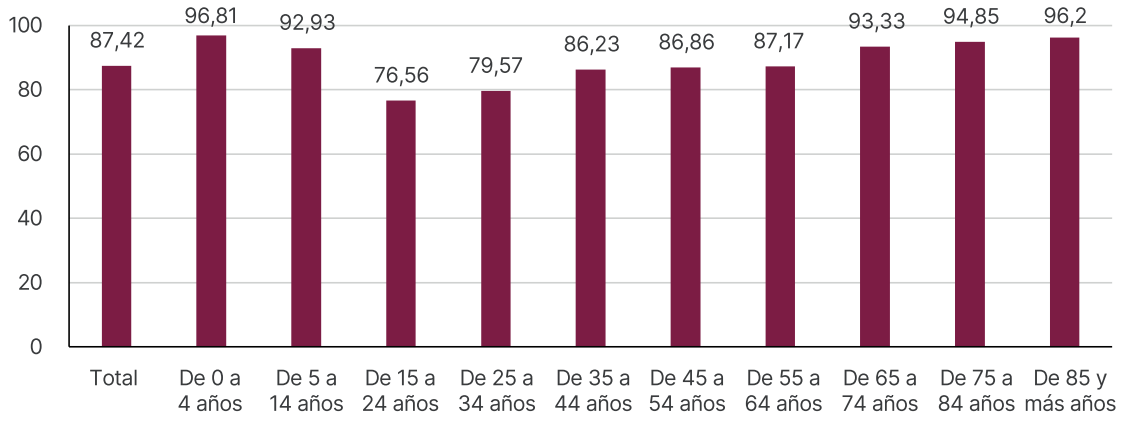
Figura 26. Evolución de la exposición al humo de tabaco (nunca o casi nunca) en lugares cerrados en la población de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017) y Encuesta Europea de Salud en España (2020).

La exposición según los tramos de edad indica que los rangos de edad menos expuestos son los que corresponden a la edad pediátrica (menores de 14 años) y a los mayores de 65 años, siendo estos los colectivos más vulnerables (Figura 24). Para el total de menores de 15 años de Castilla y León, el porcentaje de quienes nunca o casi nunca están expuestos al humo de tabaco en lugares cerrados es del 91,4% (91,8% en el caso de los niños y 91% en el de las niñas).

Figura 27. Población de Castilla y León que nunca o casi nunca ha estado expuesta al humo de tabaco en lugares cerrados por grupo de edad (%)



Fuente: Elaboración Comisionado Regional para la Droga, basada en datos de la Encuesta nacional de salud ENS 2017.

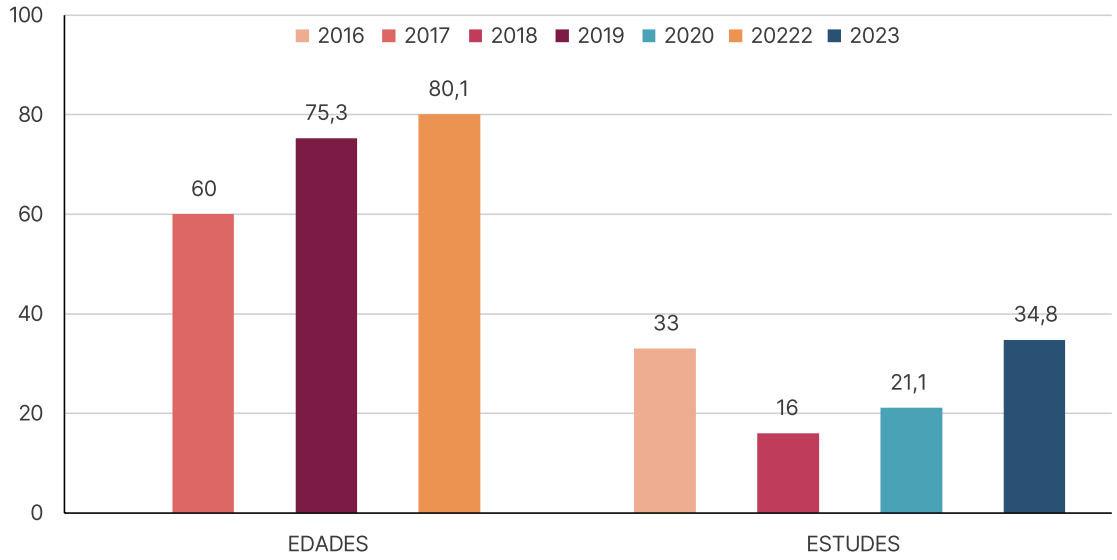
4. CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y OTROS DISPOSITIVOS

4.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La percepción del riesgo se incorpora en **EDADES** en el año 2017, situándose en el 60,0% la población que considera que utilizar un cigarrillo electrónico presentan bastantes o muchos problemas, en 2019 lo refiere el 75,3%, mientras que en 2021/22 esta prevalencia fue del 80,1%. La percepción del riesgo es mayor en el rango de 35 a 64 años que de 15 a 34 años en el caso de fumar cigarrillos electrónicos (81,7% vs. 76,4%).

Respecto a la **población escolar** la percepción del riesgo de consumo de estos dispositivos se incorpora en el ESTUDES 2016, detectándose una elevación del alumnado que percibe que el uso de estos dispositivos conlleva la aparición de bastantes o muchos problemas (2016: 33%; 2018: 16%; 2020: 21,1% y 2022: 34,8%). De forma excepcional la percepción del riesgo es superior en 2022 en los chicos (37,4%) que en las chicas (34,8%).

Figura 28. Porcentaje de población con alta percepción del riesgo sobre el uso de cigarrillos electrónicos (bastante o muchos problemas de salud) en población general (EDADES) y escolar (ESTUDES)



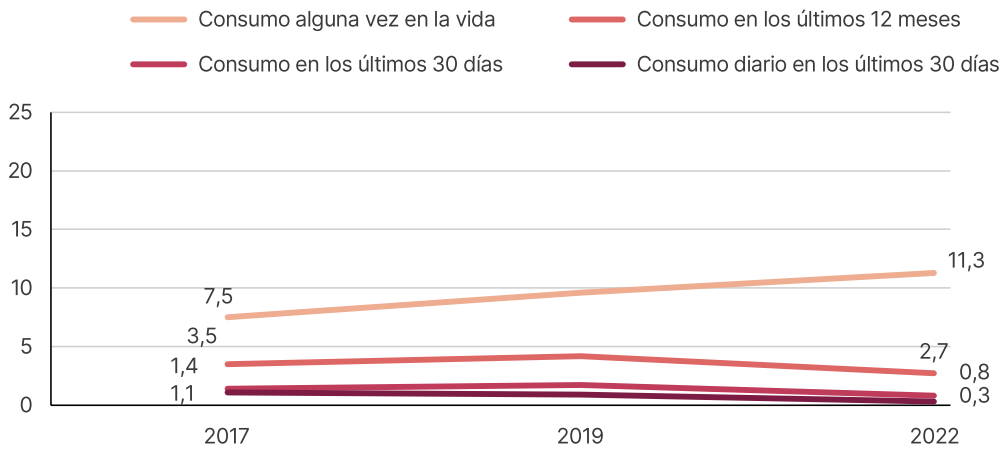
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

4.2. FRECUENCIA DE CONSUMO

La encuesta **EDADES** incluye preguntas sobre el consumo de estos dispositivos desde el año 2015 en el que tan sólo pregunta si se han utilizado alguna vez con una prevalencia del 4,4%. En las siguientes encuestas, 2017, 2019 y 2022, ya se pregunta por los consumos en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y el consumo diario en los últimos 30 días.

Los datos indican una elevación progresiva de la utilización de estos dispositivos alguna vez en la vida en la población general, pasando del 7,5% en 2017 al 11,3% del 2022. Sin embargo, los consumos en los últimos 30 días y diarios descienden significativamente respecto a los datos de 2019.

Figura 29. Evolución de la población de 15 a 64 años que ha utilizado cigarrillos electrónicos en Castilla y León (%)

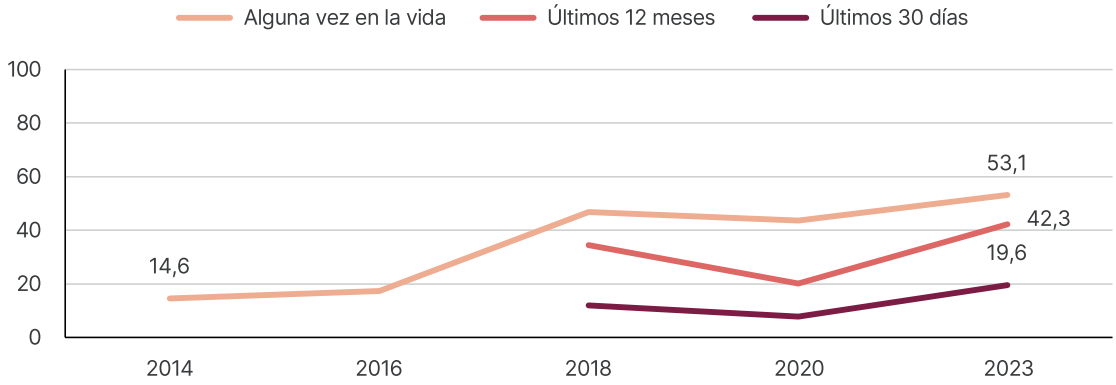


Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En 2021/22, los hombres presentaban un consumo esporádico significativamente mayor que las mujeres (13,3% vs 9,3%), para el resto de los consumos no se detectan diferencias. La utilización de estos dispositivos en la población general de Castilla y León son inferiores a los datos medios nacionales. Respecto al contenido de los cigarrillos electrónicos en la población general, se incrementa de forma progresiva aquellos que lo hacen con nicotina (2015: 3,5%; 2017: 5,2%; 2019: 6,7% y 2021/22: 8,6%).

Por último, hay que indicar que el porcentaje de población general que utiliza estos dispositivos para dejar de fumar ha sido de un 4,4% en 2017, un 3,8% en 2019 y un 5,0% en 2021/22, lo que indica una tendencia ascendente en su utilización. En la **población escolar** se inicia el registro del uso de estos dispositivos en el año 2014, siendo en la encuesta del 2018 cuando se incluyen el consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Los datos muestran una tendencia ascendente en el consumo, teniendo en cuenta que los datos que descienden en 2020 son consecuencia del confinamiento por la pandemia.

Figura 30. Evolución de la población escolar que ha utilizado cigarrillos electrónicos en Castilla y León (ESTUDES) (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

La utilización de estos dispositivos, de la misma manera que pasa con el consumo de tabaco en 2022, es **superior en las chicas** (53,4% alguna vez en la vida, 43,8% en los últimos 12 meses y 21,1% en los últimos 30 días) que en los chicos (52,7% alguna vez en la vida, 40,8% en los últimos 12 meses y 18,0% en los últimos 30 días), aunque sin diferencias significativas. La utilización de estos dispositivos en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días es **significativamente menor en Castilla y León que en España** (42,3% y 19,6% en Castilla y León y 46% y 26,3% en España).

En la encuesta del 2022/23 se incorpora por primera vez el contenido del cigarrillo electrónico incluyendo cannabis de manera que el 29,3% de los estudiantes ha utilizado alguna vez en la vida cartuchos sin nicotina ni cannabis, el 18,3% con nicotina, el 0,9% con nicotina y cannabis y el 0,1% con cannabis. Respecto a los datos de las encuestas anteriores estos consumos fueron inferiores (20,3% en 2018 y 12,3% en 2016).

Entre el alumnado de 14 a 18 años refieren un incremento en la utilización alguna vez de estos dispositivos para reducir su consumo de tabaco o dejar de fumar pasando de un 9,7% en 2018 a un 9,1% en 2020 y un 24,9% en 2022.

Por otro lado, la última encuesta EDADES indica que el 14,9% de la **población general** ha fumado tabaco en ***cachimbas o pipas de agua*** alguna vez en la vida (16,8% de hombres y 12,9% de mujeres), y el 2,7% en los últimos 12 meses (3,1% hombres y 2,3% mujeres) con diferencias significativas entre sexos en el consumo alguna vez en la vida. En cambio, según grupo de edad, el 28,9% de las personas de 15 a 34 años ha fumado en cachimbas alguna vez en la vida y el 7,0% en los últimos 12 meses, significativamente más que las personas de 35 a 64 años (9,2% alguna vez en la vida y 1,0% en los últimos 12 meses).

Respecto al consumo de las pipas de agua entre **el alumnado de 14 a 18 años,** refieren haberlas utilizado alguna vez en la vida el 42% en 2018, el 31,7% en 2020 y el 52,9% en 2022, lo que indica una tendencia ascendente en este uso. Además, el mayor tipo de consumo es el producto con nicotina (20,7%), seguido de la utilización de productos sin nicotina, ni cannabis.

4.3. EDAD DE INICIO

La edad de inicio de la utilización de estos dispositivos según ESTUDES, se mantienen estable en las tres encuestas en las que se ha explorado: en 2018 de 14,6 años, en 2020 de 13,9 años y en 2023 de 14,4 años.

5. CANNABIS

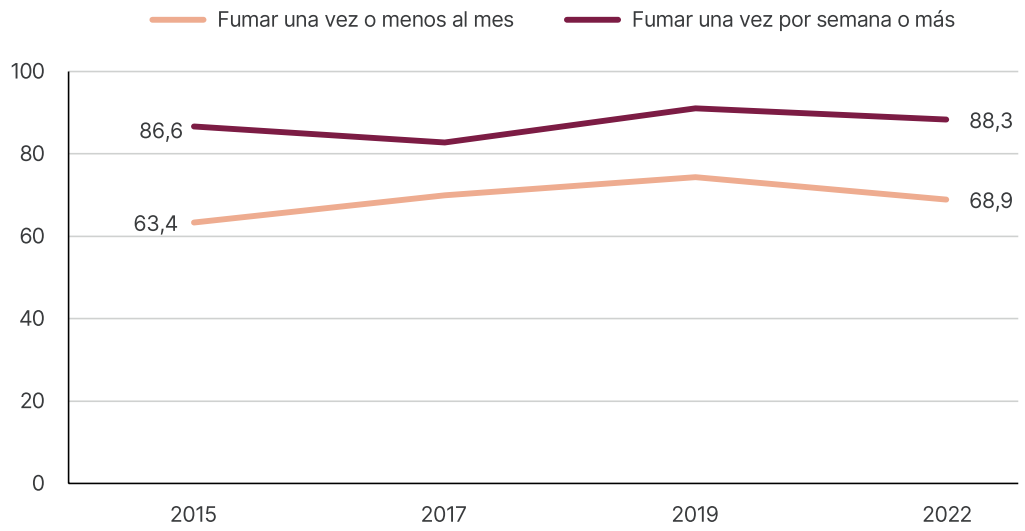
El cannabis, a pesar de ser una droga ilegal, presenta una percepción del riesgo, una aceptación social y unas frecuencias de consumo a lo largo de la vida y en el último mes, que se aproximan al perfil de las drogas legales, especialmente al tabaco. Esta situación otorga al cannabis, en cierta manera, un estatus intermedio entre las drogas legales y las ilegales.

5.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ACEPTACIÓN SOCIAL

En 2022, un 68,9% de las personas encuestadas de la **población de 15 a 64 años** considera que causa bastantes o muchos problemas fumar cannabis una vez o menos al mes y un 88,3% consumirlo una vez por semana o más, cifras superiores a las del año 2015 (63,4% y 86,6% respectivamente).

Para ambas frecuencias de consumo la percepción del riesgo en las mujeres es superior que en los hombres (65,9% y 85,4% en los hombres frente al 71,9% y 91,3% en las mujeres). Por otro lado, existe una relación directa entre edad y peligrosidad percibida, de modo que según aumenta la edad también se incrementa la percepción del riesgo.

Figura 31. Evolución de la percepción del riesgo asociada al consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años de Castilla y León (%)

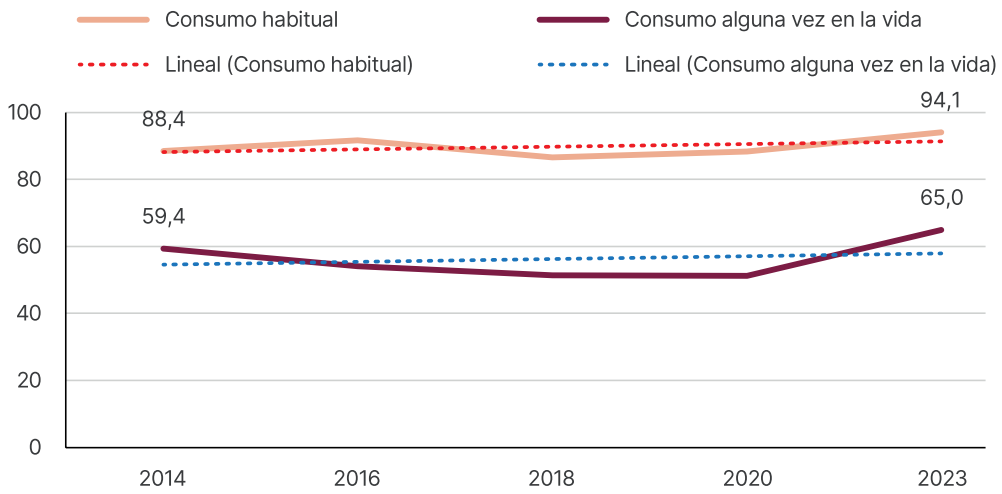


Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En la **población de estudiantes de 14 a 18 años,** se detecta una tendencia a aumentar la percepción del riesgo en esta población, con oscilaciones. El consumo habitual de cannabis es considerado problemático por el 94,1% del alumnado en 2022, con un aumento de 2,4 puntos porcentuales respecto al año 2016.

La percepción del riesgo del consumo habitual de hachís/marihuana es mayor en las chicas (96,4%) que en los chicos (91,5%); diferencia que es estadísticamente significativa.

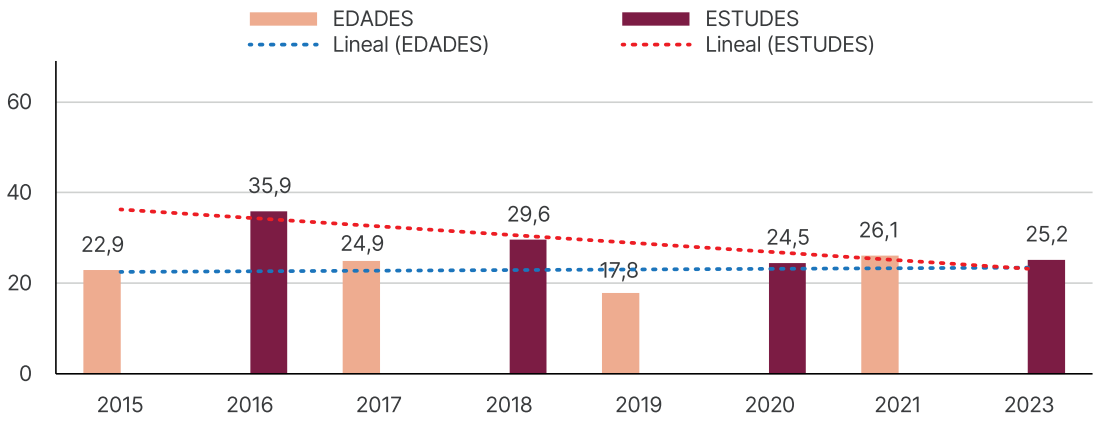
Figura 32. Evolución de la percepción del riesgo asociada al consumo de cannabis en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

Respecto a la aceptación social del consumo de cannabis podemos estimarla a través de la valoración, que tanto la población general (EDADES) como el alumnado (ESTUDES), realiza sobre la legalización del hachís/marihuana para resolver el problema de las drogas en Castilla y León. En población de estudiantes se observa una tendencia descendente entre quienes consideran que esta medida es muy importante, mientras que en población general se detecta un ligero aumento en los porcentajes lo que muestra un aumento en la tolerancia social respecto a esta sustancia.

Figura 33. Evolución de la valoración de la legalización del cannabis (hachís/marihuana) como acción muy importante para resolver los problemas de las drogas en Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

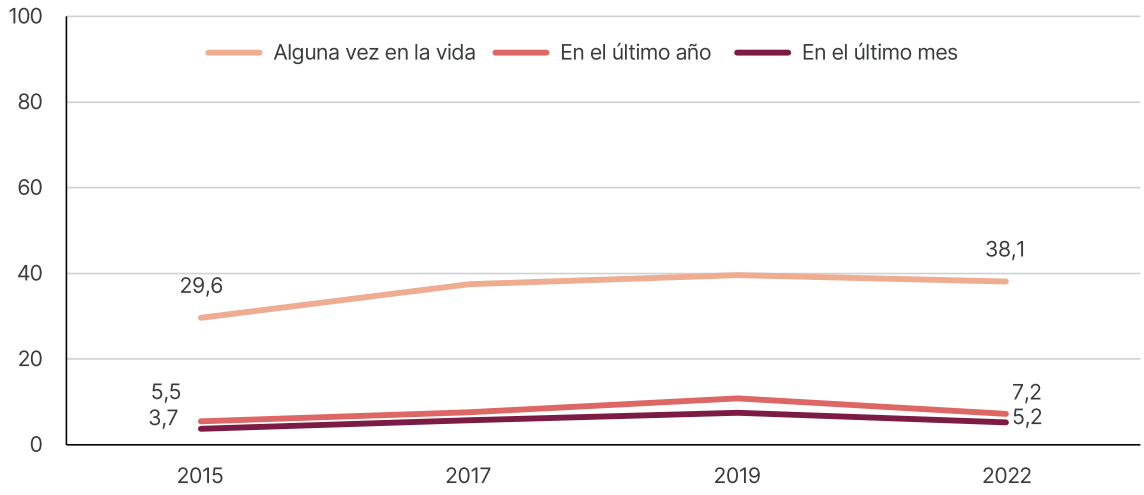
Los datos antes reseñados dibujan un panorama en el que la tolerancia social y la percepción del riesgo hacia el consumo de cannabis se sitúa en un lugar intermedio entre el resto de las drogas ilegales y las drogas de comercio legal como el alcohol y el tabaco.

5.2. FRECUENCIA DE CONSUMO

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más frecuentemente consumida en Castilla y León. Un 38,1% de la **población general** manifiesta que ha consumido cannabis alguna vez en la vida en 2022, lo que representa 8,5 puntos porcentuales más que en 2015 (29,6%). Un 7,2% que lo ha hecho en el último año, casi dos puntos porcentuales más que en 2015 (5,5%). Por último, un 5,2% declara haberlo consumido en el último mes, 1,5 puntos más que en 2015 (3,7%). Aunque parece que se detecta una tendencia al descenso respecto a los datos de 2019.

En la población de 15 a 64 años el consumo de cannabis, en 2022, es más frecuente en los hombres existiendo diferencias estadísticamente significativas en todas las frecuencias de consumo, consumo alguna vez (46,6% hombres, 29,3% mujeres), consumo último año (9,7% vs. 4,7%), consumo en el último mes (7,1% vs. 3,3%).

Figura 34. Evolución del consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

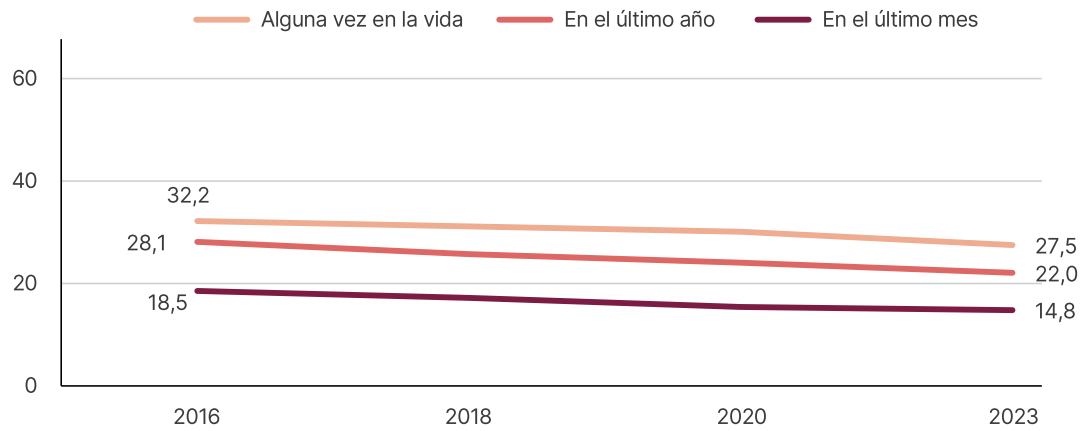
En relación con la edad, el consumo de cannabis es más frecuente en edades jóvenes. El 46,5% de las personas de 15 a 34 años ha consumido cannabis alguna vez en la vida, el 14,0% en los últimos 12 meses y el 9,5% en el último mes, cifras significativamente mayores que en las personas de 35 a 64 años, de las cuales el 34,7% ha consumido alguna vez en la vida, el 4,5% en el último año y el 3,5% en el último mes.

Comparando los consumos de cannabis en Castilla y León con los promedios nacionales aportados por la encuesta EDADES 2022, se observa que las prevalencias de la Comunidad Autónoma se encuentran sensiblemente por debajo de las medias nacionales, tanto para el consumo alguna vez en la vida (38,1% en Castilla y León; 40,9% en España), como para el consumo en los últimos 12 meses (7,2% en Castilla y León; 10,6% en España) y en los últimos 30 días (5,2% en Castilla y León; 8,6% en España).

Por otro lado, esta encuesta permite valorar también el consumo diario de cannabis en la población de 15 a 64 años, que se mantiene estable pasando de un 1,3% en 2015 a un 1,8% en 2022, y lo mismo ocurre con el consumo problemático entre quienes lo consumen el último año valorado a través del test CAST (Cannabis Abuse Screening Test), que se sitúa en el 0,9%.

En la **población escolar** se constata un importante descenso después de un crecimiento progresivo e ininterrumpido desde el año 1994 hasta el año 2004. En este segmento de la población, refieren haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 27,5% (32,2% en 2016), en el último año el 22,0% (28,1% en 2016) y en el último mes el 14,8% (18,5% en 2016). En relación con la prevalencia del consumo diario se encuentra en un 1,1%. Los consumos no presentan diferencias significativas con los nacionales, aunque se sitúan por encima salvo en los últimos 30 días (26,9% alguna vez en la vida, 21,8% en el último año y 15,6% en los últimos 30 días). El consumo es ligeramente superior entre los chicos, pero sin existir diferencias significativas.

Figura 35. Evolución del consumo de cannabis en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

El consumo problemático entre los estudiantes que han consumido cannabis el último año (valorado a través del CAST) ha aumentado desde el 8,4% en el año 2016 hasta el 13,5% en el año 2023, situándose en ambos años por debajo de la media nacional (13,3% en 2016; 14,5% en 2023). Este consumo es algo superior entre chicos (13,7%) que entre chicas (13,3%), sin existir diferencias significativas.

5.3. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE CANNABIS

Entre las **personas de 15 a 64 años** que han consumido derivados del cannabis alguna vez en la vida, el 19,0% continúa consumiéndolos en los últimos 12 meses y el 13,7% en los últimos 30 días. Por otra parte, entre los que admiten haber consumido cannabis en el último año, la continuidad en el consumo en el último mes es muy alta, la más alta de todas las drogas ilegales, alcanzando el 72,2%.

De los **estudiantes** que han consumido derivados del cannabis alguna vez en la vida, el 81,4% continúa haciéndolo en el último año y el 54,3% en el último mes. Si el análisis se hace tomando como referencia a los que han consumido en el último año, el 67,6% continúa haciéndolo en los 30 días previos a la encuesta.

5.4. EDAD DE INICIO

Las primeras experiencias con el cannabis se producen a los 15,0 años en la población de estudiantes de Castilla y León en 2023, situándose en la misma cifra que en 2016. La tendencia de la media de edad de este consumo desde el año 1994 se mantiene más o menos estable entorno a los 15 años.

Las edades en las que se produce una mayor incorporación de nuevas personas consumidoras son los 15 (29,7%) y los 16 años (26,4%). Como ocurre con el alcohol y el tabaco, el consumo de cannabis crece de modo muy importante con la edad, a los 14 años ha experimentado con esta droga el 12,4% de la población de estudiantes, mientras que a los 18 años ya lo ha hecho el 49,8%. Por lo que respecta al consumo en el último mes, la prevalencia de consumidores a los 14 años es del 8,0% y a los 18 años del 22,4%.

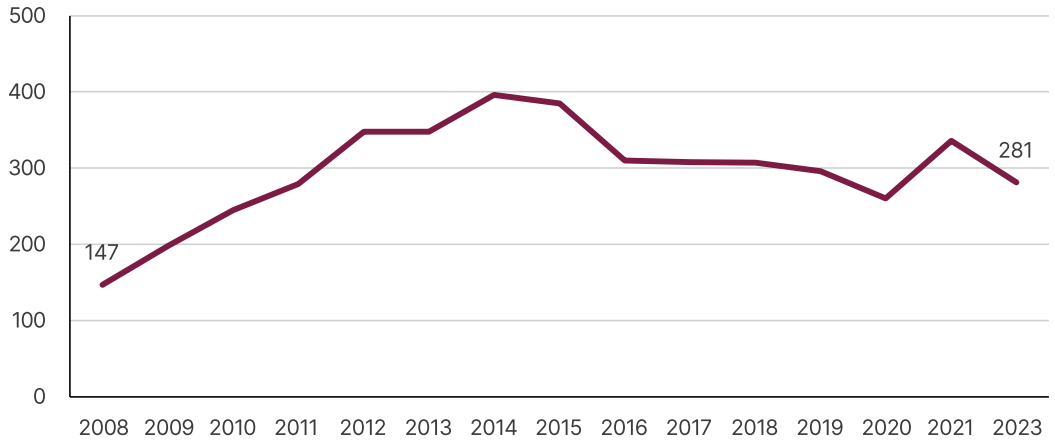
5.5. CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO DE CANNABIS

Como se ha indicado en el apartado del alcohol, las modificaciones en las preguntas de la encuesta ESTUDES, han determinado que los problemas relacionados con el consumo de cannabis, se valoren de forma conjunta alcohol y otras drogas ilegales. Por tanto, se remite a los datos a la Tabla 2 que indican unas prevalencias inferiores al 1% en los accidentes de tráfico relacionados y por debajo del 7% en relación con las peleas o las agresiones físicas.

Otra fuente de información de gran relevancia para analizar la situación del consumo de cannabis en Castilla y León son las admisiones a tratamiento ambulatorio por esta sustancia. Entre 2015 y 2022, el peso de los tratamientos por esta droga sobre el total de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales se ha reducido, pasando de representar el 29,8% en 2015 al 21,4% en 2022. Siendo el perfil principal el masculino

(76,9%), con una edad media de 29,3 años, situándose la media del inicio del consumo problemático en 18,9 años. Destaca que los menores de edad representan el 9,6% de estos casos.

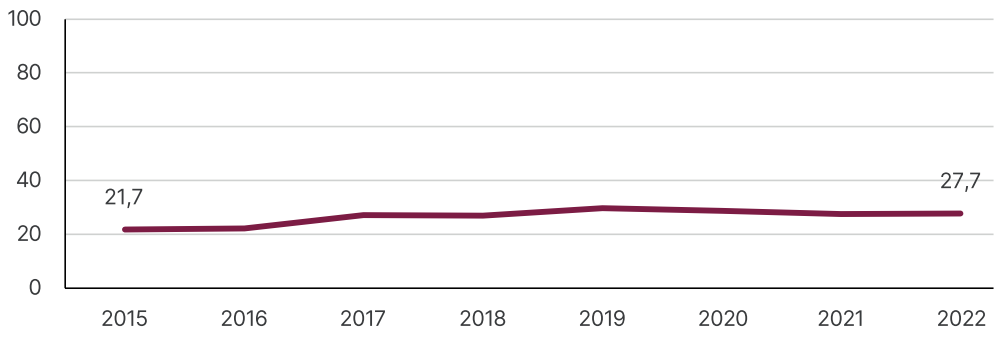
Figura 36. Evolución del número de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en Castilla y León



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En el caso del indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas en 2022, el 27,7% se han debido al consumo de derivados del cannabis. Habiéndose elevado este porcentaje desde 2015 (21,7%) y alcanzando su máximo en 2019 (29,6%), año a partir del cual se encuentra estabilizado. Si se analizan las urgencias en las que sólo aparece una sustancia (n= 896), el cannabis representa el 18,1%, representando entre las mujeres el 10,4% frente al 27,3% de los hombres y la edad en la que mayor peso tienen las urgencias sólo por cannabis es el rango de 18 a 35 años que representan el 33,1%.

Figura 37. Evolución del porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el cannabis



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

5.6. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

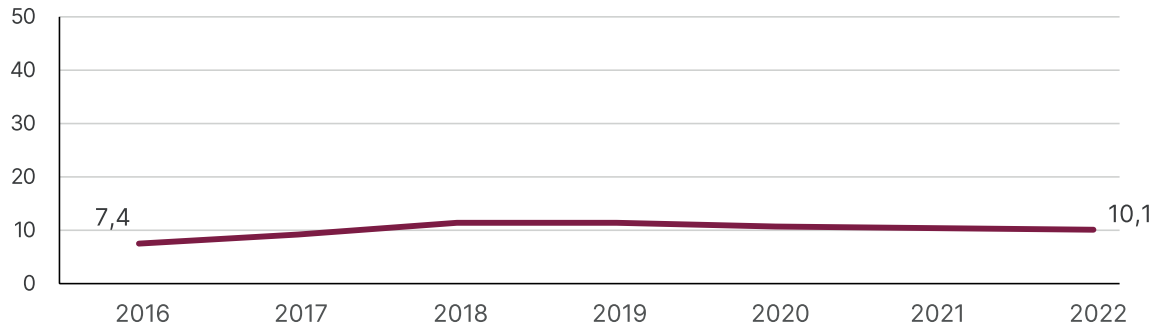
En la **población de 15 a 64 años**, en el año 2022, el 47,3% (48,3% en 2015) considera que conseguir cannabis es muy fácil o relativamente fácil, existiendo diferencias significativas en función del sexo (53,1% en los hombres frente al 41,3% en las mujeres).

La disponibilidad percibida del cannabis se mantiene en unos porcentajes muy elevados tanto en la población general como en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León. En 2023, el 60,4% de la **población escolar** manifiesta que les resultaría relativamente fácil o muy fácil disponer de cannabis, habiendo disminuido significativamente esta proporción en 10 puntos porcentuales respecto al año 2016 (70,3%), con un porcentaje significativamente mayor en chicos (65,6%) que en chicas (55,6%).

5.7. CANNABIS Y SEGURIDAD VIAL

Los datos de las memorias anuales de Víctimas mortales en accidentes de tráfico del INTCF indican que desde 2016 hasta 2019 se detecta un aumento del porcentaje total de muertes en las que está presente el cannabis sólo o en combinación con otras sustancias, descendiendo esta presencia a partir de dicho año.

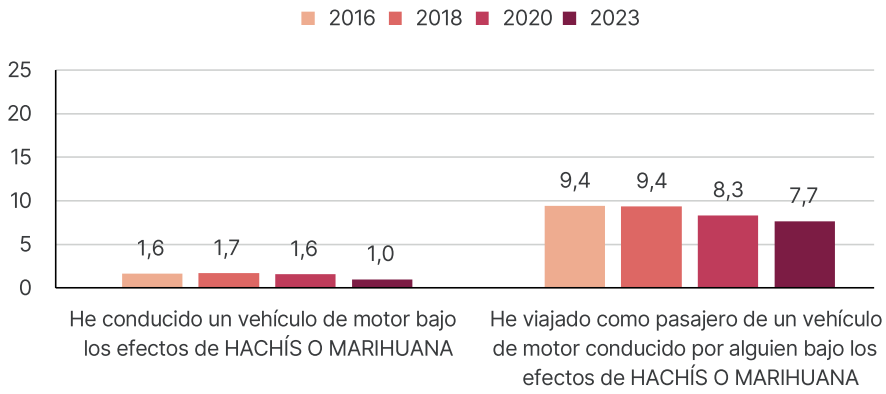
Figura 38. Evolución del porcentaje de conductores fallecidos que presentan resultados positivos a cannabis (sólo o en combinación con otras sustancias)



Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del INTCF.

Por lo que respecta al consumo de cannabis y su impacto en la seguridad vial en la **población de estudiantes** de 14 a 18 años, el 1,0% reconocía haber conducido bajo sus efectos en 2023, cifra similar respecto a las dos encuestas anteriores. Por otra parte, el 9,4% reconocía en 2016 haber montado en un vehículo conducido por alguien con sus facultades alteradas por el cannabis, porcentaje que baja hasta el 7,7% en 2023. Ambos tipos de conducta son más frecuentes en los hombres (conducir bajo los efectos: 1,7%; montar como pasajero: 8,0%) que entre las mujeres (conducir bajo los efectos: 0,3%; montar como pasajero: 7,3%), siendo significativa esta diferencia.

Figura 39. Consumo de cannabis y seguridad vial en la población de 15 a 18 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

6. COCAÍNA

6.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La proporción de personas de la **población de 15 a 64 años** que consideran bastante o muy peligroso para la salud consumir cocaína se mantiene en unas cifras muy elevadas. El 94,0% piensa que consumir cocaína u otras drogas ilegales una vez o menos al mes causa bastantes o muchos problemas.

En la **población de estudiantes,** la percepción del riesgo también es alta: el 84,2% del alumnado considera que el consumo ocasional de cocaína en polvo puede ocasionar bastantes o muchos problemas y el 97,5% que los puede ocasionar consumirla regularmente. En ambas poblaciones la percepción del riesgo de consumo habitual es más elevada en las mujeres que en los hombres.

Tabla 6. Percepción del riesgo asociada al consumo de cocaína en la población de 14 a 64 años y de estudiantes de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo

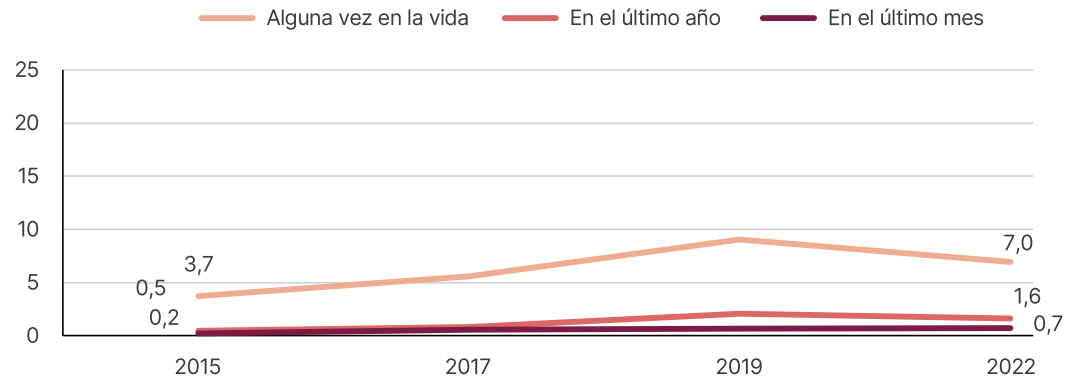
Tipos de consumo	Población de 14 a 64 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Consumo habitual	96,4	94,0	97,3	97,5
Consumo alguna vez en la vida	-	-	80,1	84,2

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

6.2. FRECUENCIA DE CONSUMO

La cocaína es claramente la segunda droga ilegal que se consume con más frecuencia en Castilla y León. En la **población de 15 a 64 años,** el 7,0% manifiesta que ha consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, más de tres puntos porcentuales que en 2015. Además, el 1,6% había consumido en el último año (0,5% en 2015); y el 0,7% en el último mes (0,2% en 2015). En el conjunto de la población, el consumo de cocaína es significativamente mayor entre los hombres que entre las mujeres. Por rangos de edad, la mayor proporción de personas consumidoras de cocaína en la población de 15 a 64 años se concentra en el rango de 15 a 34 años (8,4% alguna vez en la vida, 3,3% el último año y 1,3% el último mes).

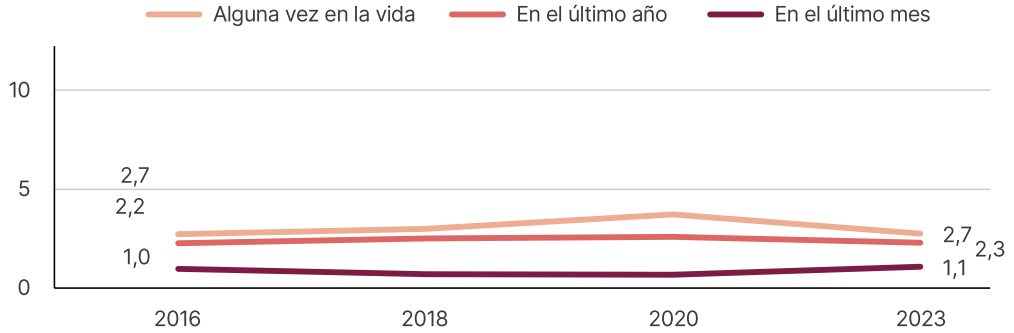
Figura 40. Evolución del consumo de cocaína en polvo en la población de 15 a 64 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En **estudiantes de 14 a 18 años,** la proporción de personas consumidoras de cocaína alguna vez en la vida es del 2,7%, igual a la registrada en el año 2016, y menor a la observada en la población general. La proporción de individuos que han consumido en el último año y en el último mes es, respectivamente, del 2,3% y del 1,1%, porcentajes similares a los de 2016 (2,2% y 1,0%). Respecto al sexo, los consumos son superiores entre los chicos, pero no se detectan diferencias significativas.

Figura 41. Evolución del consumo de cocaína en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

En comparación con los datos nacionales, hay que destacar que, en población escolar, los datos de consumo son similares a la media nacional, mientras que en la población de 15 a 64 años se encuentran por debajo.

6.3. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE COCAÍNA

En la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León, la continuidad en el consumo de cocaína en polvo entre aquellas personas que la han consumido alguna vez en la vida es del 23,4% para el consumo en el último año y del 10,6% para el consumo en los últimos 30 días. Cuando se considera el consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, continúan consumiéndola en el último mes el 45,0% de los sujetos encuestados, lo que representa la segunda continuidad más alta entre las drogas ilegales para estas dos frecuencias de consumo.

En la última **encuesta escolar,** el 87,4% de los estudiantes que han probado la cocaína declaran continuar consumiéndola en el último año y el 41,3% en el último mes. Por otra parte, el 47,4% de las personas que han consumido cocaína en el último año, persiste en su consumo en el último mes.

6.4. EDAD DE INICIO

En la **población de estudiantes,** los primeros contactos con la cocaína se producen a los 15,4 años. Desde 1994, la edad de inicio en el consumo de esta droga se mantiene con oscilaciones entre los 14,8 años de 2014 y los 16,2 años de 2003. El consumo de cocaína aumenta con la edad hasta los 18 años. A los 14 años declaran haber consumido cocaína alguna vez en la vida el 0,9%, mientras que el 0,4% manifiesta que las ha consumido en el último mes. Sin embargo, estos porcentajes son a los 18 años del 7,6% y del 4,1%.

6.5. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

El 34,0% de la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León considera relativamente fácil o muy fácil conseguir cocaína en polvo, siendo este porcentaje significativamente mayor en hombres (38,0%) que en mujeres (29,8%), habiendo aumentado significativamente respecto a 2019 (28,6%), no se disponen de datos anteriores ya que se modificó el cuestionario. La accesibilidad a la cocaína en forma de base también aumenta de forma significativa del 14,8% en 2019 al 20,0% en 2022.

En el caso de la **población escolar** de 14 a 18 años son de esta opinión un porcentaje inferior que se sitúa en el 30,6%, habiendo disminuido la accesibilidad a esta droga desde el año 2016 en el que este porcentaje fue del 37,6%. La accesibilidad a la cocaína en forma de base también ha descendido del 26,0% en 2016 al 21,5% en 2023.

7. DROGAS DE SÍNTESIS (éxtasis)

7.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Consumir éxtasis una vez o menos al mes es considerado como causa de bastantes o muchos problemas por el 97,4% de la **población general** en 2017, último dato disponible.

En la **población de estudiantes,** en 2023, el 86,0% cree que consumirlas alguna vez causa bastantes o muchos problemas, mientras que consumirlas habitualmente es percibido de esta manera por el 97,5%. Desde que se evalúa este indicador en las encuestas a la población general y de estudiantes de Castilla y León, la percepción del riesgo relacionada con el consumo de drogas de síntesis ha aumentado o se ha mantenido en niveles altos.

Tabla 7. Percepción del riesgo asociada al consumo de éxtasis u otras drogas de síntesis en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de Castilla y León. Consideran que supone bastantes o muchos problemas

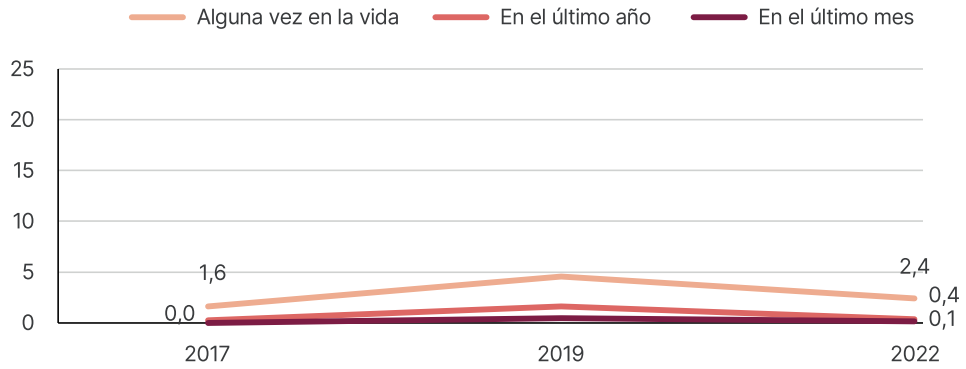
Frecuencia de consumo	Población general de 14 a 70 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
	2015	2017	2016	2023
Consumir éxtasis habitualmente	-	-	97,1	97,5
Consumir éxtasis alguna vez	-	-	80,7	86,0
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	96,0	97,4	-	-

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

7.2. FRECUENCIA DE CONSUMO

En 2022, un 2,4% de la **población de 15 a 64 años** manifiesta que ha consumido drogas de síntesis alguna vez en la vida, un 0,4% que lo ha hecho en el último año y un 0,1% en el último mes. Existen diferencias en función del sexo en el consumo en alguna ocasión, siendo considerablemente más frecuente el consumo en los hombres (3,9%) que en las mujeres (0,8%). Por edad, la experimentación con estas drogas es mayor en el rango de edad de 15 a 34 años (3,7%). Para el consumo por rango de edad en el último año y mes se dispone de pocos datos, por lo que no se puede realizar ninguna conclusión. Los consumos de estas sustancias en Castilla y León según EDADES se sitúan por debajo de la media nacional.

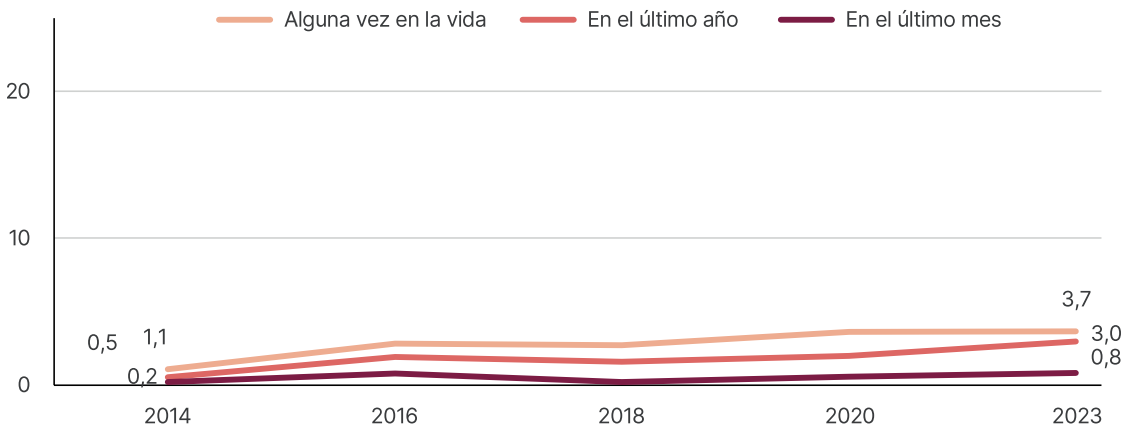
Figura 42. Evolución del consumo de drogas de síntesis en la población de 15 a 64 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En la **población de estudiantes,** las prevalencias de consumidores de drogas de síntesis en el último año y en el último mes son algo mayores que en la población de 15 a 64 años. Un 3,7% del alumnado de entre 14 y 18 años ha consumido drogas de síntesis alguna vez en la vida, un 3,0% en los últimos 12 meses y un 0,8% en el último mes, porcentajes ligeramente por encima de la media nacional salvo el consumo en los últimos 30 días que se encuentra ligeramente por debajo. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la población de estudiantes salvo en los últimos 30 días, donde es significativamente mayor en hombres que en mujeres.

Figura 43. Evolución del consumo de drogas de síntesis en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

La evolución temporal del consumo de drogas de síntesis en la Comunidad Autónoma, tanto en la población general como en la de estudiantes, presenta varios momentos diferenciados: hasta el comienzo de esta década, el consumo creció progresivamente, alcanzando las prevalencias más altas entre los años 2000 y 2004; a partir de este momento, la proporción de consumidores ha ido descendiendo apreciablemente hasta alcanzar sus valores más bajos que, a partir de 2014 han ido aumentando de nuevo.

7.3. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE DROGAS DE SÍNTESIS

La persistencia en el consumo de drogas de síntesis es una de las más bajas entre las drogas ilegales.

En la **población de 15 a 64 años,** un 15,7% de los que han consumido estas drogas alguna vez en la vida continúa consumiéndolas en el último año y un escaso 5,9% en los últimos 30 días. En el caso de las personas que han consumido en el último año, un 37,6% persiste en su consumo en los 30 días previos a la encuesta.

En la **población de estudiantes** de 14 a 18 años, la continuidad en el consumo de drogas de síntesis es muy superior a la registrada en la población general. Un 83,0% de quienes han consumido éxtasis y otras drogas de síntesis alguna vez en la vida continúan consumiéndolas en el último año y un 23,1% en los 30 días previos a la encuesta. De las personas que han consumido en el último año, persisten en su consumo en el último mes el 27,9%.

7.4. EDAD DE INICIO

La edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis en la población de estudiantes es de 15,8 años, sin diferencias entre las chicas y los chicos. Desde 1994, la edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis se ha mantenido, con oscilaciones, alrededor de los 15 años. El consumo experimental de estas drogas aumenta sensiblemente con la edad. A los 14 años declaran haber consumido alguna vez en la vida el 0,9% de los estudiantes, mientras que a los 18 años admiten haberlas probado el 8,3%.

7.5. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

A casi la cuarta parte de la población de 15 a 64 años (23,0%) le resulta relativamente fácil o muy fácil conseguir éxtasis u otras drogas de síntesis, 6,5 puntos más que en 2015 (16,5%), significativamente más en hombres (25,4%) que en mujeres (20,5%). En el caso de la población escolar, tan sólo un 24,5% son de esta opinión. La disponibilidad percibida de estas drogas es menor en la actualidad que en 2016 y viene descendiendo desde 2004, año en el que se alcanzó el valor más alto para este indicador.

8. HIPNOSEDANTES

En este apartado se analiza el consumo de tranquilizantes o hipnosedantes, especialmente su uso sin receta médica que es el que más problemas puede generar en las personas.

8.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La proporción de **personas de la población general** que consideran que causa problemas consumir tranquilizantes una vez o menos al mes aumenta del 49,7% en 2015 al 61,6% en 2022.

La percepción del riesgo en población escolar asociada al consumo de tranquilizantes de forma habitual se eleva pasando de un 89,5% a un 91,8%. Por sexos, la percepción del riesgo es estadísticamente superior en las chicas.

Tabla 8. Percepción del riesgo asociada al consumo de tranquilizantes en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León

Consideran que		Población de 15 a 64 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
		2015	2022	2016	2023
El consumo de tranquilizantes una vez o menos al mes supone bastantes o muchos problemas	Alguna vez	-	-	-	-
	Habitualmente	-	-	89,5	91,8
	Una vez o menos al mes	49,7	61,6	-	-

Fuente: Encuesta EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

8.2. FRECUENCIAS DE CONSUMO

En la **población general de 15 a 64 años,** un 1,8% de las personas en 2022 manifiesta que han probado los tranquilizantes sin receta médica. Respecto al consumo en el último año, la prevalencia es del 0,5% y en el último mes sólo el 0,2% admite haber consumido tranquilizantes sin receta médica. Los consumos descienden ligeramente en relación con los datos del 2015. Los consumos son similares entre hombres y mujeres, ya que no hay diferencias significativas. El grupo de 35 a 64 años es el que presenta también mayores consumos. Los datos se encuentran por debajo de la media nacional.

En la **población escolar,** el 7,3% ha consumido tranquilizantes sin receta médica alguna vez en la vida, el 5,6% en los últimos 12 meses y el 2,5% en el último mes, siendo superior el consumo entre las chicas (2,8% vs. 2,1%). Estas prevalencias, aun siendo bajas

son sensiblemente superiores a las observadas en la población general y se mantienen estables. El consumo alguna vez es el único tipo de consumo que es significativamente superior en chicas.

Tabla 9. Consumo de tranquilizantes sin receta alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años en Castilla y León

	Población de 15 a 64 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Alguna vez	2,0	1,8	7,3	7,3
En los últimos 12 meses	1,2	0,5	5,4	5,6
En los últimos 30 días	0,7	0,2	2,7	2,5

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

Es importante señalar que los consumos de estas sustancias presentan cifras muy bajas, lo que supone inestabilidad en los datos y que la interpretación de los porcentajes se deba hacer con cautela. Por otro lado, el consumo de hipnosedantes tanto en población general (datos de EDADES 2022), como en la escolar (ESTUDES 2023) se sitúan en niveles similares a la media nacional.

8.3. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO

En el conjunto de la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León, la continuidad en el consumo de hipnosedantes sin receta entre aquellas personas que las han probado y que continúan consumiéndolas en los 12 meses previos a la encuesta es del 38,9% para los tranquilizantes sin receta. Cuando se analiza la continuidad en el consumo en el último mes en aquellos que los han probado, el porcentaje es del 11,8% para los tranquilizantes sin receta. Por último, la proporción de consumidores en el último año que continúan consumiendo en el último mes son del 40,1% para los tranquilizantes sin receta.

En relación con el **alumnado de 14 a 18 años** que ha probado los hipnosedantes sin receta, el 78,1% persiste en su consumo en el último año y el 34,7% en el último mes. Por lo que respecta a los consumidores en el último año, el 44,4% continúa consumiendo en los últimos 30 días.

8.4. EDADES DE INICIO

Se sitúa la edad de inicio en el consumo de hipnosedantes sin receta en 14,5 años en el año 2022, siendo estable respecto a los datos de 2016 (14,4 años).

8.5. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

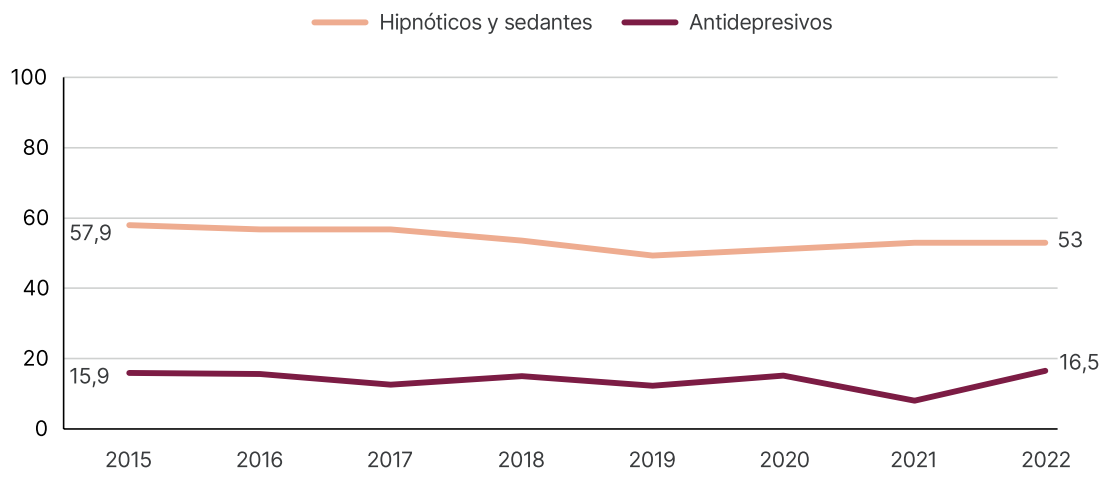
La disponibilidad de hipnosedantes sin receta en población general se mantiene estable en general habiendo pasado, la población que refiere que es fácil o muy fácil conseguirlos, de un 26,7% en 2015 a un 25,8% en 2022. El porcentaje más alto se detectó en 2017 con un 30,7%. La percepción del acceso a esta medicación sin receta es significativamente superior entre las mujeres.

En el caso de la **población de estudiantes de 14 a 18 años,** la evolución de la disponibilidad percibida ha sido favorable pasando, la población que refieren que es fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes, de un 47,5% en 2016 a un 43,9% en 2023.

8.6. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Un indicador sensible a las consecuencias negativas ocasionadas por el consumo de sustancias psicoactivas son las urgencias hospitalarias. Analizando todas las urgencias con una o varias drogas relacionadas, los hipnosedantes y antidepresivos suponen el 53% y el 16,5% respectivamente de todas las urgencias por drogas ilegales, siendo más frecuentes entre las mujeres. Si se analizan las urgencias de 2022 relacionadas sólo con un único grupo de sustancias (n=896), el 51,1% se relacionan con hipnosedantes y el 8,7% con antidepresivos. En cuanto al peso en función del sexo, en los hipnosedantes se detecta un predominio femenino (68,0% vs. 30,8%), así como en los antidepresivos (10,4% vs. 6,7%). Respecto a las edades remarcar que el mayor porcentaje en menores de 18 años se debe a hipnosedantes (45,1%).

Figura 44. Evolución de las urgencias por consumo de hipnóticos-sedantes y antidepresivos (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

9. OTRAS DROGAS

En este apartado se analiza el consumo del resto de las drogas ilegales estudiadas: anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles.

9.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La proporción de personas de la **población general** que consideran que causa bastantes o muchos problemas consumir el resto de drogas en 2015 se situaba por encima del 95%, no se puede analizar la evolución en 2022 ya que estas variables no se incluyeron en la última encuesta.

Tabla 10. Percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León

		Población de 15 a 64 años (%)		Alumnado de 14 a 18 años (%)	
Consideran que supone bastantes o muchos problemas		**2015**	**2022**	**2016**	**2023**
Anfetaminas	Alguna vez	-	-	82,8	86,3
	Habitualmente	-	-	96,7	-
	Una vez o menos al mes	97,5	-	-	-
Heroína	Alguna vez	-	-	84,8	88,1
	Habitualmente	-	-	96,7	97,6
	Una vez o menos al mes	98,2	-	-	-

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

La percepción del riesgo asociada al consumo de opiáceos y anfetaminas en la **población de estudiantes** de Castilla y León se mueve en unos porcentajes altos. Por sexos, la percepción del riesgo asociada al consumo habitual de heroína es estadísticamente superior en las chicas. Respecto a la evolución temporal desde el año 2016 aumenta la percepción del riesgo relacionada con el consumo habitual de heroína y consumo alguna vez de anfetaminas y heroína.

9.2. FRECUENCIAS DE CONSUMO

Es importante señalar que los consumos de estas sustancias presentan cifras muy bajas, lo que supone inestabilidad en los datos y que la interpretación de los porcentajes se deba hacer con cautela. Por otro lado, los consumos de las sustancias psicoactivas analizadas en este apartado se sitúan tanto en población general (datos de EDADES 2022) como en la escolar (datos de ESTUDES 2022) en niveles similares a la media nacional.

9.2.1. Consumos alguna vez en la vida

En la **población general** de 15 a 64 años, un 2,8% de las personas encuestadas en 2022 manifiesta que ha probado los alucinógenos, un 2,7% anfetaminas, un 0,3% los inhalables volátiles y un 0,2% heroína. Todos los consumos son superiores en los varones y en el rango de edad de 15 a 34 años.

Tabla 11. Consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años en Castilla y León

	Población de 15 a 64 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Anfetaminas	1,5	2,7	2,2	2,2
Alucinógenos	1,3	2,8	2,8	1,9
Heroína	0,1	0,2	0,9	0,5
Inhalables volátiles	0,2	0,3	1,3	3,2

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

En el caso de la **población escolar** de 14 a 18 años, el 1,9% ha consumido alucinógenos, el 2,2% anfetaminas, el 3,2% inhalables volátiles y el 0,5% heroína. Todas estas prevalencias son superiores a las registradas en la población de 15 a 64 años, con las únicas excepciones de las anfetaminas y alucinógenos.

9.2.2. Consumos en los últimos 12 meses

Por lo que se refiere al consumo en el último año, un 0,3% de la **población de 15 a 64 años** se declara consumidora de anfetaminas, un 0,4% de alucinógenos y un 0,2% de inhalables volátiles. No se ha detectado ningún consumidor de heroína. Estas prevalencias, aun siendo también minoritarias en la población de alumnos de 14 a 18 años, son sensiblemente superiores a las observadas en la población general. Concretamente, un 5,1% de los **estudiantes** ha consumido en los últimos 12 meses alucinógenos, un 1,6% anfetaminas, un 2,8% inhalables volátiles y un 0,3% heroína.

Tabla 12. Consumo de drogas ilegales en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años en Castilla y León

	Población de 15 a 64 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Anfetaminas	0,3	0,3	1,7	1,6
Alucinógenos	0,1	0,4	1,9	1,5
Heroína	0,0	0,0	0,9	0,3
Inhalables volátiles	0,0	0,2	1,1	2,8

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

9.2.3. Consumos en los últimos 30 días

El consumo en el último mes de estas drogas es muy minoritario, tanto en la población de 15 a 64 años como en la población de estudiantes, no superando en ningún caso el 3%.

En la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León, el 0,1% admite haber consumido anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles en los últimos 30 días. En 2022 no se ha encontrado ningún consumidor de heroína en los últimos 30 días. Por lo que respecta a la **población de estudiantes,** las prevalencias son notablemente más elevadas. La prevalencia del consumo de estas sustancias es de un 0,9% para anfetaminas, un 0,6% para alucinógenos, un 1,3% para inhalables volátiles y un 0,2% para heroína.

Tabla 13. Consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días en la población de 15 a 64 años y de estudiantes de 14 a 18 años en Castilla y León

	Población de 15 a 64 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2015	2022	2016	2023
Tranquilizantes sin receta	0,7	0,2	2,7	2,5
Anfetaminas	0,1	0,1	0,8	0,9
Alucinógenos	0,0	0,1	0,9	0,6
Heroína	0,0	0,0	0,5	0,2
Inhalables volátiles	0,0	0,1	0,8	1,3

Fuente: Encuesta EDADES y Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

9.3. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO

En el conjunto de la población de **15 a 64 años** de Castilla y León, la continuidad en el consumo de drogas ilegales entre quienes las han probado y continúan consumiéndolas en los 12 meses previos a la encuesta es, por orden de menor a mayor: del 12,2% para las anfetaminas, 16,0% para los alucinógenos y del 70,6% para los inhalables volátiles. Cuando se analiza la continuidad en el consumo en el último mes en aquellos que han probado estas drogas, los porcentajes son, en el mismo orden de menor a mayor, del 5,4% para las anfetaminas, del 5,5% para los alucinógenos y del 28,6% para los inhalables volátiles. Por último, las proporciones de consumidores en el último año que continúan consumiendo en el último mes son del 34,5% para los alucinógenos, del 42,9% para los inhalables volátiles y del 44,1% para las anfetaminas.

En la **población de estudiantes** se ha analizado la continuidad en el consumo de anfetaminas y alucinógenos, que en ambos casos son marcadamente superiores a las registradas en la población general. De los estudiantes que han probado las anfetaminas y los alucinógenos, el 77,1% y el 79,4%, respectivamente, persisten en su consumo en el último año y el 43,5% y 34,4% en el último mes. Por lo que respecta a los consumidores en el último año, el 56,4% continúa consumiendo anfetaminas en los últimos 30 días y el 43,3% alucinógenos.

9.4. EDADES DE INICIO

De las sustancias analizadas en este apartado, la que presenta una edad de inicio más precoz en la población de estudiantes de 14 a 18 años es la heroína, con 13,9 años. No obstante, esta edad hay que interpretarla con mucha cautela por ser muy escaso el número de alumnos que admiten haber consumido estas drogas, pudiendo, por tanto, experimentar importantes variaciones de una encuesta a otra. A continuación, se sitúa la edad de inicio en el consumo de alucinógenos (15,5 años), anfetaminas (15,6 años) y, por último, la edad de inicio en el consumo de inhalables volátiles (15,8 años), a las que resultan de aplicación las mismas precauciones que se han señalado para la heroína.

En general, desde 1994, hay una estabilidad en las edades de inicio del primer consumo de las sustancias psicoactivas analizadas en este apartado. En comparación con el año 2016, ha aumentado la edad de inicio en todas ellas salvo para la heroína.

Tabla 14. Evolución de la edad de inicio en los primeros consumos de drogas ilegales en los estudiantes de Castilla y León

	2016	2023
Anfetaminas	14,8	15,6
Alucinógenos	14,9	15,5
Heroína	14,1	13,9
Inhalables volátiles	13,5	15,8

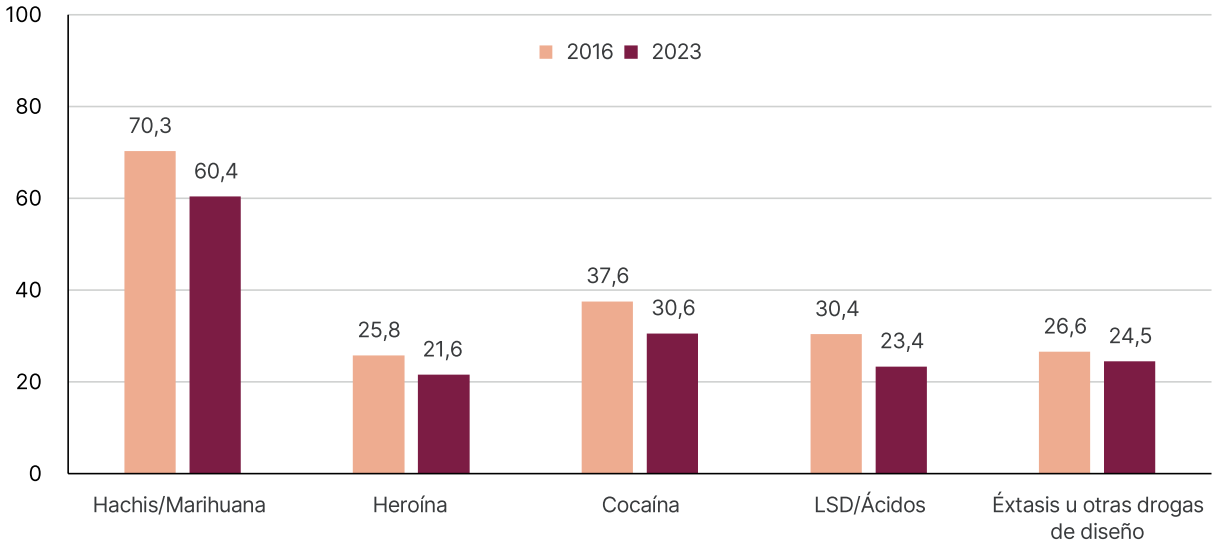
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

9.5. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

En la **población general** se produce un aumento en la accesibilidad percibida de algunas drogas, en concreto de la heroína y el éxtasis. En 2022, consideran que les resultaría fácil o muy fácil conseguir heroína un 19,2% de las personas encuestadas, 6 puntos porcentuales menos que en 2016, mientras que un 23,0% son de esta opinión cuando se les pregunta por éxtasis u otras drogas de síntesis, es decir, 6 puntos y medio porcentuales menos que cuatro años antes.

En el caso de la **población de estudiantes** de 14 a 18 años, la evolución de la disponibilidad percibida ha sido favorable para todas las drogas ilegales, sobre todo para la heroína, alucinógenos, GHB y cocaína. En concreto, un 21,6% de esta población manifiesta que les resultaría fácil o muy fácil conseguir heroína (25,8% en 2016), un 30,6% cocaína en polvo (37,6% en 2016) y un 23,4% alucinógenos (30,4% en 2016).

Figura 45. Evolución de la disponibilidad percibida de drogas ilegales en los estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

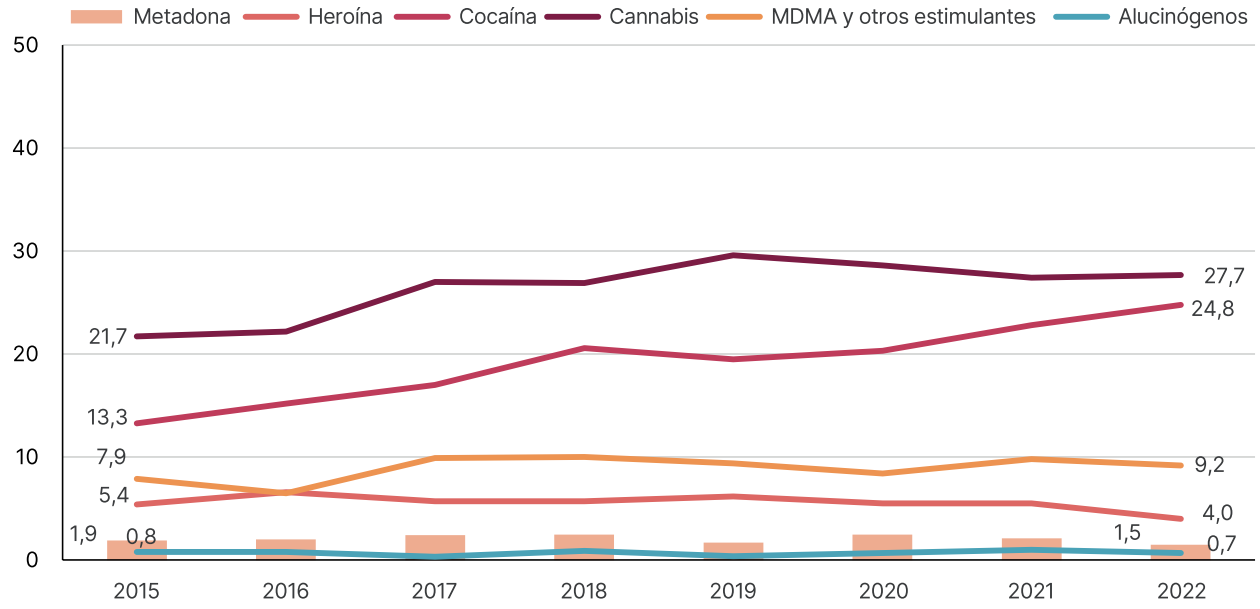
9.6. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Como se ha indicado en el apartado del alcohol, las modificaciones en la encuesta ESTUDES determinan que los problemas relacionados con el consumo de drogas se valoren de forma conjunta alcohol y otras drogas ilegales. Por tanto, se remiten los datos a la *Tabla 2*.

Un indicador sensible a las consecuencias negativas ocasionadas por el consumo de sustancias psicoactivas son las urgencias hospitalarias. Si se observa la tasa de urgencias debidas al consumo de drogas ilegales en las personas de más de 15 años, se ve un aumento en el año 2022, que es de 174 urgencias por 100.000 habitantes, respecto a 2015, 115 urgencias por 100.000 habitantes.

La proporción de urgencias por drogas ilegales del año 2022 se distribuye por igual entre hombres (52,0%) y mujeres (48,0%). Analizando todas las urgencias con unas o varias drogas relacionadas y dejando de lado los hipnóticos-sedantes y antidepresivos que suponen el 53,0% y el 16,5% respectivamente de todas las urgencias por drogas ilegales, las sustancias de comercio ilegal que más episodios ocasionan son el cannabis (27,7%), la cocaína (24,8%) y el MDMA y otros estimulantes (9,2%). Un 69,9% de las urgencias se han resuelto con alta médica y un significativo 20,5% necesitaron de ingreso hospitalario. Hay que destacar que, para todas las drogas, salvo para los hipnosedantes y antidepresivos, los episodios son más frecuentes en varones.

Figura 46. Evolución de las urgencias por consumo de drogas no institucionalizadas según la droga relacionada (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Si se analizan las urgencias de 2022 relacionadas sólo con un único grupo de sustancias (n=896), el 18,1% presentan cannabis y el 10,6% cocaína. En cuanto al peso en función del sexo, las prevalencias son superiores en los varones para la cocaína (17,2% vs. 5,1%) y el cannabis (27,3% vs. 10,4%). Respecto a las edades remarcar que en el caso de la cocaína el mayor porcentaje se da en el rango de 36 o más años (14,5%) y para el cannabis en el rango 18-35 (33,1%).

Las consecuencias negativas derivadas de la dependencia de drogas ilegales se analizan de forma específica en el capítulo de evaluación del VII Plan Regional sobre Drogas.

10. POLICONSUMO DE DROGAS

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) considera policonsumidor de sustancias psicoactivas a aquellas personas que han tomado dos o más drogas en un mismo periodo de tiempo. Se considera el consumo de tabaco para determinar esta condición. Utilizando este criterio, se puede considerar que el 38,0% de la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León encuestada en 2022 ha realizado un consumo múltiple de drogas en los últimos 12 meses, proporción sensiblemente superior a la registrada en 2015, que fue del 35,9%. Este aumento se produce sobre todo en los hombres en los que se incrementa casi 4 puntos (41,3% en 2022; 37,5% en 2015), ya que en las mujeres se mantiene en un porcentaje similar (34,7% en 2022; 34,4% en 2015), produciéndose así diferencias significativas a favor de los hombres.

El policonsumo de drogas es más frecuente en personas de 15 a 34 años (39,5%) respecto a personas de 35 a 64 años (37,5%), aunque sin diferencias significativas.

Tabla 15. Policonsumo por grupos de drogas consumidas en la población de 15 a 64 años de Castilla y León que han consumido sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses. Año 2022 (%)

GRUPOS DE DROGAS	2022
Alcohol y tabaco	58,5%
Alcohol e hipnosedantes	12,2%
Alcohol, tabaco y cannabis	9,2%
Alcohol, tabaco e hipnosedantes	7,9%
Alcohol, tabaco, hipnosedantes y cannabis	2,5%
Tabaco e hipnosedantes	1,9%
Alcohol, tabaco, cannabis y cocaína en polvo	1,7%
Alcohol y cannabis	1,7%
Otras combinaciones	4,4%

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Analizados de manera individual, el alcohol está presente en el 97,1% de los policonsumos, el tabaco en el 84,4%, los hipnosedantes en el 26,0% y el cannabis en el 18,1%.

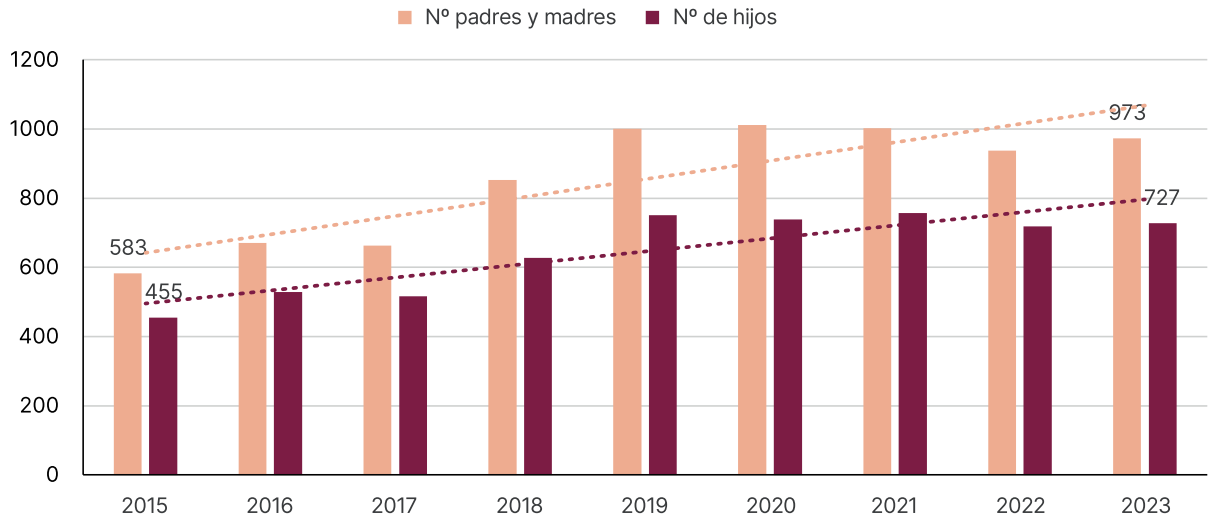
Siguiendo el mismo criterio, un 26,8% de la **población de estudiantes** es policonsumidora de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, habiéndose reducido respecto al 31,2% del año 2015. El policonsumo en 2023 se da en un 24,9% de los chicos y el 28,7% de las chicas, con diferencias significativas. El perfil más frecuente de policonsumo es el de un consumidor de alcohol y tabaco en el último mes (37,7% de los policonsumidores), seguido del consumo de alcohol, tabaco y cannabis (29,4%) y alcohol y cannabis (7,9%).

11. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN JUVENIL CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS ATENDIDA EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR INDICADA

Los programas de prevención familiar indicada se consolidaron en el año 2016, año en el que entraron en funcionamiento el total de los 11 programas ambulatorios, ya que se incorporó el Programa del Centro regional Zambrana. Todos ellos están acreditados y son gestionados por entidades del tercer sector que trabajan y tienen experiencia en el campo de la prevención y de la atención, así como por el ayuntamiento de León y el Centro Regional Zambrana. El número de casos atendidos por estos programas se ha incrementado de forma progresiva.

A través de estos programas se proporciona una respuesta educativa y terapéutica intensiva a adolescentes y jóvenes entre 12 y 21 años que conviven con la familia o están bajo la tutela de otros adultos, y que presentan un consumo nocivo de drogas y otro tipo de problemas, como inadaptación familiar, escolar y/o social; fracaso escolar; problemas de autocontrol y trastornos del comportamiento. Estos programas dan respuesta en el ámbito de la prevención a los casos más complejos, interviniendo de forma ambulatoria sobre el conjunto de la familia desde un abordaje psicoeducativo, tanto a nivel individual como grupal.

Figura 47. Evolución de los programas y participantes de prevención familiar indicada



Fuente: Informe prevención indicada. Comisionado Regional para la Droga.

En 2023 se han atendido a 764 casos, de los cuales el 56,7% han sido incorporaciones a los programas a lo largo del año y 35 casos han sido internos del Centro Regional Zambrana (22 nuevas incorporaciones). Aumentan en un 6,4% los casos atendidos totales y en un 40 % los atendidos por el programa del Centro Regional Zambrana, que suponen el 4,6% del total de casos. En total, los programas han intervenido con 973 madres, padres y otros adultos de referencia (572 madres, 330 padres y 71 otros adultos de referencia); 727 adolescentes y jóvenes (523 chicos y 664 familias).

Los porcentajes de casos por sexo se mantienen estables con ligero aumento de las chicas, en torno a un 72,5 % son chicos y un 27,5% son chicas. Del total de las 902 madres y padres, el 86,1% fueron madres y en el 40,4% de los casos hubo una implicación de la familia completa (habiendo aumentado respecto a los datos de 2022 en el que la implicación completa sucedió en el 38,5% de los casos). El porcentaje de jóvenes extranjeros atendidos por los programas se eleva ligeramente pasando de un 10% en 2021 a un 11,1% en 2023.

El 43,5% de los casos llegó al programa por propia iniciativa, el 24,1% por derivación de los servicios sociales básicos y especializados de servicios sociales, el 20,6% por deriva-

ción de las Subdelegaciones del Gobierno y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, el 12,7% de los servicios de orientación de los centros educativos, el 12,0% de las Unidades de Intervención Educativa (UIE), el 9,3% de los servicios de salud mental, el 2,5% de los recursos sanitarios de atención primaria y el 2,3% de los juzgados de menores.

En relación con el lugar de residencia, el 58,8% de los casos vivía en la capital de la provincia, el 29,2% en localidades menores de 20.000 habitantes y sólo el 11,8% en ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes que no son capitales de provincia.

La convivencia habitual de los participantes fue en un 42,4% con el padre y la madre (46,2% entre los chicos y 32,4% entre las chicas), en un 34,2% con el padre o madre separados o divorciados (31,9% entre los chicos y 40,0% entre las chicas) y en el 7,2% de los casos con padre/madre monoparental (7,6% entre los chicos y 6,2% entre las chicas). En un 4,8% de los casos (n=37), los adolescentes/jóvenes convivían en centros residenciales de protección a la infancia, siendo este tipo de convivencia más frecuente entre las chicas (4,0% entre los chicos y 7,1% entre las chicas).

La edad media de los participantes fue de 16,3 años (± 1,8 Desviaciones Estándar), similar en hombres (16,3 años) y en mujeres (16,1 años). Para quienes consumían alcohol fue de 16,2 años (chicos 16,5; chicas 15,6), entre los que consumían cannabis o con policonsumo fue de 16,3 años, similar en ambos sexos. Los casos con consumos de otras drogas presentaron la mayor edad media (16,4 años); siendo para las chicas la edad media de 16,9 años y para los chicos de 16,1 años.

En cuanto a la situación laboral actual de los casos de 2023, el 78,4% estudiaba en ese momento, con predominio de mujeres frente a hombres (83,3%; 76,5%), y de menores de 18 años frente a mayores de edad (84,8%; 50,4%). Hay que destacar que el 13,1% ni estudiaba ni trabajaba, siendo más frecuente esta situación entre los hombres que entre las mujeres (14,1%; 10,5%), y en el grupo de 18 o más años que en los menores (24,1%; 10,6%).

El máximo nivel de estudios completados fue la educación primaria (34,7%), seguida del primer ciclo de educación secundaria (1º y 2º de ESO: 33,1%) y el segundo ciclo de educación secundaria (3º y 4º de ESO 23,8%). La educación primaria la terminaron en mayor proporción los hombres que las mujeres (35,4%; 32,9%) y en mayor número los menores de 18 años que los mayores de edad (37,9%; 20,6%). En cuanto a la educación secundaria obligatoria, el segundo ciclo lo completaron menos hombres que mujeres (22,2%; 28,1%). Por grupo de edad, el primer ciclo de ESO lo completaron el 36,4% de los menores de edad y el segundo ciclo lo completaron el 32,6% de los de 18 y más años.

Respecto a la adaptación escolar, la situación fue adecuada en el 36,8% de los casos, seguida del fracaso escolar (30,5%) y del absentismo (29,7%). Por sexos, la adaptación

escolar adecuada y el absentismo fueron más frecuentes entre las mujeres (39,0% y 32,4%) que entre los hombres (35,9% y 28,7%), mientras que el fracaso escolar fue más frecuente en hombres (32,3%) que en mujeres (25,7%). Por edad, el absentismo escolar fue más frecuente en menores de 18 años (31,5%) que en los mayores (22,0%) mientras que la adaptación escolar adecuada fue más frecuente en los mayores de edad (45,4%) que en los menores (34,8%). Por último, el fracaso escolar fue más frecuente en menores de 18 años (31,1%) que en los mayores (27,7%).

En relación con la adaptación familiar, solo el 23,4% de los casos tuvo una adaptación familiar adecuada, mientras que el resto tuvo conflictos familiares (40,2%), problemas de disciplina (28,0%) y dificultades de comunicación (20,7%). En función del sexo, la adaptación familiar adecuada fue más frecuente en hombres (25,1%) que en mujeres (19,0%), así como los problemas de disciplina y las dificultades de comunicación (28,7% y 21,8% vs. 26,2% y 17,6%). Los conflictos familiares fueron más frecuentes entre las mujeres (49,0%) que entre los hombres (36,8%). Respecto a la edad, la adaptación familiar adecuada fue más común en menores de edad (23,9%; 21,3%), al igual que los problemas de disciplina (29,9%; 19,9%). En cambio, los conflictos familiares fueron más frecuentes en mayores de edad (48,2%; 38,4%).

La adaptación social fue adecuada en el 51,2% de los casos, presentando el 26,8% conductas antisociales y dificultad en las relaciones o aislamiento social el 17,3%. La adaptación social adecuada fue más frecuente en la mujer (53,3%) que en el hombre (50,4%) y similar en ambos grupos de edad. Las conductas antisociales fueron más frecuentes entre hombres (29,6%) que entre mujeres (19,5%) y más frecuentes en el grupo de menores de 18 años (27,6%) que en los mayores de edad (23,4%). Las relaciones de aislamiento se observaron con más frecuencia entre las mujeres (21,0%) que entre los hombres (15,9%) y en mayores de edad (22,7%) que en menores (16,1%).

Presentaron trastornos mentales estabilizados el 17,5% de los casos, siendo superiores entre los chicos (18,2% vs. 15,7%), y también en mayores de edad que en menores (19,9% frente a 17,0%). Tenían pautado tratamiento farmacológico el 16,4% del total de casos, con cifras más altas en las chicas (20,5%) que en los chicos (14,8%).

Además, el 22,4% de los casos tuvo algún problema jurídico o penal, más frecuentes entre los hombres (24,0%) que entre las mujeres (18,1%), y similares en ambos grupos de edad. La cifra total es casi idéntica a la del año 2022, incrementándose levemente el porcentaje de chicas (14,2% en 2022).

La edad media del inicio del consumo se situó en los 14,2 años para el alcohol, el cannabis y el policonsumo. Para el resto de las drogas, la edad fue 14,6 años en los chicos y 14,3 en las chicas. La edad media al inicio del consumo problemático se situó en los 15,3 años, siendo similar en todas las drogas.

La droga principal que motiva la inclusión en los programas ha sido el cannabis (86,1%), ya sea por su consumo de forma aislada (34,2%), combinado con tabaco (31,8%), con tabaco y alcohol (10,7%), y a distancia el cannabis con tabaco y otras drogas (3,1%). Respecto a los datos de 2022, aumenta en 4,5 puntos porcentuales los consumidores sólo de cannabis, se mantienen los de cannabis y tabaco y los de cannabis y alcohol, y disminuyen 5 puntos quienes consumen cannabis, tabaco y alcohol. El consumo de cannabis, sólo o con tabaco, es mayor en hombres que en mujeres (68,4%; 59,6%), y mayor en los menores de 18 años (67,4%) que en los de mayor edad (59,5%).

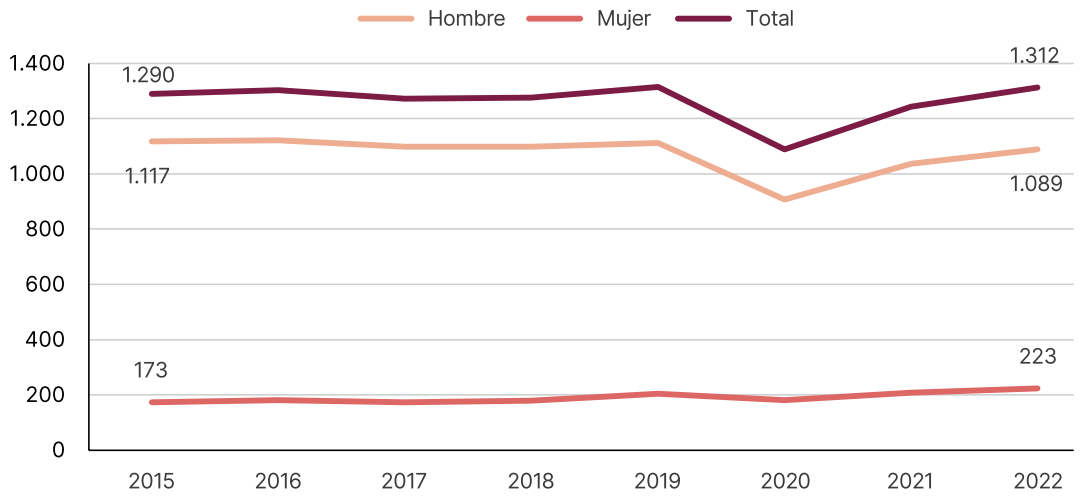
El alcohol es la segunda droga que por sí sola origina la inclusión en los programas (8,2% de los casos), con predominio de las chicas (11,4%) frente a los chicos (7,0%) con cifras muy similares en los menores de 18 años (8,2%) y en los mayores de 18 años (8,5%). El policonsumo representa el 54,7% de los casos (ha descendido en 4,4 puntos porcentuales), siendo prácticamente igual en mujeres (54,3%) que en hombres (54,9%) y ligeramente superior en menores de edad (54,9%) que en los mayores (53,9%). Las combinaciones más frecuentes son aquellas que asocian el consumo de cannabis con otras sustancias, tal y como se ha indicado anteriormente.

12. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO ADICTIVO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS) EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

Para analizar el problema del consumo de drogas ilegales, otro aspecto fundamental es valorar la situación, los perfiles y las pautas de consumo entre las personas con adicción a drogas en tratamiento. Parte de la información disponible se describe aquí y otra parte en la evaluación del VII Plan, por lo que para tener una visión completa de las características de los usuarios de drogas ilegales hay que realizar una lectura conjunta de este punto y del capítulo siguiente.

Según los datos del SAITCyL del año 2022, el número de admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas fue 1.312, lo que supone el 65,0% de todas las admisiones a tratamiento. Este porcentaje es tres puntos porcentuales inferior al registrado en 2015, lo que puede estar indicando un menor peso de las drogas ilegales en la demanda de tratamiento.

Figura 48. Evolución de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas no institucionalizadas en la población de Castilla y León



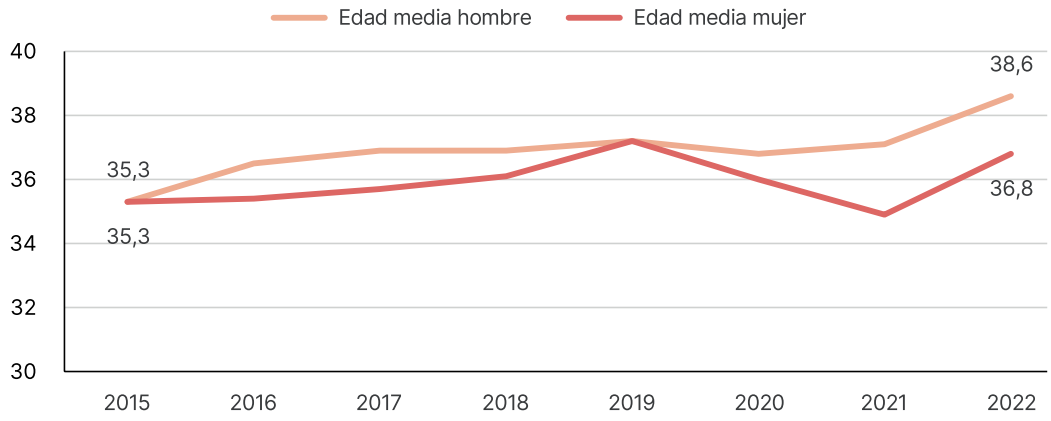
Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

Si se analiza la tasa de personas con adicción a drogas ilegales admitidos a tratamiento por 100.000 habitantes, se observa que ésta prácticamente no varía, pasando de 49,9 en 2015 a 53,3 en 2022. Esta variación es similar si el análisis se hace sobre el rango de edad de 15 a 44 años (112,8 en 2015; 117,6 en 2022).

El perfil de las personas atendidas de forma ambulatoria, según el indicador, presenta pocas variaciones a lo largo del tiempo. Como rasgos más destacados de este perfil se pueden señalar los siguientes correspondientes al año 2022:

- El 83,0% son varones, predominio que se constata en todos los recursos asistenciales, tanto en CAD (81,9%), como en centros de día (83,3%) y centros penitenciarios (89,8%).
- La edad media es de 38,3 años, cuando en 2015 era de 35,3 años. Este envejecimiento es apreciable en todos los recursos asistenciales. En los CAD, la edad media ha pasado de 35,2 años en 2015 a 38,2 años en 2022, en centros de día de 34,8 a 37,1 años y en centros penitenciarios, de 37,8 a 42,0 años.
- La inmensa mayoría de los pacientes ha nacido en España (87,3%), aumentando ligeramente el número de personas en tratamiento que han nacido en otros países (8,8% en 2015; 12,7% en 2022).
- El 78,4% de las personas consumidoras de drogas ilegales en tratamiento vive en su casa, el 44,9% está desempleado y el 44,7% tiene estudios secundarios y el 32,9% estudios primarios.

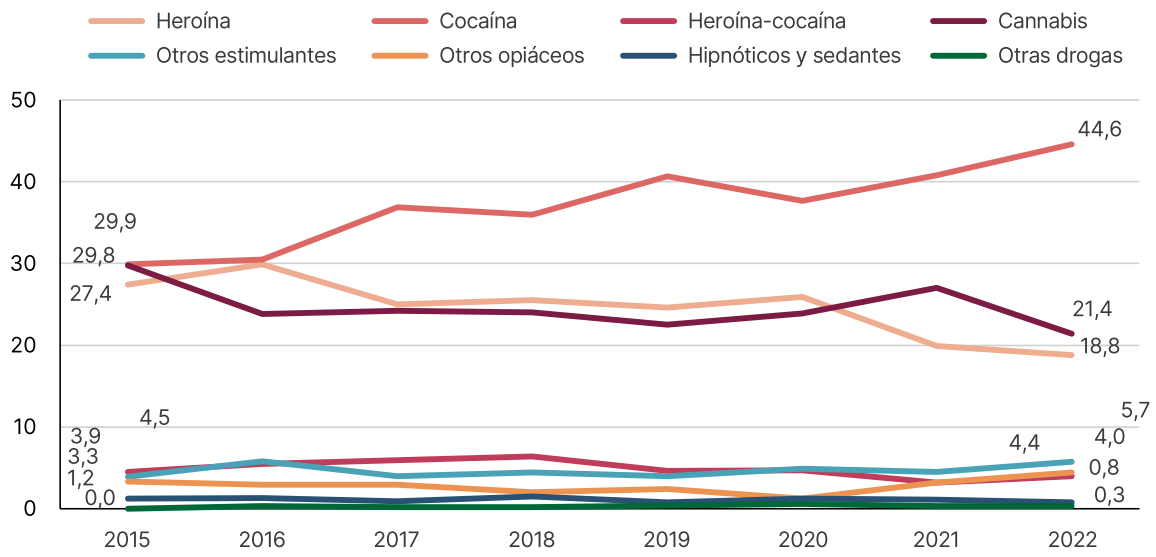
Figura 49. Evolución de la edad media de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas en Castilla y León



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

- El inicio en el consumo de la droga principal que origina el tratamiento es a los 19,4 años, mientras que la del consumo problemático es poco tiempo después, a los 23,9 años. El número medio de años de consumo de la droga principal cuando inician el tratamiento es de 18,8 años, habiendo aumentado respecto a 2015 en el que era de 16,2 años.
- Respecto a la droga principal que origina el tratamiento, hay que destacar el marcado ascenso de la cocaína en las admisiones a tratamiento ambulatorio, que pasa del 29,9% en 2015 al 44,6% en 2022. Así mismo, se produce una disminución de la heroína, cuyo peso actual es el 18,8%, ocho puntos y medio porcentuales menos que en 2015. Hay que tener en cuenta además que a partir de 2003 se recoge la mezcla heroína-cocaína como una nueva categoría de droga principal, que en 2022 supone el 4,0% de las admisiones a tratamiento.
- En los últimos años, el consumo simultáneo de varias drogas es frecuente en la población drogodependiente, aunque parece que se está frenando. En 2022, el 24,8% de los usuarios de sustancias ilegales consumen dos o más drogas, frente al 32,3% de 2015. La combinación más frecuente de drogas entre los policonsumidores es heroína y cocaína, 10,3%, seguida de cocaína y alcohol, 5,3%, y heroína, cocaína y alcohol, 1,4%.
- En 2022, la vía más frecuente de consumo sigue siendo la pulmonar o fumada en el 50,8% de los casos (61,4% en 2015), seguida de la esnifada (38,1% en 2022; 27,6% en 2015). La vía inyectada sigue descendiendo, pasando de un 4,5% en 2015 a un 2,5% en 2022.

Figura 50. Evolución de la droga principal que motiva el tratamiento en las personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) en Castilla y León (%)



Fuente: Sistema Autonómico de información sobre Toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

13. ADICCIONES SIN SUSTANCIA (JUEGO CON DINERO Y VIDEOJUEGOS) Y USO COMPULSIVO DE INTERNET

Las adicciones sin sustancia o comportamentales, con especial énfasis en el juego de apuestas (presencial u online) se han incorporado recientemente a la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Desde el año 2014 se han incluido en la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) una serie de módulos para conocer el alcance que el juego con dinero tiene sobre la población general, con el objetivo de analizar las conductas relacionadas con estos comportamientos. En el año 2020 se inició el pilotaje del nuevo indicador de admisiones a tratamiento por adicciones sin sustancia, que en el caso de Castilla y León se centra en el trastorno por juego patológico.

13.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

En el año 2018 se inicia la valoración del riesgo de jugar con dinero o realizar apuestas y la utilización problemática o compulsiva de internet. La evolución de la percepción del riesgo en relación con los juegos con apuestas semanales aumenta de forma significativa de 2019 a 2022, siendo significativamente mayor entre las mujeres.

Sin embargo, la percepción del riesgo respecto a la utilización de más de 3 horas de internet fuera del contexto laboral desciende significativamente. Además la percepción del riesgo es significativamente mayor entre las mujeres.

Tabla 16. Percepción del riesgo respecto al juego con apuestas y la utilización de internet en población general de Castilla y León (EDADES) (%)

Bastantes o muchos problemas (%)	2019	2022	Hombre 2022	Mujer 2022
Jugar a **juegos con dinero o apuestas** con una frecuencia al menos **semanal**	66,8	75,1	73,1	77,1
Emplear **más de 3 horas diarias** a actividades que requieran el **uso de internet** sin considerar el tiempo empleado en tareas escolares o laborales	73,8	70,3	65,8	75,0

Fuente: Pregunta R1 cuestionario EDADES

13.2 FRECUENCIA DEL JUEGO CON DINERO, VIDEOJUEGOS Y USO COMPULSIVO EN INTERNET

13.2.1. Juego con dinero

Según la encuesta sobre alcohol y drogas EDADES 2021/22, el 3,8% de la **población de 15 a 64 años** ha jugado dinero en internet en los últimos 12 meses y el 54,0% lo ha hecho presencialmente. Con respecto a la encuesta anterior de 2019, disminuye significativamente tanto el juego online (9,4%) como el juego presencial (68,2%). Los datos de Castilla y León son superiores a la media nacional tanto en el juego online como en el presencial.

Los hombres juegan dinero en mayor medida que las mujeres, tanto online (6,0% de los hombres, 1,5% de las mujeres, con diferencias significativas) como de forma presencial (56,7% de hombres, 51,3% de mujeres, sin diferencias significativas).

Según grupo de edad, el juego presencial es significativamente menor entre personas de 15 a 34 años (37,6%), que en personas de 35 a 64 años (60,7%). En cambio, el juego online es significativamente superior en personas de 15 a 34 años (5,9% vs. 2,9%).

Para valorar el juego problemático de dinero se ha aplicado en 2022 la ***escala DSM-V.*** Según esta escala, en Castilla y León el 0,7% de la población general puede tener un posible juego problemático o trastorno del juego, superior en hombres (0,7%) que en mujeres (0,6%), aunque sin diferencias significativas. Tampoco se aprecian diferencias entre personas de 15 a 34 años (0,4%) y personas de 35 a 64 años (0,8%). Sí que se detectan diferencias significativas respecto al porcentaje de juego problemático de la encuesta de 2019 (2,1%).

En la **población de estudiantes** de 14 a 18 años (ESTUDES 2022), el 10,9% ha jugado dinero en internet en los últimos 12 meses y el 23,3% lo ha hecho presencialmente. Con respecto a la encuesta de 2016, tanto el juego online como el presencial han aumentado significativamente (6,3% online, 14,3% presencial). Los datos de juego con dinero son superiores a la media nacional. Por sexo, los chicos juegan dinero en mayor medida que las chicas, tanto online (17,8% chicos, 4,5% chicas) como de forma presencial (30,6% chicos, 16,3% chicas).

La edad media de inicio del juego con dinero es de 15,0 años para el juego presencial y 14,9 para el online, sin diferencias significativas entre chicos y chicas.

Para valorar el juego problemático de dinero se ha aplicado la ***escala Lie Bet.*** Según esta escala, en Castilla y León, en 2022, el 3,9% de los estudiantes puede tener un patrón de juego problemático, habiendo aumentado respecto a la encuesta de 2018 (3,6%), sin diferencias significativas. El juego problemático con apuestas es significativamente superior en los chicos (6,0%) que en las chicas (2,0%) y la prevalencia del juego problemático de Castilla y León está por encima de la media nacional (2%).

13.2.2. Uso problemático de los videojuegos

En **población de 15 a 64 años,** el porcentaje de población que refirió haberse gastado dinero jugando a los videojuegos en los últimos 12 meses fue en 2017 del 0,1%, tanto presencial como online, en 2019 del 0,8% online y del 0,5% presencial y en 2022 del 0,3% online y del 0,1% presencial.

El uso de videojuegos en los últimos 12 meses en los **estudiantes** de Castilla y León se sitúa en el 82,7%, en los últimos 30 días en el 79,8% y diariamente en el 48,5%. Respecto a los datos de la encuesta de 2018 no se detectan diferencias significativas. Comparando los datos con la media nacional, la utilización de los videojuegos en Castilla y León es significativamente superior en los últimos 30 días (69,9%) y significativamente menor en el uso diario (53,2%).

Para valorar la posible adicción a los videojuegos se ha aplicado la ***escala DSM 5.*** En Castilla y León, el 3,5% de los estudiantes puede estar haciendo una utilización problemática de los videojuegos, significativamente superior en los chicos (5,6%) que en las chicas (1,4%) e inferior a los datos nacionales (5,1%).

13.2.3. Uso problemático o compulsivo de internet

Se considera que una persona tiene un posible uso compulsivo de Internet cuando alcanza una puntuación igual o mayor a 28 en la escala ***Compulsive internet use scale*** (CIUS). El 2,0% de la **población de 15 a 64 años** de Castilla y León hace un posible uso

compulsivo de internet, similar en hombres (2,1%) que en mujeres (1,9%). Por grupo de edad, es significativamente mayor en personas de 15 a 34 años (5,7%) que en personas de 35 a 64 años (0,6%). Respecto a la encuesta anterior (4,1%), el uso compulsivo de internet ha disminuido 2 puntos situándose por debajo de la media nacional.

En 2022, el 18,1% de los **estudiantes** de Castilla y León hace un posible uso compulsivo de internet, cifra menor a la de 2016, que se situaba en el 21,4%. Este uso compulsivo es significativamente mayor en las chicas (20,4%) que en los chicos (15,4%) e inferior a la media nacional (20,5%)

13.3. EDAD DE INICIO

La edad media de inicio del juego con dinero en la población estudiante de Castilla y León (ESTUDES 2022) se mantiene estable entorno a los 15,0 años, tanto para el juego presencial como el online, las edades de inicio son similares en chicas y chicos, ya que no se detectan diferencias significativas.

Tabla 17. Edades de inicio de la utilización del juego con dinero en población escolar de castilla y León (ESTUDES)

Tipo de Juego	2018	2020	2023	Chicos 2023	Chicas 2023
Jugar Online	14,8	15,2	14,9	15,0	14,8
Jugar Presencial	14,6	14,0	15,0	15,1	14,7

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Comisionado Regional para la Droga.

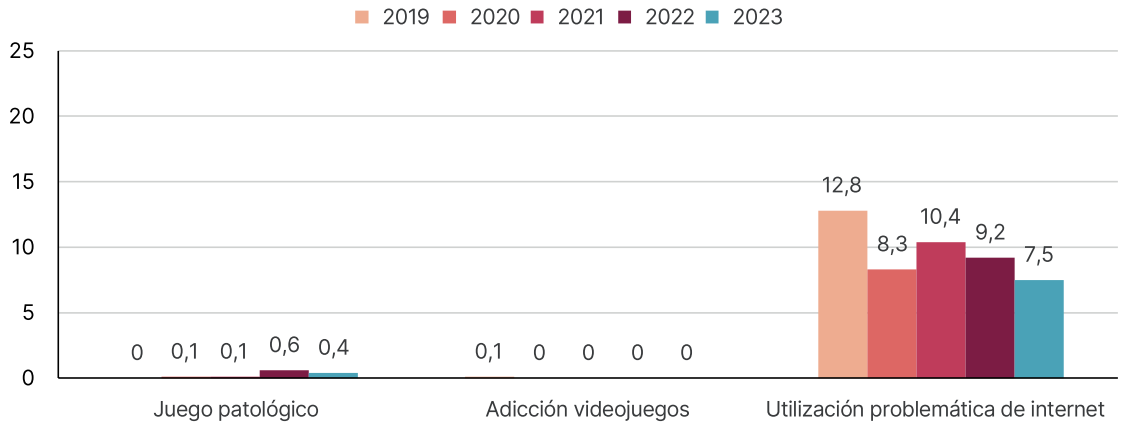
13.4. PROBLEMAS RELACIONADOS

13.4.1 Casos prevención indicada

En 2019, en los programa familiares de prevención indicada se inició el registro de la presencia de juego patológico y adición a los videojuegos. Respecto al juego patológico sólo se han detectado casos en chicos. En los años 2020 y 2021 se detectó 1 caso en cada año lo que representaba el 0,1%, en 2022 4 casos (0,6%) y en 2023 3 casos (0,4 % del total de casos atendidos). En el caso de la adicción a los videojuegos sólo se detectó un chico en 2019 que representaba el 2,0%.

Por otro lado, se valoró también el uso problemático de las nuevas tecnologías mediante el cuestionario CIUS (valor ≥28) que se utiliza también en la encuesta escolar ESTUDES. En esta problemática, las chicas están más representadas que los chicos. La presencia de esta problemática varía del 12,8% detectada en el año 2019 (4,2% chicos y 11,7% en chicas) al 7,5% del año 2023 (5,1% en chicos y 13,8% en chicas). Los porcentaje de casos son similares en el grupo de menores de edad y de mayores de edad.

Figura 51. Porcentaje de casos con problemas asociados al consumo atendidos en los programas de prevención indicada



Fuente: Informe casos atendidos por los programas de prevención indicada. Comisionado Regional para la Droga.

13.4.2. Indicador de admisiones a intervención y tratamiento ambulatorio por juego patológico

Este indicador recoge el número de personas admitidas a intervenciones y tratamiento ambulatorio por juego patológico, en centros y programas de apoyo de entidades del tercer sector, en un año determinado, en la comunidad autónoma de Castilla y León.

En 2022, ocho entidades de seis provincias ha intervenido con personas con problemas de juego patológico. El total de casos notificados fue de 191, de los que el 67,0% correspondieron a la provincia de Valladolid, seguida de León con el 21,0%.

De las 191 personas que iniciaron tratamiento ambulatorio por juego patológico, el 91,6% fueron hombres. La mayoría de los admitidos a tratamiento vivían en una casa, piso o apartamento (97,9%), y convivían con familia de origen (38,7%) o con pareja e hijos (20,9%). El 59,7% no tenía hijos, el 19,9% tenía un hijo y el 16,2%, dos.

La edad media al inicio del tratamiento fue de 38 años (siendo en hombres de 37,3 años y para mujeres los 45,8 años) (rango 18-78 años; desviación estándar 11,7 años; moda 38 años); siendo menor la media de edad para el juego online (32,2 años) y mayor para el presencial (42,0 años), y también superior en mujeres (45,8 años) que en hombres (37,3 años). La edad media de inicio del juego fue de 24,5 años (rango 14-70 años; desviación estándar 8,9 años; moda 18 años). El inicio fue más precoz en los hombres (24 años de media) que en las mujeres (29,6 años de media). No hubo ningún caso menor de 18 años. La edad de inicio fue más precoz en el trastorno por juego presencial (media de 25,6 años), seguido del online (media de 22,9 años) y del mixto (22,8 años). El número medio de años de utilización del juego fue de 13,5 años (rango 0-20 años; desviación estándar 9,9 años; moda 11 años) encontrando este año que la media de permanencia en el juego antes del tratamiento ha sido mayor en mujeres (16,1 años) que en hombres (13,2 años).

La situación laboral más frecuente fue con trabajo (73,8%), el desempleo estuvo presente en el 14,7%, seguido de la incapacidad (7,3%) y los estudios en el 2,6%. El máximo nivel de estudios completado por los casos fue bachillerato o un ciclo formativo (30,4%), seguido de la educación primaria obligatoria (26,7%) y de educación secundaria obligatoria (20,9%). Habían completado estudios superiores un 16,2%.

Todas las mujeres admitidas a tratamiento procedían de su domicilio (100%), así como el 97,7% de los hombres, seguidos de un 1,1% que procedían de prisión y un 0,6% de otras instituciones y otro 0,6% de otro lugar.

El 60,6% de los hombres no tenían hijos, porcentaje que descendía al 50,0% en el caso de las mujeres. En cuanto a la convivencia, la mayoría de las mujeres convivían con sus padres o familia de origen (37,5%), al igual que la mayoría de los hombres (38,9%).

Las mujeres admitidas habían completado estudios superiores (31,3%) o el bachillerato o un ciclo formativo en mayor proporción (31,3%) que los hombres. El perfil de los hombres este año muestra que mayoritariamente han terminado el bachillerato o un ciclo formativo (30,3%), o tienen educación primaria (26,9%), seguido de educación secundaria (21,7%).

En cuanto a la situación laboral, el 56,3% de las mujeres trabajaban con contrato indefinido o eran autónomas, frente al 75,4% de los hombres. Un 14,9% de los hombres estaban en situación de desempleo, frente a un 12,5% de las mujeres. Destaca este año que el 25,0% de las mujeres en tratamiento informan de estar en situación de incapacidad, frente a un 5,7% de los hombres.

La mayoría de los pacientes refirieron iniciar tratamiento por iniciativa de familiares o amigos (53,4%) o por iniciativa propia (35,1%). En cuanto a los hombres, acudieron en su mayoría por iniciativa de familiares o amigos (54,3%) o por iniciativa propia (34,9%). En el caso de las mujeres fue menor el porcentaje que acudió por iniciativa de familiares o amigos (43,8%) y mayor por iniciativa propia (37,5%); un 12,5% de las mujeres acudió a tratamiento por consejo de los Servicios Sociales.

La mayor parte de las personas admitidas a tratamiento nunca había recibido tratamiento previo por alguna adicción (70,7%). Quienes habían recibido un tratamiento previo, el 23% habían recibido tratamiento sólo para el juego patológico y el 4,2% por adicción al juego junto con otra adicción.

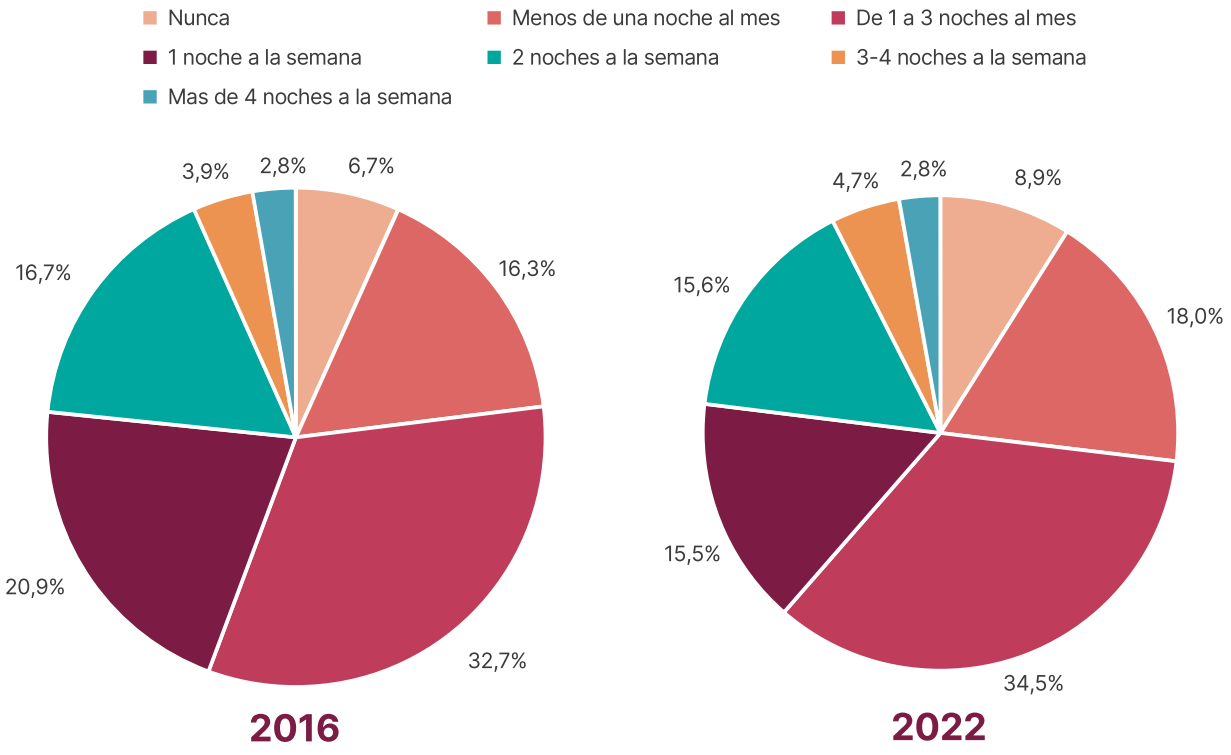
En el tipo de acceso al juego en los pacientes que iniciaron tratamiento se encontró en primer lugar el juego presencial (59,2%), seguido del online (31,4%), el trastorno por juego mixto (8,9%) y el trastorno por uso compulsivo de videojuegos (0,5%). En las mujeres predominaba aún más el acceso presencial (93,8%).

14. OTROS DATOS DE INTERÉS

14.1. PATRONES DE OCIO

Los datos de la encuesta ESTUDES muestran que un 8,9% de la **población de estudiantes** de Castilla y León no sale nunca por las noches, un 18,0% sale menos de una noche al mes, un 34,5% lo hace una o tres veces al mes y un 38,6% sale una o más noches a la semana. Por lo que se produce un aumento del porcentaje de quienes no salen y una disminución de quienes salen más de una noche al mes.

Figura 52. Evolución de la frecuencia de salidas nocturnas de los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León

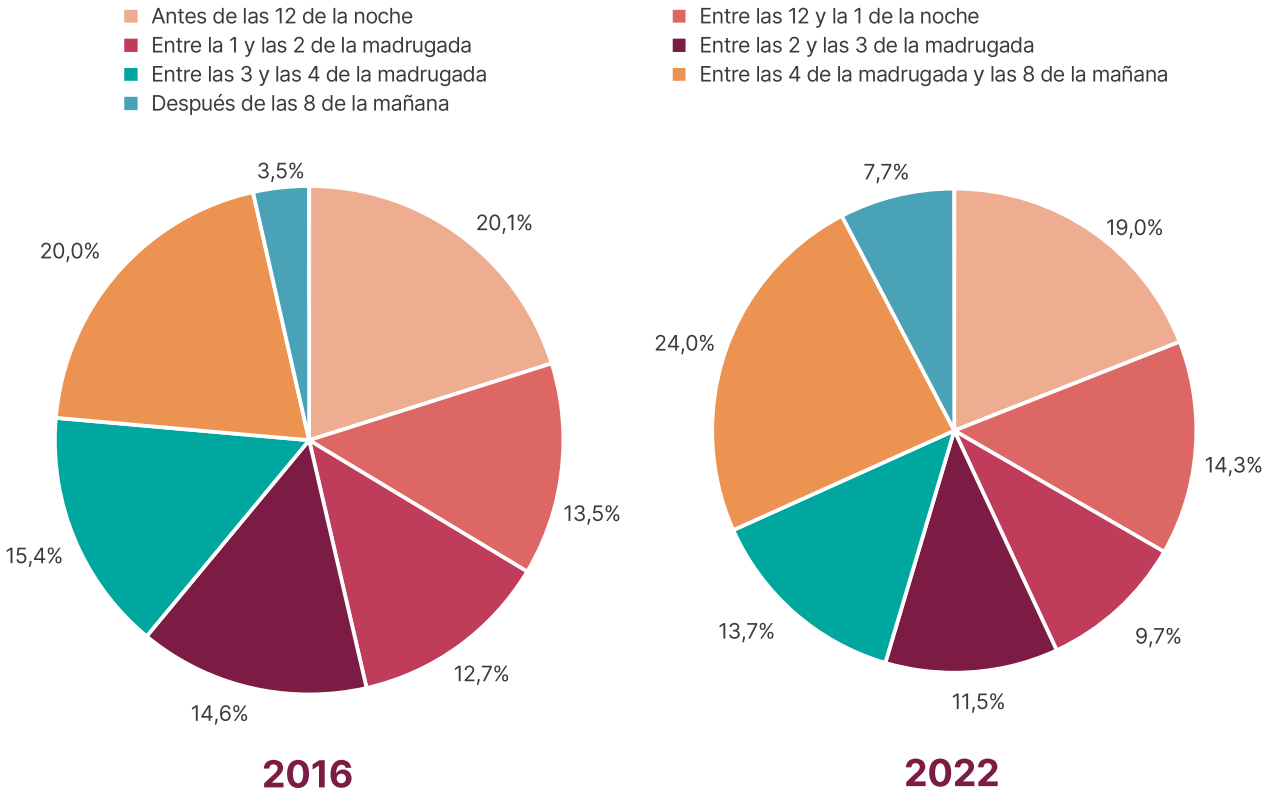


Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En relación con la hora de llegada a casa de los estudiantes de la Comunidad que salen por las noches, el 19,0% llega antes de las 24:00 horas, el 24,0% entre las 24:00 y las 2:00 de la madrugada, y el 56,9% después de las 2:00 de la madrugada.

Comparando los datos con los obtenidos en el año 2016, la proporción de escolares que llegan a casa antes de las 24:00 es actualmente 1,1 puntos inferior, el porcentaje de los que llegan entre las 24:00 y las 2:00 horas es 2,0 puntos inferior, mientras que los que llegan después de las dos de la madrugada es 3,3 puntos porcentuales superior.

Figura 53. Evolución de la hora de regreso a casa de los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León cuando salen por la noche



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

14.2. VALORACIÓN DE POSIBLES ACTUACIONES PARA HACER FRENTE AL PROBLEMA DEL ABUSO DE DROGAS

Desde el punto de vista de la planificación es importante conocer el estado de opinión de la población general sobre las diferentes actuaciones que se están desarrollando para afrontar el problema del uso, abuso y dependencia de las drogas en la Comunidad Autónoma.

Para la **población de 15-64 años** de Castilla y León (EDADES 2021-2022) de todas las opciones planteadas, las actuaciones de prevención que fueron valoradas en mayor medida como muy importantes fueron la prevención en el ámbito escolar y la asistencia e incorporación social de drogodependientes, 93,6% y 90,2% respectivamente. En cambio, el tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga únicamente fue valorada como muy importante por el 60,9%. Las siguientes acciones preventivas con alta valoración fueron el control policial y de aduanas (84,4%), seguidas de la legislación estricta contra las drogas (81,6%) y de campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas (81,6%).

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la administración médica de metadona a los consumidores de heroína fue valorada como muy importante por el 71,3%, y la administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos por el 63,9%.

*Tabla 18. Actuaciones valoradas por la población general como muy importantes para afrontar el problema de las drogas ilegales. Castilla y León. Años 2015-2022 (EDADES)**

Actuaciones consideradas como muy importantes %	2015	2017	2019	2022
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	78,8	80,0	82,8	81,6
Educación sobre drogas en las **escuelas**	92,2	90,9	91,0	**93,6**
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	78,6	79,9	73,5	**90,2**
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	41,9	47,6	52,1	60,9
Administración médica de **metadona** a los consumidores de heroína	60,5	61,3	51,4	71,3
Administración médica de **heroína** por fracaso en otros tratamientos	43,7	48,2	38,9	63,9
Control policial y de aduanas	82,4	87,7	87,4	**84,4**
Leyes estrictas contra las drogas	76,2	83,5	81,5	81,6
Legalización del hachís y la marihuana	22,9	24,9	17,8	26,1
Legalización de todas las drogas	8,0	11,0	9,0	7,5

**Cálculo sobre la población con respuesta a la pregunta.*
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Una minoría de personas considera muy importantes medidas como la legalización del hachís y la marihuana (26,1%), con una tendencia al incremento de la valoración de esta acción en 3 puntos porcentuales, lo que puede estar mostrando la situación de debate social que existe en relación con este tema. Por último, la legalización de todas las drogas, tuvo una valoración del 7,5%, única actuación que desciende respecto a 2015 (8,0%).

*Tabla 19. Actuaciones valoradas por la población de estudiantes como muy importantes para afrontar el problema de las drogas ilegales. Años 2014-2023 (ESTUDES)**

Actuaciones consideradas como muy importantes %	2016	2018	2020	2023
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	51,3	45,8	45,0	41,1
Educación sobre drogas en las **escuelas**	77,4	79,1	79,2	**77,9**
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	70,4	70,1	70,8	**71,0**
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	63,8	60,6	57,8	58,2
Administración médica de **metadona** a los consumidores de heroína	61,4	57,8	45,6	56,6
Administración médica de **heroína** por fracaso en otros tratamientos	53,7	51,0	38,9	52,4
Control policial y de aduanas	69,5	68,8	65,9	**69,5**
Leyes estrictas contra las drogas	61,2	59,4	57,4	61,3
Legalización del hachís y la marihuana	35,9	29,6	24,5	25,2
Legalización de todas las drogas	24,0	15,1	13,2	17,4

**Cálculo sobre la población con respuesta a la pregunta.*
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas ESTUDES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Así mismo, las actuaciones que el **alumnado** de Castilla y León considera muy importantes para resolver el problema de las drogas son principalmente y en la línea de la población general, la educación en las escuelas, el tratamiento voluntario y el control policial. Respecto a 2016 se mantiene la importancia de casi todas las actuaciones, siendo significativo el descenso de campañas publicitarias (2016: 51,3% vs. 2023: 47,1%), legalización del cannabis (2016: 35,9% vs. 2023: 25,2%) y legalización de todas las drogas (2016: 24,0% vs. 2020: 17,4%).

15. CONCLUSIONES

15.1. PERCEPCIÓN DEL RIESGO

La percepción del riesgo (el consumo genera bastantes o muchos problemas) en la población general asociada al consumo tabaco se mantiene en porcentajes elevados por encima del 95% y el del alcohol en porcentajes bajos, por debajo del 60% para los atracones y el consumo diario. Se detecta un aumento del riesgo percibido asociado al consumo de cigarrillos electrónicos, analgésicos opioides y al juego con dinero. Sin embargo, desciende el riesgo asociado al consumo de cannabis fumado una vez por semana o más, el de cocaína u otras drogas ilegales una vez al mes o menos, pero con porcentaje superiores al 85%. Por último, desciende la percepción del riesgo del uso de internet (más de 3 horas/día fuera de tareas laborales/académicas) situándose en el 70,3%. En el caso de la población escolar, la percepción del riesgo del consumo de tabaco de un paquete se mantiene en niveles altos y similares a la población general. Sin embargo, aumenta la percepción del riesgo del consumo habitual de cannabis (94,1%), y el consumo de alcohol (por encima del 60%).

La percepción del riesgo tanto para población general como escolar es superior entre las mujeres para todos los consumos menos los hiposedantes y los analgésicos opioides en población general y el consumo intensivo de alcohol en población escolar, en los que la percepción del riesgo es similar.

15.2. PREVALENCIAS DE CONSUMO O DE USO

15.2.1. Bebidas alcohólicas

En población general, el consumo de bebidas alcohólicas a diario y en el último mes presenta una tendencia ascendente, aunque disminuyen los consumos problemáticos (atracón, borracheras y AUDIT). El consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes se sitúan por encima de los promedios de España, sin embargo, los consumos más problemáticos son similares a la media nacional. Los datos de ESTUDES, de

la población de estudiantes de 14 a 18 años, indican una reducción en el consumo de alcohol especialmente en los de mayor frecuencia (último mes, consumo en atracón y borracheras), situándose por encima de la media nacional.

15.2.2. Bebidas energéticas

En población general, el consumo de bebidas energéticas aumenta significativamente, pero se sitúa por debajo de los datos nacionales. Lo mismo ocurre en población escolar, se ha elevado de forma significativa el consumo y los datos se sitúan por debajo de la media nacional.

15.2.3. Tabaco y cigarrillos electrónicos

El consumo de tabaco, en población general, se mantiene estable por debajo de los datos nacionales, no ocurre lo mismo con el consumo de cigarrillos electrónicos que desciende de forma significativa, con datos similares a los nacionales. En la población escolar descienden todos los consumos de tabaco, pero siguen estando por encima de la media nacional, aunque las diferencias han disminuido. Sin embargo, el uso de cigarrillos electrónicos se ha elevado de forma significativa, aunque por debajo de la media nacional.

Se constata una evolución positiva de las personas que se han planteado dejar de fumar o que lo han intentado, en población general, mientras que en población escolar este dato se mantiene estable.

15.2.4 Cannabis, hipnosedantes sin receta y otras drogas ilegales

Los consumos de **cannabis** en población general muestran un ligero ascenso, con un cambio final en dicha tendencia, salvo para los consumos más frecuentes e intensos (diario y problemático) que se mantienen estables. En población escolar, la tendencia es descendente en los consumos generales, sin embargo, el consumo problemático se ha elevado; por tanto, hay menos estudiantes que consumen, pero los consumidores, lo hacen con mayor frecuencia e intensidad. Los datos son inferiores a la media nacional en población general y similares en la escolar.

El consumo de **cocaína** se mantiene estable en ambas poblaciones, con oscilaciones principalmente en el consumo alguna vez en la vida en población general. Los datos de consumo son similares a los nacionales en población escolar y ligeramente inferiores en la general.

El consumo de **drogas de síntesis** alguna vez en la vida se eleva ligeramente y se mantienen los demás en población general y en escolar se elevan ligeramente. La población escolar presenta consumos por encima de la general. Los datos en Castilla y León están por debajo de la media nacional.

El consumo de **tranquilizantes sin receta médica** en población general se mantiene estable en niveles muy bajos y por debajo de la media nacional. El consumo en población escolar se encuentra estable tras la elevación en el periodo pandémico y es superior al de la población general, siendo el consumo alguna vez en la vida superior en chicas. Todos los datos de consumo se sitúan por debajo de la media nacional.

En general, la evolución de los consumos de **anfetaminas, alucinógenos, opiáceos e inhalables** ha sido favorable, descienden en la población de estudiantes y se mantienen estables o descienden, en unos valores muy bajos, los consumos en el último año y en el último mes en la población general. Tan sólo los consumos ocasionales (alguna vez en la vida) se han elevado ligeramente en la población general y escolar, estos consumos son inferiores a la media nacional.

15.2.5. Frecuencia de policonsumo

La proporción de policonsumidores de sustancias psicoactivas (incluyendo tabaco) en población general presenta una tendencia ascendente que se modera en la última encuesta. Sin embargo, en el caso de la población escolar se produce un descenso significativo de este tipo de consumo. En ambas poblaciones, los consumos son similares a la media nacional.

15.2.6. Juego con dinero, uso problemático de los videojuegos y de internet

Respecto al **juego con dinero** en población general se detecta una disminución de esta práctica tras la pandemia y también se reduce la prevalencia del juego problemático. El formato de juego presencial sigue siendo mucho más frecuente y la prevalencia media de Castilla y León es inferior a la nacional. En población de estudiantes se ha producido una elevación significativa del juego con dinero tanto en el formato presencial (el más frecuente), como el on-line, y el juego problemático. Los datos en el juego presencial y el juego problemático en estudiantes se encuentran por encima de la media nacional, siendo similares en el caso del juego on-line.

La **utilización problemática de los videojuegos** sólo se puede valorar de forma adecuada en la población de estudiantes a través de la encuesta ESTUDES que indica una situación estable en esta problemática en Castilla y León y con datos inferiores a la media nacional.

Por último, la **utilización problemática de internet** disminuye tanto en población general como entre estudiantes, volviendo a datos prepandemia que presentaban una tendencia ascendente, por lo que es necesario estar alerta en este tema. Además, las prevalencias en Castilla y León son inferiores a las nacionales.

15.2.7. Frecuencias de consumo y uso por sexo

En el caso de las drogas legales, las diferencias entre hombres y mujeres en población general son menos acusadas para el tabaco que para las bebidas alcohólicas, siendo en ambas drogas, mayor la diferencia en los consumos más intensivos. El consumo de bebidas energéticas con y sin alcohol, es significativamente mayor en los hombres que en las mujeres. Respecto a las drogas ilegales también existe un claro predominio masculino, tanto en intensidad como en frecuencia. La única excepción a esta situación de masculinización de los consumos es el de tranquilizantes sin receta médica, ya que los consumos son muy bajos y no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En la población de estudiantes, las diferencias entre hombres y mujeres no reproducen el mismo patrón que en la población general. Se constata la equiparación en el consumo de buena parte de las drogas analizadas, salvo para el consumo de tabaco alguna vez en la vida y en el último año en el que las chicas superan a los chicos; y en el consumo de cannabis en el último año y en el último mes y el policonsumo que son los chicos los que se sitúan por encima. Respecto al consumo de hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida, es superior entre las mujeres.

Los patrones de utilización del juego con dinero son superiores entre los hombres tanto en población general como de estudiantes. Sin embargo, el juego patológico presenta porcentajes similares entre hombres y mujeres en población general y mayores en chicos entre los estudiantes. Así mismo, la utilización problemática de los videojuegos en el alumnado es superior entre los chicos y la utilización problemática de internet es similar en población general y mayor entre las chicas estudiantes.

15.2.8. Frecuencias de consumo y uso por edad

El análisis por edad se plantea para los datos de la población general (Encuesta EDADES) siendo los rangos los siguientes: 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-64.

El consumo de **alcohol** alguna vez en la vida es significativamente superior en los grupos de 20 o más años, mientras que el consumo en los últimos 30 días es significativamente superior en el grupo de 20 a 29 años respecto al de 15 a 19 años, al de 40 a 49 y de 60 a 64 años. El consumo diario aumenta con los rangos de edad. El patrón del consumo intensivo de alcohol es similar salvo en la prevalencia de las borracheras en el último año, último mes y *binge drinking,* que es mayor en la población de 15 a 29 años. Y lo mismo ocurre con el botellón que disminuye significativamente a partir de los 30 años.

El consumo de **bebidas energéticas** es mayor en la población de 15 a 19 años, disminuyendo progresivamente con la edad.

Respecto al consumo de **tabaco** en los últimos 30 días y diario aumenta significativamente a partir de los 20 años siendo el grupo de 20 a 29 años el de mayor prevalencia, extendiéndose hasta los 49 años con una prevalencia similar y bajando ligeramente a partir de los 50, sin diferencias significativas. En cambio, la cantidad de cigarrillos que fuman aumenta con la edad.

El patrón de consumo de **cachimbas y cigarrillos electrónicos** es distinto al del tabaco, siendo el grupo de 20 a 29 años el de mayor prevalencia, disminuyendo progresivamente a partir de los 30 años.

El consumo de **hipnosedantes sin receta** se mantiene en valores minoritarios en todas las edades. Aunque hay que destacar que el consumo de hipnosedantes global aumenta progresivamente con la edad, alcanzando el máximo en el grupo de 50 a 64 años.

El consumo de **cannabis** predomina sobre todo en el grupo de 15 a 29 años, disminuyendo progresivamente a partir de los 30 años. El patrón de consumo de **cocaína** es similar al del cannabis. En el **resto de drogas ilegales** no se aprecian diferencias por grupo de edad, siendo en todo caso muy minoritarias.

Respecto al **juego con dinero,** el juego presencial aumenta progresivamente con la edad, mientras que, para el juego en internet, la prevalencia más alta se da en el grupo de 20 a 29 años, descendiendo progresivamente a partir de los 30 años. El **uso de internet** desciende progresivamente con la edad, así como su uso compulsivo.

15.3. EDAD DE INICIO

Las edades de inicio del consumo de drogas valoradas a través de la encuesta escolar (ESTUDES) indican una estabilización en las mismas. De manera que el inicio en el consumo de las drogas legales se sitúa en torno a los 14 años y el de las ilegales y el consumo semanal de alcohol y el diario de tabaco en torno a los 15 años, sin diferencias significativas entre chicos y chicas, salvo en el consumo semanal de alcohol que según los datos de 2023 es más tardío entre los chicos (15,3 años vs. 14,9 años).

15.4. DISPONIBILIDAD PERCIBIDA

En general, las drogas más consumidas son las que se perciben más accesibles, incluyendo en este grupo para la población general el cannabis y la cocaína; y para la escolar (que principalmente son menores de edad) el alcohol, el tabaco y el cannabis. Es importante indicar que la encuesta ESTUDES no pregunta a la población escolar por el acceso

a cigarrillos electrónicos. La población general percibe más fácil la obtención de cocaína, el resto de las drogas el porcentaje de la población de estudiantes que les resultaría fácil o muy fácil conseguirlas es superior al de la población general, aunque el acceso a todas las drogas desciende, salvo para el alcohol.

15.5. PERFIL DE LAS PERSONAS EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA Y TRATAMIENTO

En los programas de prevención indicada, los perfiles generales son de consumidores de cannabis y alcohol, el cannabis más frecuente en ellos y el alcohol en ellas.

Los chicos representan el 70% de los casos, y presentan mejor adaptación familiar, más fracaso escolar, más conductas antisociales y problemas jurídicopenales y menos aislamiento que las chicas. La prevalencia de otros trastornos mentales concomitantes se sitúa en torno a un 17%.

Se produce un ligero aumento del número de personas atendidas en tratamiento ambulatorio por adicción al alcohol, principalmente hombres.

En esta población aumenta el porcentaje de población migrante, así como aquellos que han estado en centros penitenciarios, mejora el porcentaje de casos que tienen trabajo y presentan una patología dual estimada en un 30,6%. La edad media se mantiene estable entorno a los 46 años.

Respecto a las personas en tratamiento por adicción a drogas ilegales, hay que destacar que hay una moderación en el porcentaje que representan respecto al total de las admisiones a tratamiento ambulatorio por sustancias psicoactivas y las tasas en población general indican una estabilización de la situación.

Respecto al perfil predominantemente son varones (83%), la media de edad se eleva ligeramente a 38,3 años, lo que muestra el envejecimiento de esta población, la mayor parte, más del 87% son personas nacidas en España y la mayoría (78%) vive en su casa. Y el 55% están empleados.

La droga que mayor prevalencia de consumo tiene entre las personas atendidas es la cocaína, con tendencia ascendente, seguida del cannabis y la heroína que presentan un ligero descenso en el último año. Las admisiones a tratamiento por otros opiáceos se sitúan en un 4,4%, con una ligera elevación.

En cuanto a las personas en tratamiento ambulatorio por juego patológico, son fundamentalmente hombres (92%) de una edad media de 38 años, que residen en su casa (98%) y trabajan (74%) y el juego presencial es el que mayor prevalencia tiene (59%).

15.6. PATRONES DE OCIO Y VALORACIÓN DE ACTUACIONES

El porcentaje de población escolar de 14 a 18 años que sale una o más noches a la semana disminuye de forma significativa y aumenta el porcentaje de quienes no realizan salidas nocturnas. Sin embargo, aumenta el porcentaje entre los que salen aquellos que vuelven más tarde de las 2 de la mañana, situándose en un 57%.

Existe una elevada sintonía entre la valoración que hace la población general sobre las medidas que considera más importantes para afrontar el problema del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma y las actuaciones que se priorizan por las Administraciones Públicas, especialmente se identifican como la más importantes la realización de educación sobre drogas en los centros educativos, el tratamiento voluntario de las personas con problemas de adicción, seguidas del control de aduanas.

//02.

EVALUACIÓN DEL VII PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN

//02.

EVALUACIÓN DEL VII PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN

La evaluación que se presenta a continuación se enmarca en la *gestión basada en resultados* que plantea la medición y seguimiento de la consecución de resultados concretos y cuantificables como medida central de éxito de un plan. Este enfoque de evaluación no sólo valora las actuaciones o procesos a través de la valoración continua de las actuaciones, sino que pone el foco en la obtención de resultados específicos y predefinidos con indicadores clave, teniendo en cuenta el impacto de las actuaciones sobre la realidad en la que se interviene. Esta gestión permite que la toma de decisiones sobre futuros planes se base en datos; identificando en función de los resultados, nuevos retos o planteamientos que impulsen una mejora continua de la calidad. Por otro lado, las administraciones tienen la responsabilidad social de rendir cuentas de sus actuaciones a la ciudadanía como base del principio de transparencia, siendo la evaluación del impacto de las medidas establecidas la mejor manera de hacerlo. Por último, la planificación de intervenciones es clave teniendo en cuenta que los recursos con los que la administración cuenta son limitados y que es necesaria una priorización en la inversión de éstos según las intervenciones detectadas.

Como se ha indicado en anteriores planes, el consumo de drogas y los problemas relacionados con el mismo, forman parte de un proceso complejo y dinámico, donde los factores que influyen sobre la situación tienen una relación directa con el contexto cultural, social y económico del momento. Asimismo, es preciso recordar que los resultados de las actuaciones de prevención son apreciables a medio y largo plazo y que, por tanto, precisan no sólo de un mínimo de intensidad, sino también de un tiempo de latencia para poder valorarse a nivel poblacional. Por tanto, en la evaluación de este plan no se puede obviar que la evolución de los diferentes indicadores ha estado condicionada por la pandemia por COVID-19 que, sin duda, ha tenido impacto sobre las conductas de las personas, la economía, la dinamización social, la prestación de los servicios y el desarrollo de los programas. En este sentido hay que destacar que tanto los programas de prevención familiar como los asistenciales han sido considerados "servicios esenciales", por lo que en todo momento las personas con vulnerabilidades en el ámbito de las drogodependencias han contado con apoyo profesional. Sin embargo, los meses de confinamiento y las restricciones establecidas por las autoridades sanitarias para proteger a la población han influido en la evolución de alguno de los indicadores, al someter a la población a un estrés psicológico grande y a una situación socioeconómica en algunos casos compleja, lo que ha podido generar modificaciones en los consumos, con un aumento de las drogas más accesibles por su legalidad (alcohol, tabaco e hipnosedantes), así como dificultades en las intervenciones y tratamientos, estancando el progreso de alguno de ellos o incluso invirtiendo la tendencia positiva anterior. Por este motivo, aquellos indicadores en los que se ha conseguido una estabilización, se han valorado como conseguidos al 50%, indicando este enfoque en dichos indicadores.

El VII Plan sobre Drogas de Castilla y León, plantea como objetivo estratégico: *"disminuir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas".* Este objetivo estratégico se concreta en varios objetivos generales, que posteriormente se desglosan en objetivos específicos con indicadores clave que pretenden incidir sobre:

- las prevalencias de consumo,
- la reducción de los riesgos y de los daños,
- la participación, coordinación y cooperación,
- la formación, investigación y evaluación de las actuaciones.

A pesar de que los objetivos del VII Plan se establecieron con el horizonte temporal del año 2021, la evaluación de estos se ha realizado considerando los indicadores y fuentes de información previstos, comparando los datos de partida del año 2015 o 2017 con la información correspondiente a los años 2021, 2022 o 2023 según la disponibilidad de estos en las fuentes de información.

1. VALORACIÓN GENERAL

1.1. OBJETIVO ESTRATÉGICO

Para la evaluación del objetivo estratégico de disminución de la morbimortalidad y los problemas sociales relacionados con el consumo de drogas, se han utilizado los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística correspondientes al año 2017, incluyendo el registro de mortalidad y el Conjunto Mínimo de Base de Datos de los pacientes con ingreso hospitalario (CMBD) del Sistema Nacional de Salud.

En conjunto, **este objetivo muestra una tendencia positiva hacia su consecución** ya que han evolucionado positivamente el 87,5% de los indicadores establecidos para su medición.

1.2. OBJETIVOS GENERALES

En relación con los objetivos generales, es importante tener en cuenta que su formulación se ha realizado de forma combinada y se ha considerado que un objetivo general se ha logrado cuando el 75% o más de los indicadores que lo valoran han evolucionado positivamente (se identifican con el color verde oscuro los conseguidos al 100% y verde claro los conseguidos entre un 99% y un 75%). Se considera que el objetivo está parcialmente conseguido cuando entre un 50% y un 74% de los indicadores evolucionan positivamente (color amarillo), y se considera que no se ha alcanzado cuando menos del 50% de los indicadores han evolucionado positivamente (color naranja si se han cumplido entre el 49% y el 25% y rojo cuando se han cumplido menos del 25%).

De los cuatro objetivos generales, dos se han conseguido (Objetivos 3 y 4). El objetivo 2 de reducción de los riesgos y los daños personales se considera parcialmente conseguido en un 53,3%, y el de reducción de la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias se ha alcanzado en un 45%. Ningún objetivo general se ha cumplido por debajo del 25%.

Tabla 20. Cumplimiento de los objetivos generales del VII Plan sobre Drogas de Castilla y León

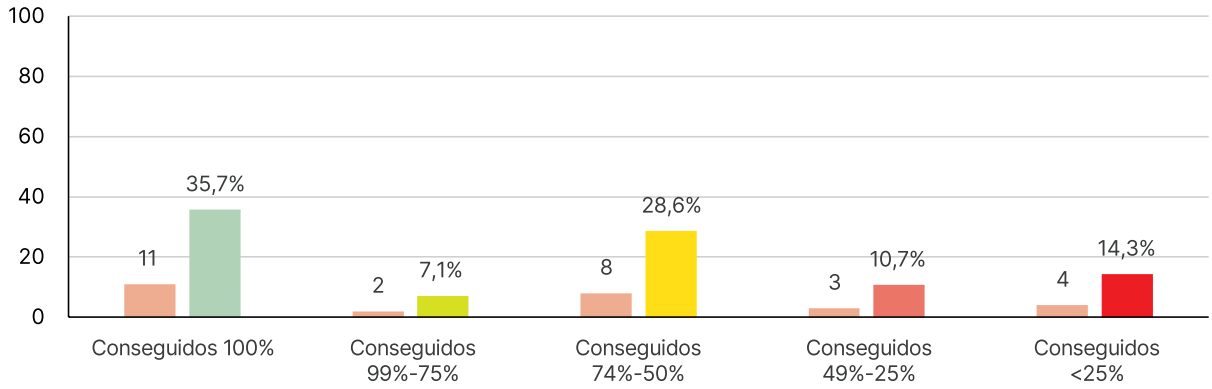
Objetivos generales cumplidos 100%	Objetivo general 3. Promover la formación, evaluación e investigación en materia de drogodependencias
	Objetivo general 4: Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan sobre Drogas
Objetivo general parcialmente conseguido 50% -74%	Objetivo general 2: Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas
Objetivo general no alcanzado 49% -25%	Objetivo general 1: Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes y drogas ilegales

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En relación con los 28 objetivos específicos: percepción del riesgo, accesibilidad, edad de inicio, aceptación social y abandono del abuso y dependencia, hay que señalar que para su evaluación se han desglosado en tres categorías, una para alcohol, otra para tabaco y otra para el resto de las drogas. Con este desglose se mejora la información sobre las diferentes actuaciones realizadas.

El 71,4% de los objetivos cuentan con un cumplimiento al menos del 50% de los indicadores establecidos (Figura 1). En la *Tabla 2* se indican los objetivos específicos y su grado de cumplimiento.

Figura 54. Número y porcentaje de cumplimiento de los Objetivos específicos



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Tabla 21. Cumplimiento de los objetivos específicos del VII Plan Regional sobre Drogas

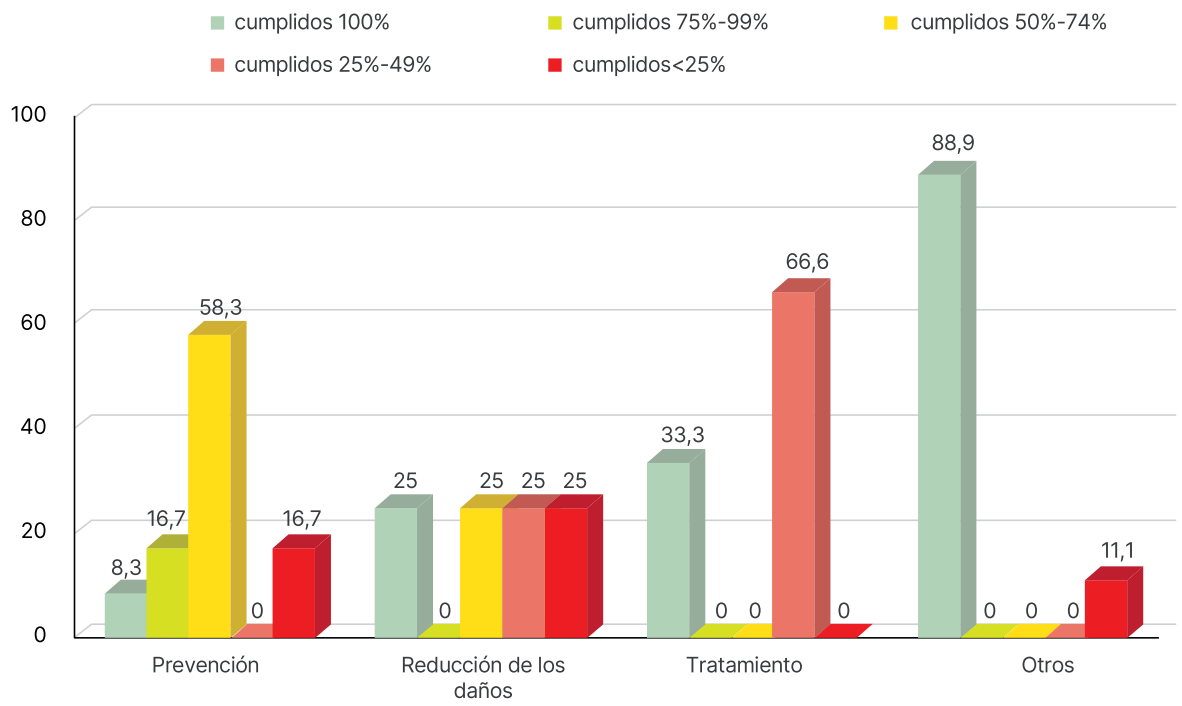
Objetivos específicos cumplidos al 100%	*Promover **entornos libres de alcohol** y de otras drogas para niños y adolescentes*
	*Facilitar el **abandono** de la dependencia del **tabaco** mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad*
	*Promover la **integración social y laboral** de las personas con problemas de **drogas ilegales***
	*Estimular y mejorar la **formación continuada** de los profesionales que intervienen en drogodependencias, así como de las personas que colaboran voluntariamente en la misma.*
	*Contribuir al fomento de la **investigación aplicada** en materia de drogodependientes*
	*Potenciar la **evaluación continua de programas y servicios** del Plan, en especial antes de su instauración generalizada*
	*Desarrollar y consolidar **sistemas de información** rápidos, sencillos y fiables basados en las nuevas tecnologías*
	*Fomentar la **coordinación y cooperación** entre departamentos de la Administración Autonómica*
	*Promover la **participación social,** así como la coordinación y cooperación con las instituciones y entidades privadas*

Objetivos específicos cumplidos entre el 99% y el 75%	*Elevar la **percepción del riesgo** asociada al consumo de **alcohol***
	*Elevar la **percepción del riesgo** asociada al consumo de **tabaco***
Objetivos específicos cumplidos entre el 74% y el 50%	*Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de **hipnosedantes, cannabis y resto de drogas ilegales***
	*Retrasar la **edad de inicio** del consumo de **bebidas alcohólicas***
	*Retrasar la **edad de inicio** del consumo de **tabaco***
	*Retrasar la **edad de inicio** del consumo de **distintas drogas ilegales***
	*Modificar las **normas sociales** y culturales que favorecen el consumo de **bebidas alcohólicas,** especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta*
	*Reducir la **disponibilidad percibida** del **tabaco** en los menores de edad*
	*Reducir la **disponibilidad percibida** de las **distintas drogas ilegales***
	***Reducir los daños** sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres*
Objetivos específicos cumplidos entre el 49% y el 25%	*Facilitar el **abandono del abuso de alcohol** y dependencia del alcohol, mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad*
	*Facilitar el **abandono de la dependencia a las drogas ilegales** mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad*
	*Reducir los efectos de la **conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas ilegales***
Objetivos específicos cumplidos menos del 25%: no alcanzados	*Reducir la **disponibilidad percibida** de las **bebidas alcohólicas** en los menores de edad*
	*Reducir la **aceptación social del consumo de cannabis e hipnosedantes** sin receta*
	*Promover la **integración social y laboral** de las personas con problemas de **alcoholismo***
	*Prevenir los **comportamientos de alto riesgo** y sus consecuencias en los consumidores de alcohol y otras drogas*

Si el análisis del cumplimiento de los objetivos específicos se realiza por áreas de actuación, diferenciando prevención (nº de objetivos: 12), reducción de los daños (nº de objetivos: 4), tratamiento (nº de objetivos: 3) y otras actuaciones (nº de objetivos: 9) se cumplen en un 75% o más (Figura 55):

- el 25% de los objetivos de prevención del consumo de drogas,
- el 25% de los objetivos de reducción de los daños,
- el 33,3% de los objetivos de asistencia y
- el 88,9% de los referidos a actuaciones de coordinación, formación, información e investigación.

Figura 55. Porcentaje de cumplimiento de los objetivos específicos por áreas de intervención



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

1.4. INDICADORES

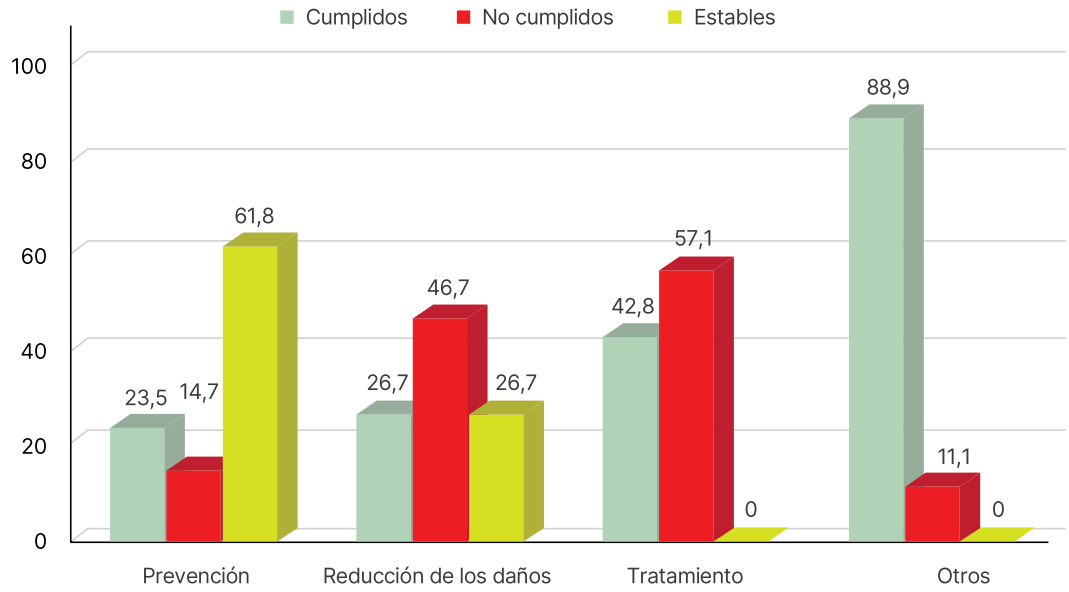
De los 84 indicadores establecidos, se han podido valorar con calidad 81 (96,4%). El principal motivo por el que no se han podido valorar los 3 indicadores restantes ha sido por la pérdida de datos, por no ser comparables al cambiar los sistemas de registro, o bien por el fin de la prestación de servicios. En algún indicador se ha constatado la existencia de un elevado porcentaje de datos desconocidos, lo que dificulta la interpretación de estos indicadores.

En total, de los 81 indicadores valorados se han conseguido 37 (45,7%), permanecen estables 25 indicadores (30,9%) y no han evolucionado positivamente 19 (23,4%).

Si el análisis de los indicadores relacionados con los objetivos específicos (n=68; 66 valorados) se realiza por áreas de actuación, diferenciando prevención (n=34), reducción de los daños (n=15), tratamiento (n=7) y otros (n=10), se puede observar que se han logrado (Figura 56):

- el 23,5% (n=8) de los indicadores de prevención,
- el 26,7% (n=4) de los de reducción de los daños,
- el 42,8% (n=3) de tratamiento y
- el 88,9% (n=9) de coordinación, formación, información e investigación.

Figura 56. Porcentaje de cumplimiento de los indicadores por áreas de intervención



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

2. VALORACIÓN POR OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO ESTRATÉGICO

En 2021, disminuirá la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas

Para realizar una valoración adecuada de este objetivo es necesario un tiempo suficiente de evolución, ya que tanto la mortalidad como la morbilidad son indicadores con mucha estabilidad. Además, es importante destacar que las modificaciones en la morbimortalidad están influidas por múltiples factores, siendo complejo extraer conclusiones sobre las posibles causas que determinan su evolución.

Los datos de los indicadores evolucionan positivamente en un 85,7% por lo que el objetivo puede considerarse cumplido (tabla resumen 1) destacando que el apartado donde más logros se han conseguido es el de los problemas sociales y la morbilidad.

Tabla 22. Resumen cumplimento objetivo estratégico

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Mortalidad	3	0	2	0	1	66,6%
Morbilidad	8	0	7	0	1	87,5%
Problemas Sociales	3	0	3	0	0	100%
TOTAL	**14**	**0**	**12**	**0**	**2**	**85,7%**

2.1.1. Disminuir la mortalidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto

2.1.1.1. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas.

La mortalidad relacionada con el consumo de alcohol se calcula según el método propuesto por Shultz JM[1] , utilizando distintos grupos de edad dependiendo de la patología establecida. Los datos se han obtenido a partir de las muertes anuales registradas en la Comunidad Autónoma aportados por la Dirección General de Estadística.

En el año 2021 se registraron en Castilla y León 29.299 muertes de todas las edades. Se estima que el 3,7% son atribuibles al consumo de alcohol. Por sexo, el hombre presenta valores superiores, 4,7%, a los de la mujer, 2,7%.

[1] *Shultz JM. MMWR 1990; 39(11):173-178*

Tabla 23. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por causa y sexo. Castilla y León, 2021

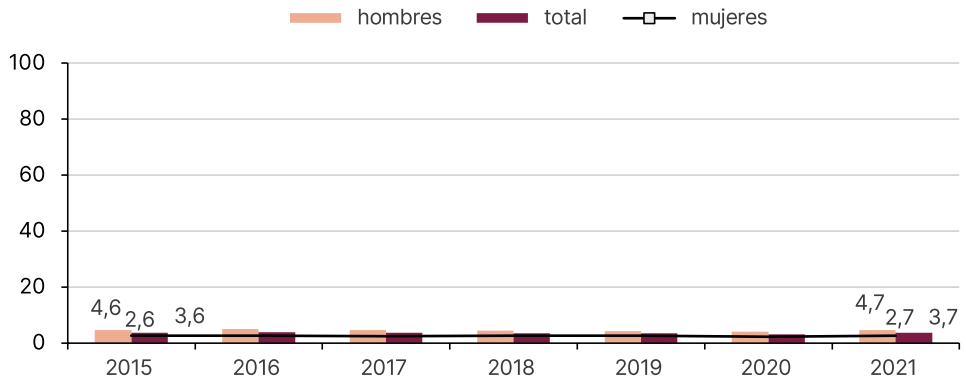
Causa de muerte (CIE 10)		Hombre	Mujer	Total
Tumores malignos Labio, boca, faringe (C00-C14), esófago (C15), estómago (C25), hígado y vías intrahepáticas (C22), laringe (C32)	(n total)	763	328	1.091
	Muertes atribuibles al alcohol	248	79	327
	%	**32,5**	**24,1**	**30,0**
Trastornos mentales Psicosis alcohólica (F105, F107), síndrome de dependencia al alcohol (F102), abuso de alcohol (F100, F101)	(n total)	20	4	24
	Muertes atribuibles al alcohol	20	4	24
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Enfermedades cardiovasculares Hipertensiva (I10-I15), cardiopatía alcohólica (I426), enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	(n total)	1.030	1.543	2.573
	Muertes atribuibles al alcohol	79	116	194
	%	**7,6**	**7,5**	**7,6**
Enfermedades respiratorias Tuberculosis respiratoria (A15-A16), neumonía y gripe (J10-J18)	(n total)	278	163	441
	Muertes atribuibles al alcohol	16	9	24
	%	**5,7**	**5,2**	**5,5**
Enfermedades digestivas Enfermedad esófago, estómago y duodeno (K20-K31), gastritis alcohólica (K292), hígado graso (k00), hepatitis alcohólica aguda (K701), cirrosis alcohólica (K703), daño hepático alcohólico especificado (K709), otras cirrosis (K743-K746), pancreatitis aguda (K85), pancreatitis crónica (K860-K861)	(n total)	235	124	359
	Muertes atribuibles al alcohol	166	55	221
	%	**70,8**	**44,2**	**61,6**
Accidentes no intencionales Acc. vehículos motor (V01-V79), otros acc. carretera (V80-V89), acc. transporte marítimo (V90-V94) y aéreo (V95-V97), acc. causados por el fuego (X00-X09), otros accidentes (X599), intoxicación alcohólica aguda (X45), caídas accidentales (W00-W19), ahogamiento accidental (W74)	(n total)	322	202	524
	Muertes atribuibles al alcohol	108	65	172
	%	**33,5**	**31,9**	**32,9**
Accidentes intencionales Suicidio (X60-X84), homicidio (X85-Y09)	(n total)	175	71	246
	Muertes atribuibles al alcohol	50	21	71
	%	**28,7**	**29,0**	**28,8**
Enfermedades metabólicas Diabetes (E10-E14)	(n total)	462	589	1.051
	Muertes atribuibles al alcohol	23	29	53
	%	**5,0**	**5,0**	**5,0**
MUERTES TOTALES EN CASTILLA Y LEÓN	**(n total)**	**15.172**	**14.127**	**29.299**
	Muertes atribuibles al alcohol	**710**	**377**	**1.087**
	%	**4,7**	**2,7**	**3,7**

Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

La mortalidad por abuso de alcohol se encuentra estable, pasando del 3,6% al 3,7% en el periodo 2017-2021 para el total de población. Lo mismo sucede en los hombres con un porcentaje del 4,7% tanto en 2017 como en 2021, y en las mujeres que pasan del 2,5% en 2017 al 2,7% en 2021.

Sin embargo, para fenómenos de lenta evolución, como es la mortalidad, es más adecuado analizar periodos de observación mayores. Si se toma como referencia un período más largo, el comprendido entre los años 2000-2021, se observa cómo continua la tendencia descendente, estabilizada en los últimos 10 años.

Figura 57. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol por sexo en Castilla y León (%)



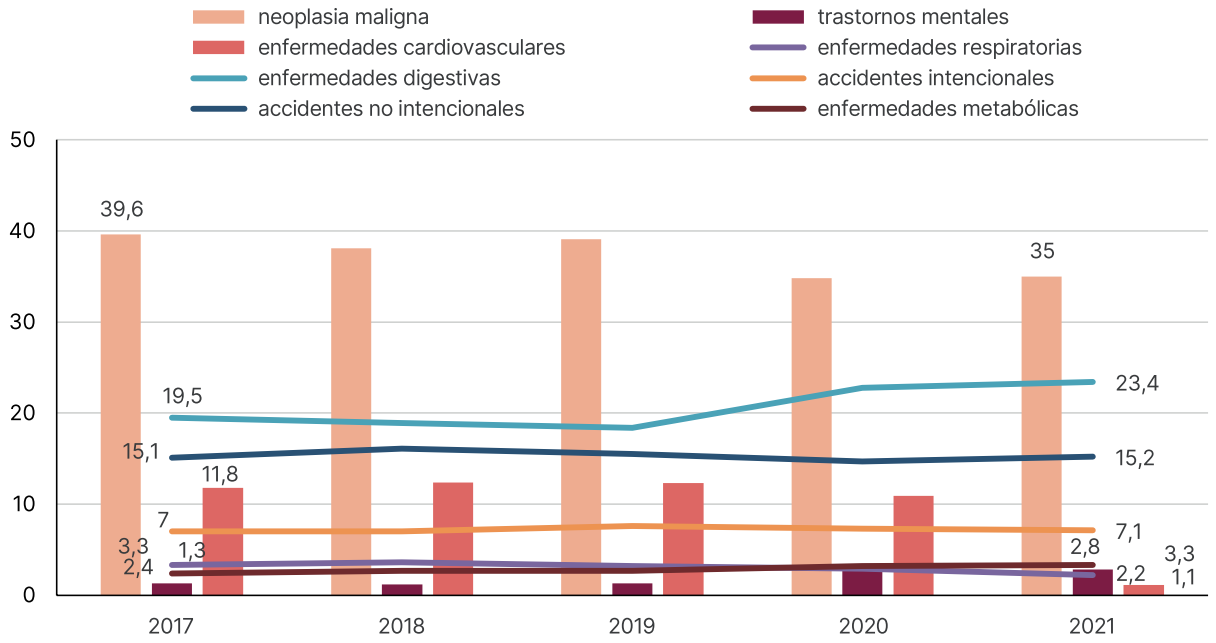
Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Dentro de las muertes atribuibles al alcohol las distintas causas se distribuyen en tres niveles:

- en el primero se sitúan los tumores malignos,
- en el segundo, las enfermedades cardiovasculares, digestivas y los accidentes intencionales (suicidios y homicidios),
- y en el tercer nivel, los accidentes no intencionales, las enfermedades metabólicas, las respiratorias y los trastornos mentales.

En la evolución de estas causas, durante los años 2017 a 2021, se puede observar en los hombres un pequeño descenso en los tumores malignos (0,9 puntos), un ascenso muy destacado en las enfermedades digestivas de 14,7 puntos porcentuales (56,1% en 2017 y 70,8% en 2021), y un pequeño descenso de 3 décimas en los accidentes no intencionales.

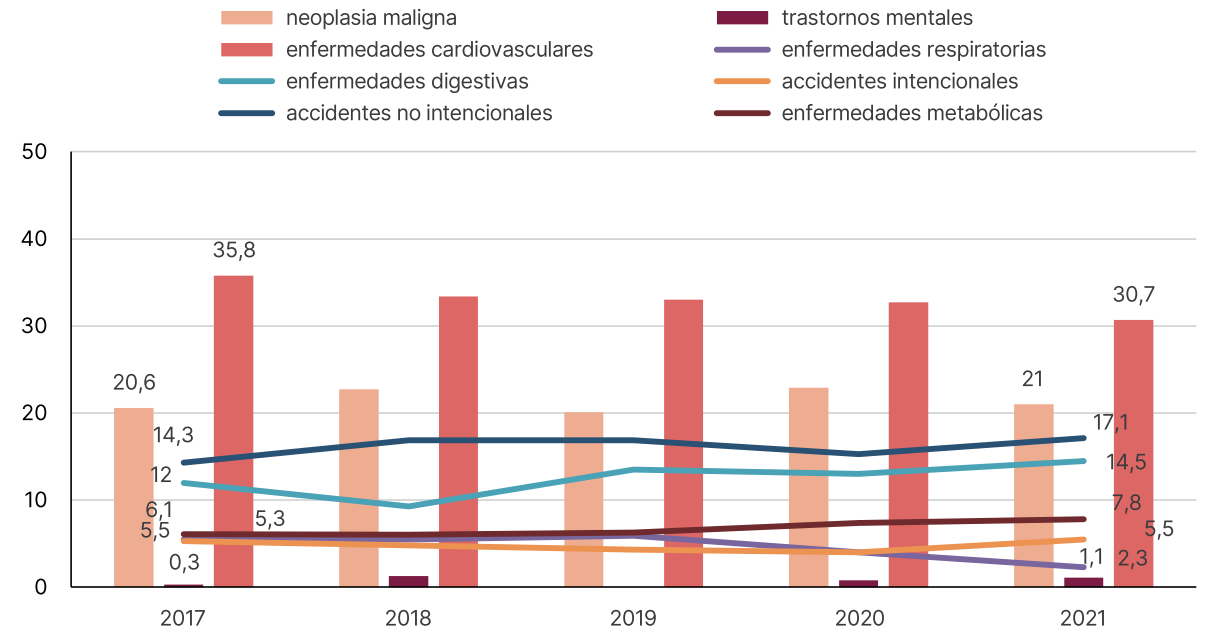
Figura 58. Evolución porcentual de las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en hombres en Castilla y León



Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Entre las mujeres la mayoría de las categorías permanecen estables; las muertes por enfermedades digestivas experimentan un ascenso de 5,5 puntos porcentuales (en 2017 un 38,7 y en 2021 un 44,2). Los accidentes intencionales descienden 0,9 puntos.

Figura 59. Evolución porcentual de las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en mujeres en Castilla y León



Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

2.1.1.2. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.

La mortalidad relacionada con el consumo de tabaco en Castilla y León se obtiene a partir de las muertes anuales registradas en la Comunidad, proporcionadas por la Dirección General de Estadística con datos del INE a través de la Explotación de microdatos de defunciones. Para su cálculo se han utilizado los riesgos relativos del Cancer Prevention Study II[2] , establecidos por rangos de edad y los datos de prevalencia de fumadores, exfumadores y no fumadores de la Encuesta EDADES de Castilla y León, del año 2017 y de 2021/22.

El número de muertes atribuibles al consumo de tabaco en el año 2021 fue de 2.609, lo que supone el 9,0% del total de fallecimientos producidos en la población de 35 y más años. Por sexo, han fallecido debido al tabaco el 14,6% de los hombres y el 2,9% de las mujeres.

Tabla 24. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco de las personas de 35 y más años, según causa de muerte por sexo. Castilla y León, 2021

Causa de muerte (CIE 10)		Hombre	Mujer	Total
Cáncer pulmón y vías respiratorias	(n total)	1.021	305	1.326
Tráquea, bronquios, pulmón (C33-C34)	Muertes atribuibles al tabaco	896	171	1.067
	%	**87,7**	**56,2**	**80,5**
Otros tumores malignos	(n total)	1.027	468	1.495
Labio, boca, faringe (C00-C14), esófago (C15), páncreas (C25), laringe (C32), cuello de útero (C53), vejiga (C67), riñón (C64-C66, C68)	Muertes atribuibles al tabaco	481	66	547
	%	**46,8**	**14,1**	**36,6**
Enfermedades cardiovasculares	(n total)	2.359	2.433	4.792
Reumática (I02, I05-I09), hipertensiva (I10-I15), cardiopatía isquémica (I20-I25), cerebrovascular (G45,G46, G93, G95, I60-I69), otras* circulatorias (I70-I71)	Muertes atribuibles al tabaco	404	106	510
	%	**17,1**	**4,4**	**10,6**
Enfermedades respiratorias	(n total)	715	310	1.025
EPOC (J20, J40-J48), Otras respiratorias** (J10-J18, J45-J46)	Muertes atribuibles al tabaco	415	69	485
	%	**58,1**	**22,4**	**47,3**
Muertes 35 y más años en Castilla y León	**(n total)**	**15.066**	**14.071**	**29.137**
	Muertes atribuibles al tabaco	**2.196**	**413**	**2.609**
	%	**14,6**	**2,9**	**9,0**

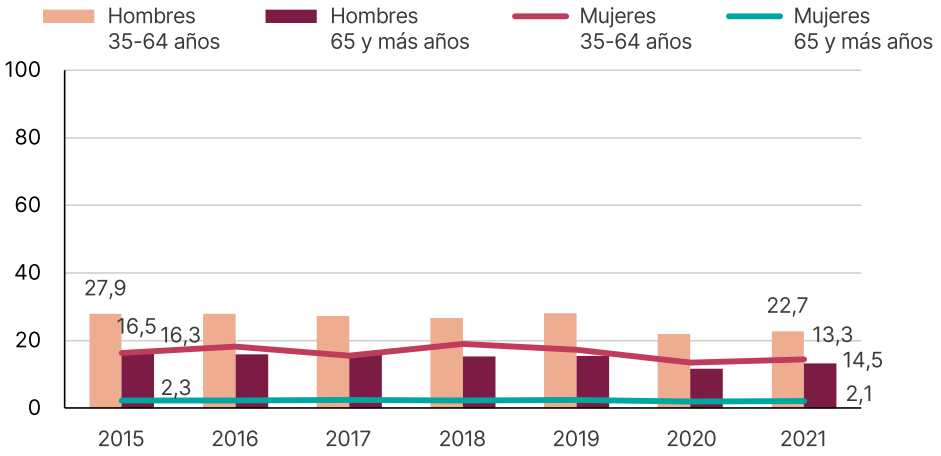
**Otras circulatorias: ateroesclerosis y aneurisma aórtico. **Otras respiratorias: neumonía e influenza, y asma. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.*

Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

[2]*Study II: US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 years of progress. A report of the surgeon General, 1989. Rockville, Mariland: US DHHS, PHS, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publication No. (CDC) 89-8.411, 1989.*

Teniendo en cuenta el período de análisis 2015-2021, se observa un descenso de la mortalidad por tabaco en la población de 35 y más años en 1,7 puntos (2015: 10,7%; 2021: 9,0%). El descenso se puede comprobar tanto en los hombres (18,0% en 2015 y 14,6% en 2021) como en las mujeres (3,2% en 2015 y 2,9% en 2021), aunque es más marcado en los primeros. Las muertes tienen un mayor peso en el grupo de 35-64 años, disminuyendo en 5,2 puntos para los hombres (27,9% en 2015 y 22,7% en 2021) y 1,8 puntos para las mujeres (16,3% en 2015 y 14,5% en 2021).

Figura 60. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco por sexo y grupo de edad en Castilla y León (%)



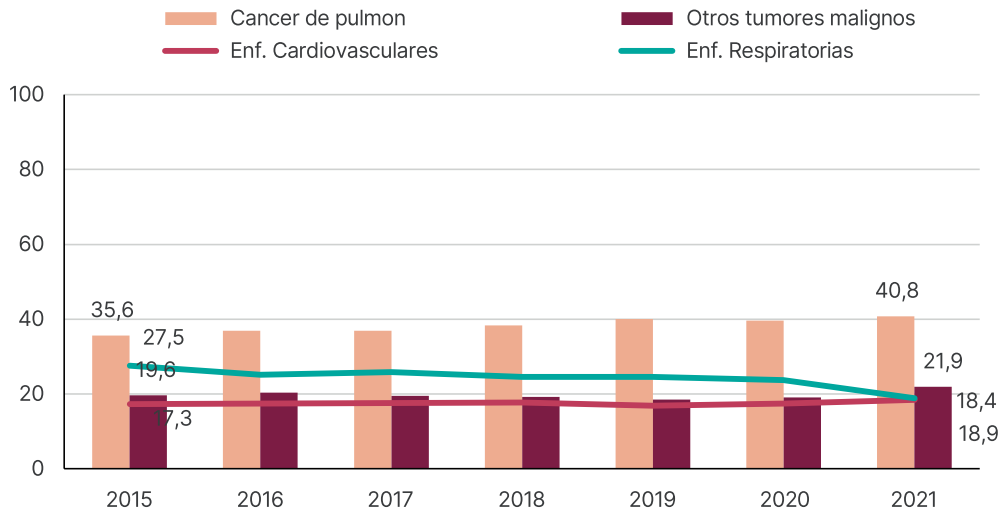
Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco se distribuyen en dos niveles:

- en el primero, se sitúa el cáncer de pulmón y las enfermedades respiratorias,
- y en el segundo, los tumores malignos (excluido cáncer de pulmón) y las enfermedades cardiovasculares. Excepto en el año 2021 en el que los dos primeros lugares lo ocupan el cáncer de pulmón y el resto de los tumores.

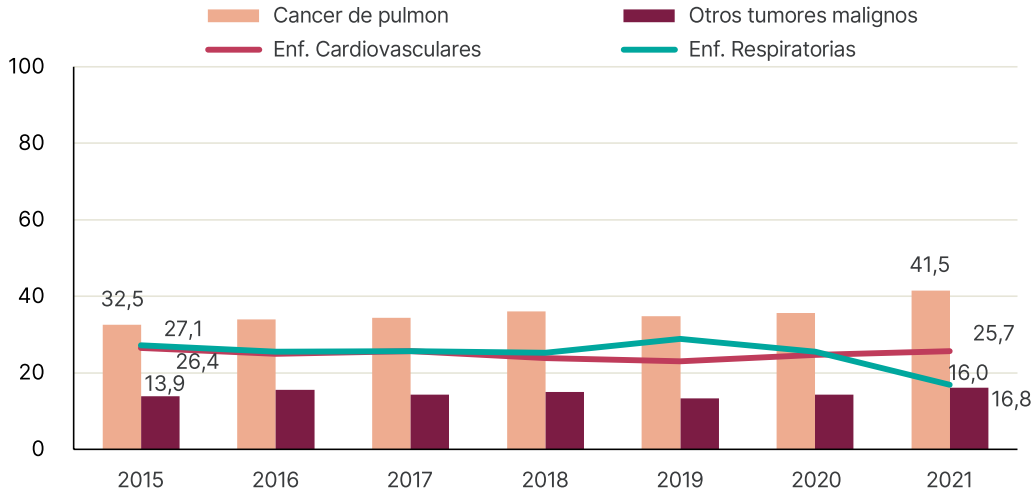
La evolución de las causas que producen estas muertes, entre los años 2015 y 2021, en el **hombre** es la siguiente: cáncer de pulmón (elevación 5,2 puntos porcentuales), otros tumores malignos (elevación de 2,3 puntos), enfermedades respiratorias **(descenso de 8,6 puntos)** y las enfermedades cardiovasculares (aumento 1,1). En la mujer, ascienden las muertes por cáncer de pulmón (9 puntos) y otros tumores malignos (2,1) y **descienden** las producidas por las enfermedades cardiovasculares (7 décimas) y las enfermedades respiratorias, (10,3 puntos).

Figura 61. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuibles al consumo de tabaco en hombres de 35 y más años en Castilla y León (%)



Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Figura 62. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuibles al consumo de tabaco en mujeres de 35 y más años en Castilla y León (%)



Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

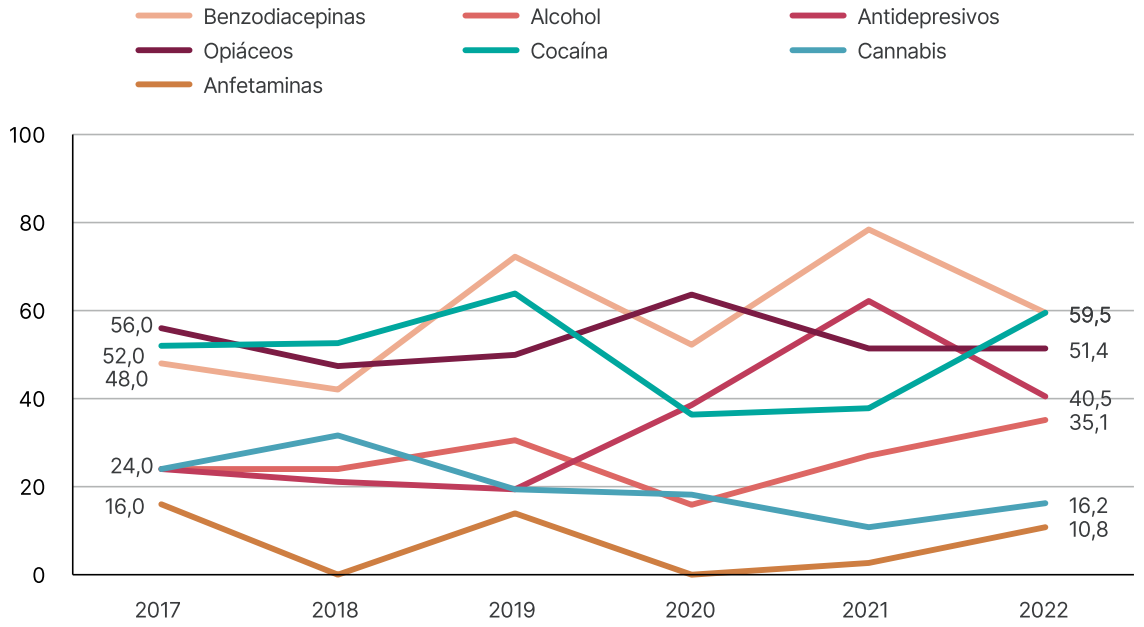
2.1.1.3. Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias.

Este indicador recoge las muertes por sustancias psicoactivas de la población de 10 a 64 años, registradas desde los Institutos de Medicina Legal de Castilla y León. La cobertura de este indicador se extiende a toda la Comunidad Autónoma, lo que permite estimar la tasa de mortalidad en la población de forma directa. En el periodo de análisis, se detecta una **evolución negativa** al pasar de 1,53 en el año 2017 al 2,27 en el 2022.

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, en el período 2017-2022, osciló entre 25 y 37 muertos. Hay que tener en cuenta, que cuando los casos son pocos, pequeñas oscilaciones en el número determinan cambios importantes en las proporciones que se deberían interpretar con cautela. Existe una mayor proporción de muertes en hombres que en mujeres, situándose el peso de los hombres entre el mínimo de 52,3% en el año 2020 y el máximo de 86,1% en el 2019. En relación a la edad, la media oscila entre los 42,7 años en 2017 y los 48,6 años de 2021, con tendencia ascendente en ambos sexos. Ha habido tan solo un fallecimiento de una persona menor de edad por esta causa.

El policonsumo de sustancias psicoactivas es muy frecuente entre los fallecidos por reacción aguda a drogas. En el período de 2017 a 2022 las benzodiacepinas son el grupo que más se detecta, seguidos de la cocaína, opiáceos, antidepresivos, alcohol y cannabis.

Figura 63. Evolución de las sustancias psicoactivas detectadas en los fallecidos por reacción aguda a estas sustancias en Castilla y León (%)



Nota. Opiáceos: heroína +opio-morfina +codeína +metadona
Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga.

2.1.2. Disminuir la morbilidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto

2.1.2.1. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de alcohol.

El cálculo de la morbilidad hospitalaria se realiza con la información proporcionada por el sistema de registro *Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)* que los hospitales públicos de Castilla y León notifican a la Gerencia Regional de Salud. A partir de las altas hospitalarias en cuyo diagnóstico principal figuraba alguna de las categorías de la CIE 10 que

se relacionan con el consumo de alcohol, se consideró morbilidad por alcohol aquellos casos en que además de tener la categoría seleccionada en la historia clínica constaba alcoholismo o que la persona era bebedora de alcohol (Tabla 25).

En el año 2015 se observa que el 9,5% de la altas hospitalarias están relacionadas con el alcohol (total de altas: 19.467), que **desciende en 2022** a un 8,0% (total de altas: 39.683), lo que supone un descenso de 1,5 puntos porcentuales.

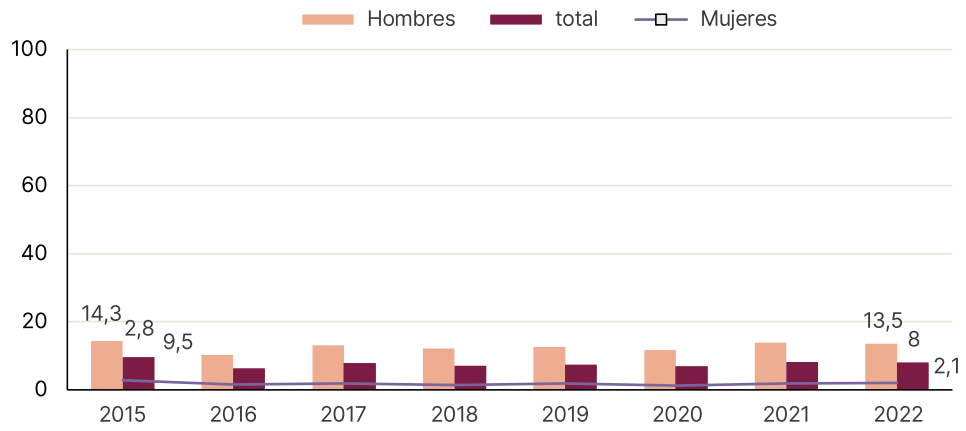
Tabla 25. Morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de alcohol Castilla y León, 2022

Morbilidad alcohol (CIE 10)		Hombre	Mujer	Total
Neoplasia maligna	(n total)	1.429	507	1.936
Cáncer labio, boca, faringe esófago, estómago, hígado y vías intrahepáticas, laringe	Morbilidad alcohol	291	22	313
	%	**20,4**	**4,3**	**16,2**
Trastornos mentales	(n total)	252	113	365
Psicosis alcohólica, síndrome dependencia alcohol, abuso alcohol	Morbilidad alcohol	248	112	160
	%	**98,4**	**99,1**	**43,8**
Enfermedades vasculares	(n total)	6.166	6.267	12.433
Enfermedad. Hipertensiva, cardiopatía alcohólica, Enf. Cerebrovascular	Morbilidad alcohol	642	51	693
	%	**10,4**	**0,8**	**5,6**
Enfermedades respiratorias	(n total)	3.446	2.777	6.223
Tuberculosis respiratoria Neumonía y gripe	Morbilidad alcohol	228	13	241
	%	**6,6**	**0,5**	**3,9**
Enfermedades digestivas	(n total)	2.445	1.603	4.048
Enfermedades de esófago, estómago y duodeno, gastritis alcohólica hígado graso, hepatitis alcohólica aguda, cirrosis hepática. alcohólica, daño hepático. alcohólico, otras cirrosis, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica	Morbilidad alcohol	810	127	937
	%	**33,1**	**7,9**	**23,1**
Causas externas	(n total)	5.603	7.308	12.911
	Morbilidad alcohol	415	68	483
	%	**7,4**	**0,9**	**3,7**
Diabetes	(n total)	1.081	686	1.767
Diabetes	Morbilidad alcohol	120	19	139
	%	**11,1**	**2,8**	**7,9**
Morbilidad alcohol en Castilla y León	**(n total)**	**20.422**	**19.261**	**39.683**
	Morbilidad alcohol	**2.554**	**412**	**2.966**
	%	**12,5**	**2,1**	**7,5**

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

En cuanto a la distribución por sexos también se observa una disminución: **en hombres de 0,8 puntos porcentuales** (del 14,3% al 13,5%) y **en mujeres de 0,7** (del 2,8% al 2,1%).

Figura 64. Evolución porcentual de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de alcohol por sexo en Castilla y León



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

En relación con las categorías diagnósticas de morbilidad hospitalaria por abuso de alcohol, en el período 2015-2022, se observan ciertas tendencias estables y algún cambio:

- la primera categoría en el período 2015-2022 la ocupan las **enfermedades digestivas,**
- seguidas de los trastornos mentales y las enfermedades vasculares hasta el año 2017;
- en 2018 las **enfermedades vasculares** pasan al segundo lugar.
- en los años 2021 y 2022 las **causas externas** son la tercera causa más frecuente de ingreso hospitalario relacionado con el consumo de alcohol en Castilla y León.

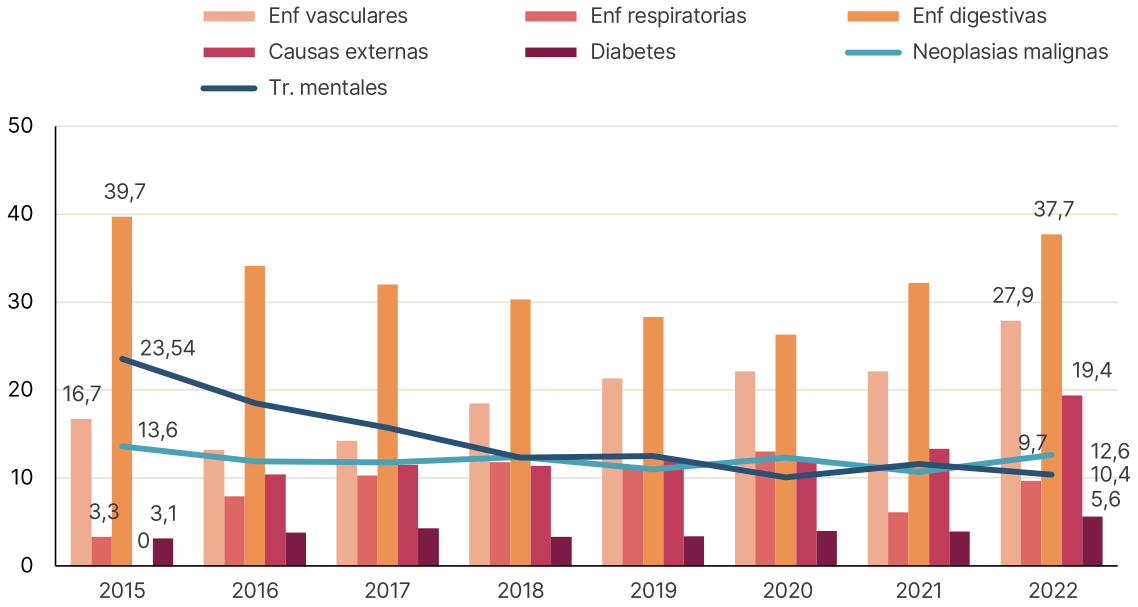
Respecto a la distribución por sexos, hasta el año 2018 la primera categoría de enfermedades relacionadas con la ingesta de alcohol la ocupan las **enfermedades digestivas para el hombre** y los **trastornos mentales para la mujer,** pero a partir del 2018 las enfermedades digestivas son las predominantes para ambos sexos. Para los hombres, las enfermedades mentales como segunda causa de morbilidad unida al alcohol son sustituidas en 2017 por las enfermedades vasculares. Desde que se registran **las causas externas** relacionadas con el uso de alcohol, en mujeres han sido la tercera causa de alta hospitalaria, y en los hombres se incorporan a este tercer puesto a partir del año 2021.

Respecto a las enfermedades digestivas relacionadas con el alcohol se ve un incremento de éstas entre 2015 y 2022 de 11,8 puntos porcentuales en hombres (del 21,4% al 33,1%), destacando las hepatitis agudas en ambos sexos.

En relación con los trastornos mentales, hay que destacar que **en mujeres** en 2015 se diagnosticaron un 77,3% de psicosis alcohólicas, a partir de 2016 este diagnóstico no se vuelve a dar en mujeres y el predominante es el de abuso/dependencia. No ocurre lo mismo en hombres, en los que sigue apareciendo con un 50% en 2022. En cuanto a las enfermedades vasculares destaca un importante aumento del diagnóstico de cardio-

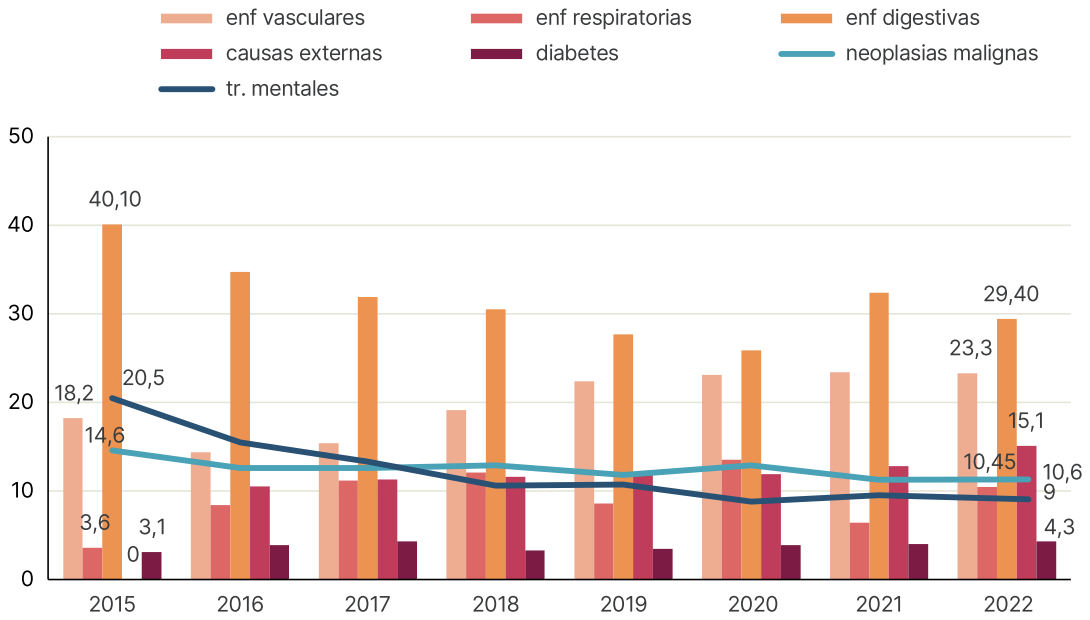
patías alcohólicas en hombres, 7,2% en 2015 y 80,0% en 2022. Por último, revisando las neoplasias malignas en hombres se observa un incremento de 7,6 puntos porcentuales entre 2015 y 2022, con predominio del cáncer de hígado; en mujeres el primer lugar lo ocupan en 2015 el cáncer de laringe y en 2022 el de esófago.

Figura 65. Evolución porcentual de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de alcohol en Castilla y León (%)



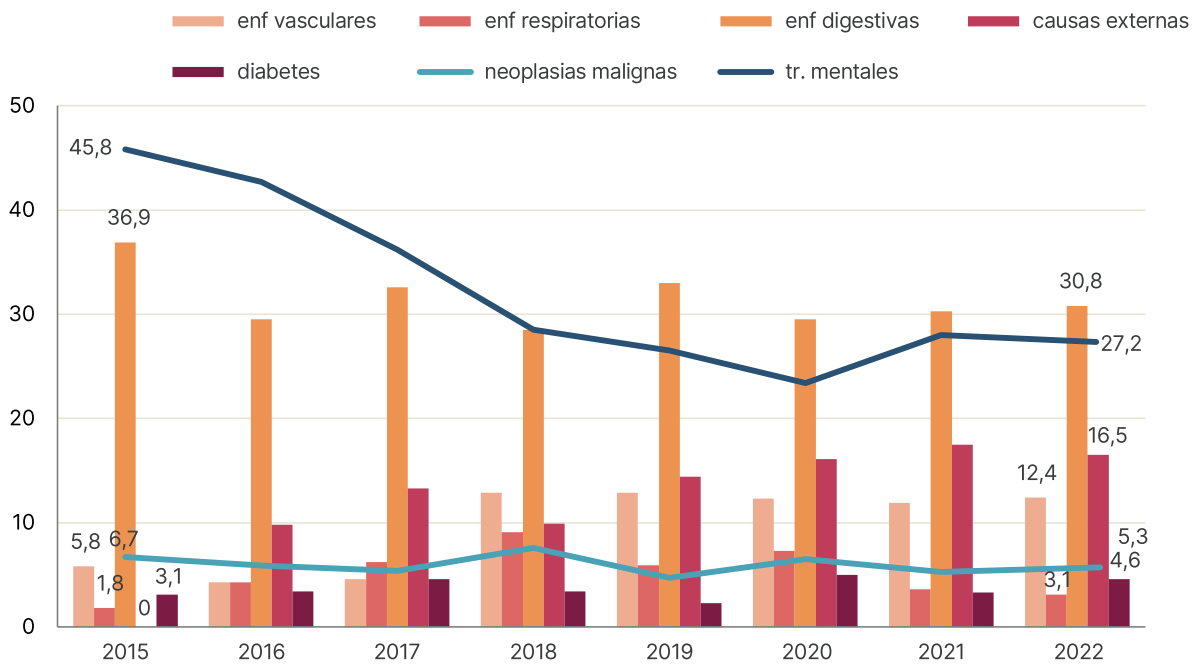
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Figura 66. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de alcohol en el **hombre** en Castilla y León (%)



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

*Figura 67. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de alcohol en la **mujer** en Castilla y León (%)*



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

2.1.2.2. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de tabaco.

El cálculo de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco se realizó con la información proporcionada por el sistema de registro CMBD. Se recogieron los casos en los que el diagnóstico principal o motivo de ingreso fue una de las categorías de la CIE 10 relacionadas con el tabaco que aparecen en la Tabla 26 y se consideró como morbilidad por tabaco cuando además constaba que era fumador.

En el año 2015 se registraron en Castilla y León un 14% de altas hospitalarias relacionadas con el consumo de tabaco de un total de 37.063 altas. En el año 2022 de un total de 35.572 altas hospitalarias, el 14,9% correspondía a patologías relacionadas con el consumo de tabaco, con lo que se observa un aumento de 9 décimas durante la vigencia del plan.

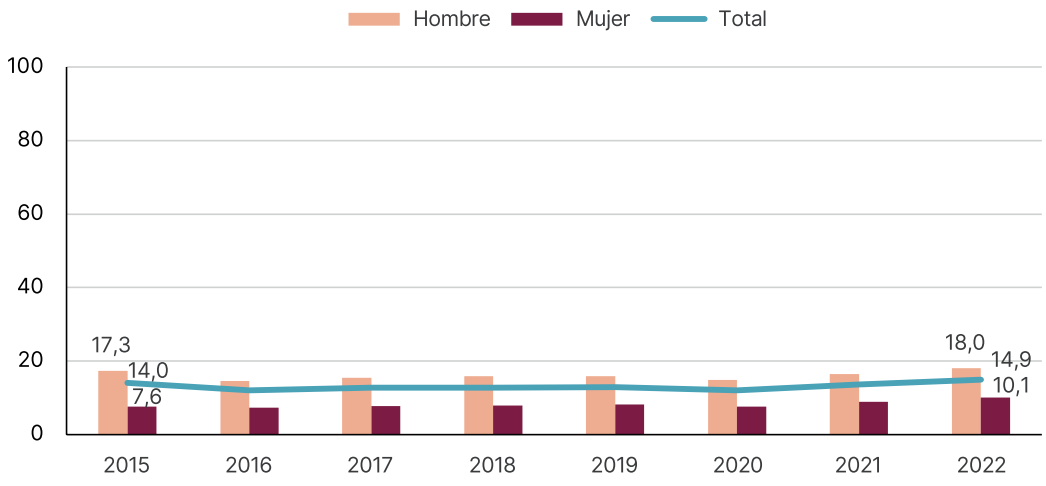
Tabla 26. Morbilidad hospitalaria relacionada con el tabaco en Castilla y León, 2022

Morbilidad Tabaco (CIE10)		Hombre	Mujer	Total
Tumores malignos		**4.041**	**1.428**	**5.469**
Labio, boca, faringe, esófago, páncreas, laringe, tráquea, bronquios, pulmón, cuello útero, vejiga, riñón	**Morbilidad tabaco**	814	207	1.021
	%	20,1	14,5	18,7
Enf Cardiovasculares		10.933	7.988	18.921
Reumática, hipertensiva, Cardiopatía isquémica, cerebrovascular, otras circulatorias	**Morbilidad tabaco**	2.061	617	2.678
	%	18,9	7,7	14,2
Enf. respiratorias		6.671	4.511	11.182
EPOC, otras respiratorias	**Morbilidad tabaco**	1.020	578	1.598
	%	12,9	15,3	14,3
Morbilidad tabaco en Castilla y León		21.645	13.927	35.572
	Morbilidad tabaco	3.895	1.402	5.297
	%	17,9	10,1	14,9

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

En el período 2015-2022 se produce un **aumento** de la morbilidad global por tabaco que sucede simultáneamente en ambos sexos: en hombres pasa del 17,3% al 18% y en mujeres del 7,6 % al 10,2%. Esto rompe la tendencia en la anterior década de ligero descenso de los ingresos por patologías asociadas al consumo del tabaco.

Figura 68. Evolución de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco por sexo en Castilla y León (%)



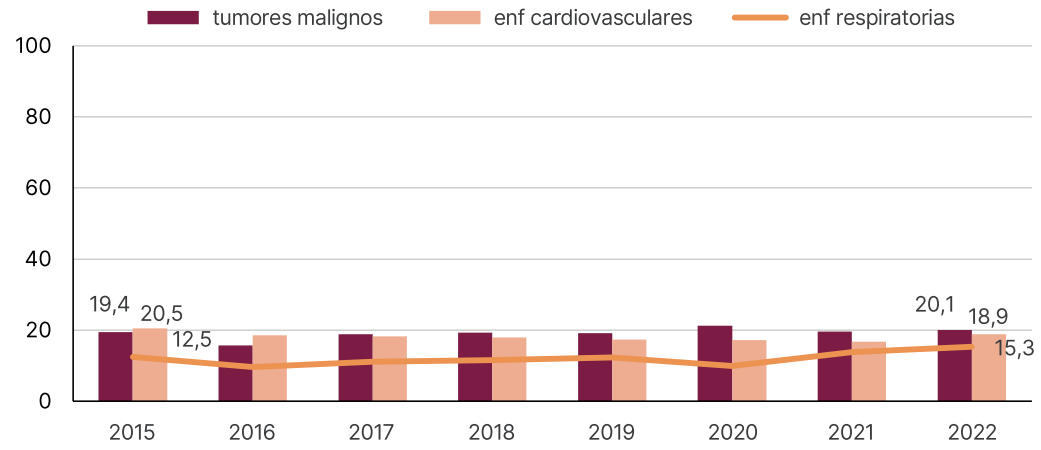
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Dentro de la morbilidad relacionada con el tabaco en 2015 predominaba la enfermedad respiratoria en hombres y mujeres, a continuación, ocuparon el primer puesto las enfermedades cardiovasculares, excepto en mujeres de los años 2016 al 2019, en que siguen

siendo las respiratorias las causantes de la mayor parte de los ingresos. **En 2021 se observa un aumento de los tumores malignos en hombres,** alcanzando el segundo lugar en la morbilidad. En mujeres, enfermedades respiratorias y cardiovasculares se van alternando a lo largo de los años, siendo los tumores malignos la tercera causa de ingreso por causas relacionadas por el tabaco. En el año 2022, tanto en hombres como en mujeres, el primer lugar lo ocupan las enfermedades cardiovasculares, el segundo las respiratorias y el tercero los tumores malignos.

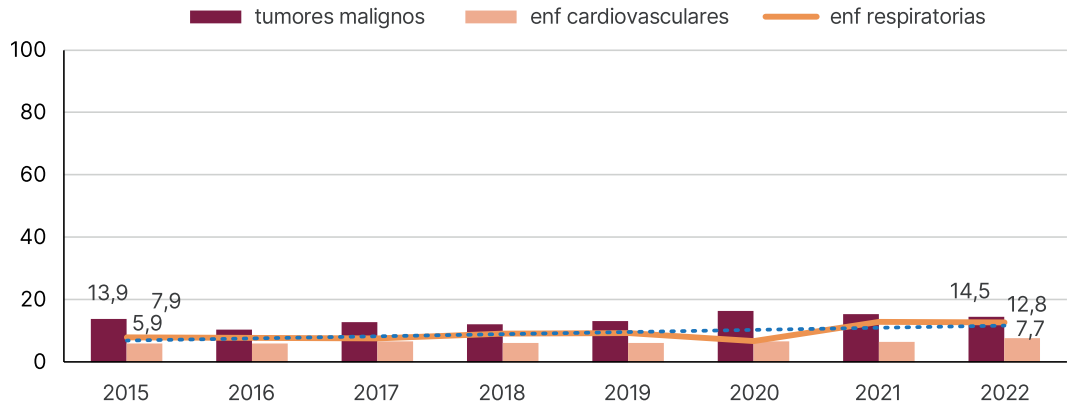
En el análisis de los ingresos relacionados con el tabaco en el período 2015-2022 se muestra un aumento en todas las categorías diagnósticas, excepto en **las enfermedades cardiovasculares en hombres que descienden 1,6 puntos porcentuales;** destaca **el aumento de 4,9 puntos de las enfermedades respiratorias en mujeres** en dicho período.

Figura 69. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de tabaco en el **hombre** *en Castilla y León (%)*



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Figura 70. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de tabaco en la **mujer** *en Castilla y León (%)*

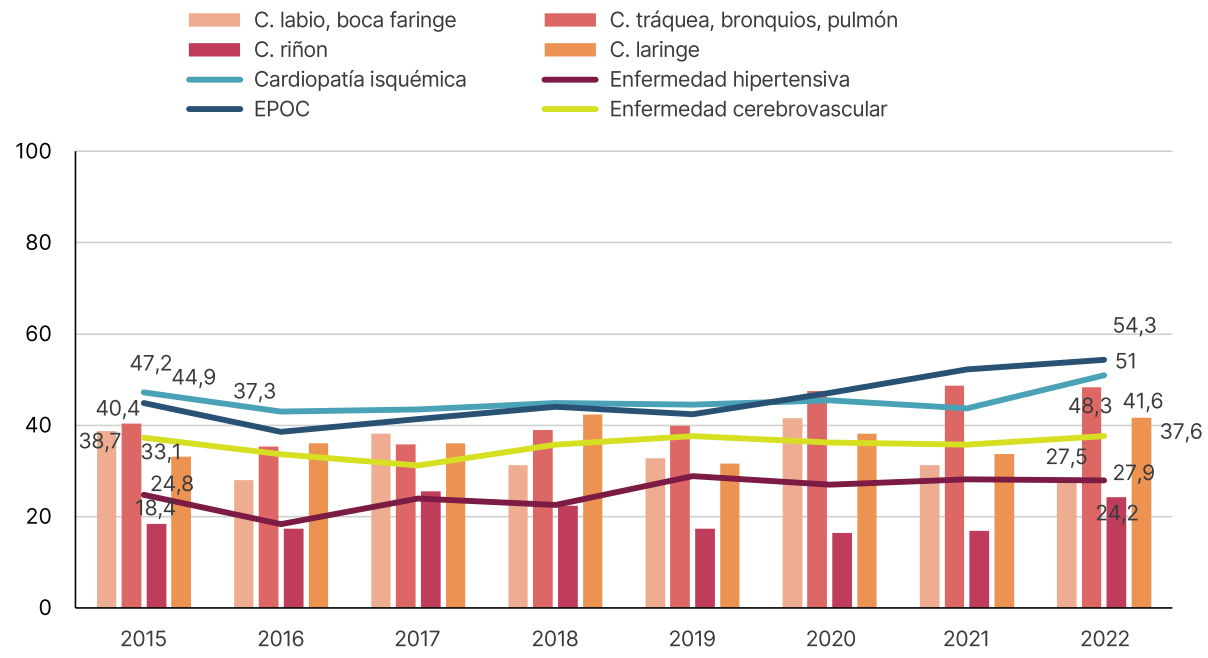


Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Analizando las causas específicas por enfermedad en los ingresos hospitalarios relacionados con el consumo de tabaco, en el período 2015-2022, en el rango de edad de 35 a 64 años, **en hombres** se observa un **destacado descenso de los tumores orofaríngeos** de 11,2 puntos porcentuales, y un ligero descenso del de laringe; **aumentan los tumores de tráquea, bronquios y pulmones (7,9 puntos), y el de riñón (6,4);** se produce un aumento de 3,8 puntos de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular se mantiene. En cuanto a las **mujeres** de la misma franja de edad descienden en **23 puntos de los tumores de laringe,** aunque se produce una **elevación grande en el año 2020**¸descienden también los de vejiga (6,9 puntos) y de riñón (9,6 puntos); por el contrario, **aumentan en 14,4 puntos la cardiopatía isquémica y 28,3 puntos la enfermedad hipertensiva que requiere ingreso hospitalario.**

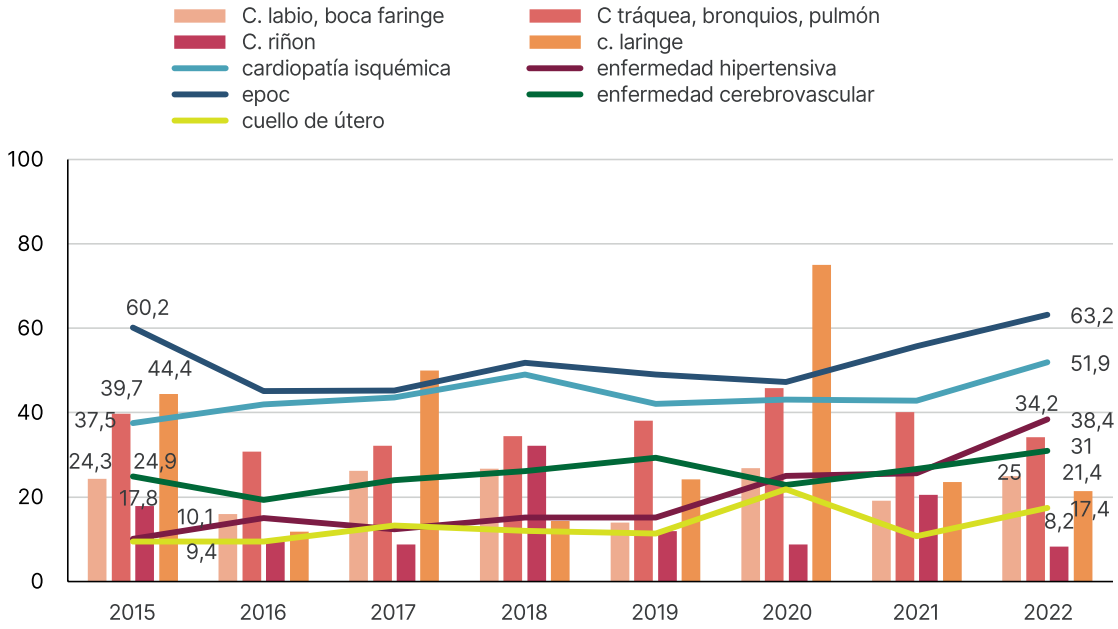
La EPOC con ingreso aumenta en ambos sexos entre 2015 y 2022; 9,4 puntos porcentuales para los hombres y 3 para las mujeres.

Figura 71. Evolución de las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco en el hombre en Castilla y León entre los 35 y 64 años (%)



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Figura 72. Evolución de las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco en la mujer en Castilla y León entre los 35 y 64 años (%)



Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Uno de los objetivos de la intervención con las personas que abusan y dependen de las drogas es mejorar sus niveles de salud mediante la reducción de la prevalencia e incidencia de las principales enfermedades infecciosas asociadas al consumo de éstas, tal y como se valora a través de los siguientes indicadores obtenidos del SAITCYL.

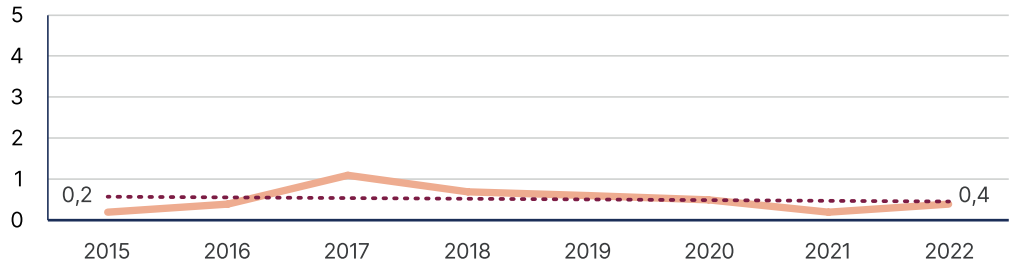
2.1.2.3. Prevalencia de VIH en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.

Según los datos, hay un **descenso** de 0,7 puntos porcentuales en la prevalencia del VIH en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez, pasando de un 2,0% en 2017 a un 1,3% en 2022, siendo por tanto una evolución positiva.

2.1.2.4. Prevalencia de sida en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.

Se puede comprobar el **descenso** de los casos de sida entre los años 2017 (1,1%) y 2022 (0,4%) de 0,7 puntos porcentuales.

Figura 73. Incidencia estimada de sida en drogodependientes que inician tratamiento en Castilla y León (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

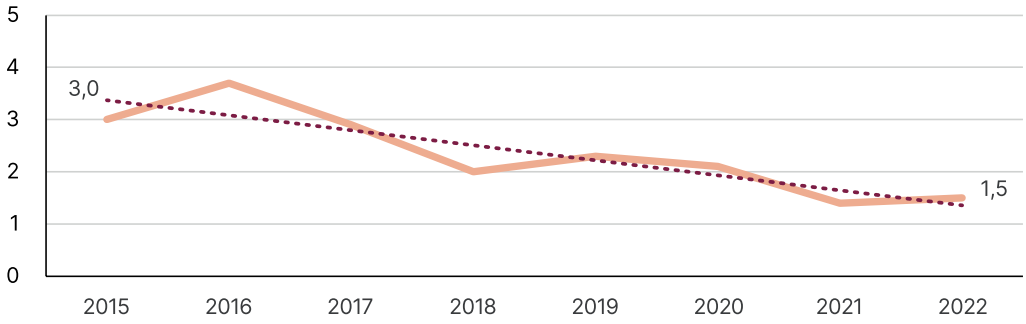
2.1.2.5. Proporción de portadores crónicos de hepatitis B en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.

Desde el año 2017 a 2022 el porcentaje de portadores crónicos de hepatitis B en población drogodependiente se mantiene **estable** en un 0,4%. Hay que matizar estos datos porque el porcentaje de casos desconocidos fluctúa a lo largo de los años, con un máximo del 49,1% en 2022 y un mínimo del 39,3% en 2017.

2.1.2.6. Prevalencia de seropositivos a la hepatitis C en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.

En el período entre 2017 y 2022 se observa un **descenso** en el porcentaje de pacientes que acuden a tratamiento por primera vez con hepatitis C (2,9% en 2017 y 1,5% en 2022, descenso de 1,4 puntos porcentuales). El porcentaje de pacientes en los que se desconoce este dato es elevado (39,8% en 2017 y 47,7% en 2022).

Figura 74. Prevalencia de seropositivos a la hepatitis C en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

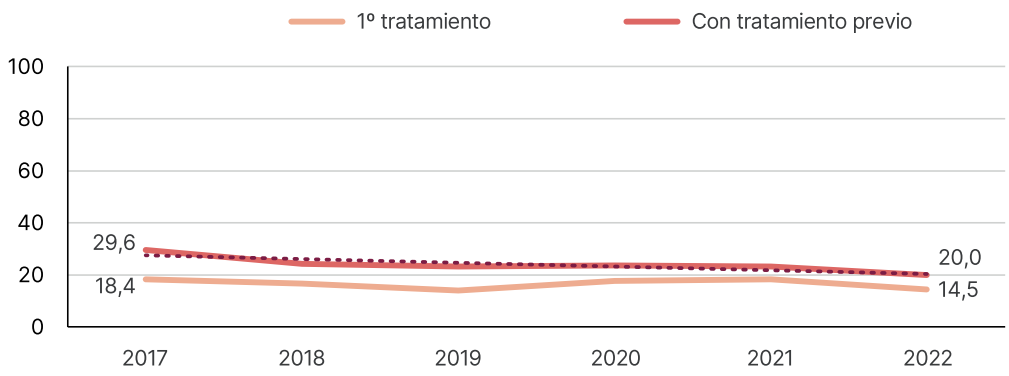
2.1.2.7. Prevalencia de tuberculosis en los últimos 12 meses en la población drogodependiente (drogas no institucionalizadas).

En cuanto a la enfermedad tuberculosa reciente, en el periodo 2017-2022, la prevalencia en los drogodependientes que acuden a tratamiento por primera vez se sitúa entre el 2,0% en 2017 y el 0,2% en 2022, y entre aquellos con un tratamiento previo un 2,4% en 2017 y un 1,7% en 2022. En ambos casos hay un descenso de 1,8 puntos porcentuales en el primer tratamiento y 0,7 en aquellos con tratamiento previo. Sin embargo, los datos deben ser manejados con precaución, ya que el porcentaje de pacientes en los que se desconoce esta variable es elevado: en 2022 un 50,5% para personas en un primer tratamiento y un 40,3% para personas con tratamiento previo.

2.1.2.8. Prevalencia de patología dual en drogodependientes con consumo de drogas ilegales.

En la patología dual, se observa entre los años 2017 y 2022 un descenso de los porcentajes de pacientes con patología dual: en los primeros tratamientos pasa del 18,4% al 14,5% (3,9 puntos porcentuales menos) y en los pacientes con tratamientos previos del 29,6% al 20,0% (9,6 puntos porcentuales menos). En este indicador los porcentajes de desconocidos no son tan elevados como en los anteriores: en 2022 un 31,0% para los primeros tratamientos y un 34,4% para aquellos con tratamientos previos.

Figura 75. Evolución de la prevalencia de trastornos mentales en los drogodependientes con y sin tratamiento previo (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

2.1.3. Problemas sociales relacionados con el abuso de drogas: Indicadores de resultados intermedios

2.1.3.1. Proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la Administración de Justicia.

Este indicador se valora con los datos de la Memoria del Plan autonómico sobre los perfiles de los drogodependientes con problemas pendientes con la justicia de tres tipos de recursos: los Centros de Día (CD), los Centros de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA) y las Comunidades Terapéuticas (CT). Examinando la proporción de pacientes de los recursos a lo largo de los años se puede ver que: en los CD en 2017 hubo un porcentaje del 20,1% que ascendió al 26,7% en 2019 y descendió en 2022 al 23,6%; en los CRA en 2017 se observó un 32,2% de pacientes con problemas, mientras que en 2022 el porcentaje fue del 18,2%. El indicador en las CT evolucionó pasando del 26,3% en 2017 al 30,2% en 2020, descendiendo posteriormente hasta el 28,9%.

Tabla 27. Evolución de la proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la justicia

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Centro de Día (CD)	20,1%	22,7%	26,7%	19,4%	23,6%	23,6%
Centro de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA)	32,2%	21,9%	18,6%	34,9%	18,9%	18,2%
Comunidad Terapéutica (CT)	26,3%	24,3%	27,0%	30,2%	29,4%	28,9%

Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

2.1.3.2. Diferencial de la proporción de desempleados en la población drogodependiente que se encuentra en tratamiento ambulatorio y la tasa de paro en la población activa. (positivo).

Analizando los datos del desempleo total en población drogodependiente que está en tratamiento ambulatorio según los datos recogidos por el SAITCYL, **se ve un ligero descenso** de la proporción de desempleo, del 47,4% en 2017 baja al 43,0% en 2022. El descenso es mayor entre las personas con tratamiento por drogas ilegales (una diferencia de 5,1 puntos entre 2017: 50,0% y 2022: 44,9%) que por alcohol (1,9 puntos entre 2017: 41,5% y 2022: 39,5%).

Tabla 28. Evolución de desempleados en población drogodependiente en tratamiento

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alcohol	41,5%	42,1%	37,6%	41,0%	37,5%	39,5%
Drogas ilegales	50,0%	46,8%	43,6%	50,2%	47,8%	44,9%
TOTAL	**47,4%**	**45,1%**	**41,4%**	**46,8%**	**44,3%**	**43,0%**

Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Al comparar los datos con los de la tasa de paro en la población activa de Castilla León, se puede observar también tendencia descendente de la misma, por lo que los datos son congruentes. Sin embargo, el diferencial entre los datos de 2017 y el 2021 se eleva ligeramente pasando de 32,6 puntos porcentuales en 2017 a 33,3 en 2022. Es importante tener en cuenta el importante descenso de 2022 puede estar sesgado por el cambio legislativo que plantea la sustitución de los contratos temporales por indefinidos, por lo que este dato hay que interpretarlo con cautela.

Tabla 29. Evolución de la Tasa de paro en la población activa de Castilla León (%)

2017	2018	2019	2020	2021	2022
14,08	12,10	11,63	12,06	11,40	9,75

Fuente: Dirección General de presupuestos, fondos europeos y estadística con datos INE (EPA)

2.1.3.3. Proporción de la población de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que vive en alojamientos inestables o precarios.

La población de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que vive en un alojamiento inestable o precario **ha descendido,** pasando de un 2,1% en 2017 a un 1,0% en 2022.

Tabla 30. Evolución de la proporción de población en tratamiento ambulatorio con alojamientos inestables o precarios

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Drogas ilegales	2,5%	2,2%	2,1%	2,1%	1,9%	2,6%
Alcohol	1,2%	1,4%	1,5%	0,6%	1,3%	1,0%
TOTAL	**2,1%**	**1,9%**	**1,9%**	**1,6%**	**1,7%**	**1,0%**

Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

2.2. OBJETIVOS GENERALES

Objetivo general 1. Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes y drogas ilegales

Objetivo general 1.1. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas

Este objetivo general dispone de 2 indicadores específicos de resultados intermedios para su valoración. Hay que destacar que sólo se ha podido medir uno que ha tenido una evolución positiva, por lo tanto, el cumplimiento es del 100%.

Tabla 31. Cumplimiento de indicadores objetivo General 1.1.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Consumo diario de bebidas alcohólicas (IM)	2	1	1	0	0	100%
TOTAL	**2**	**1**	**1**	**0**	**0**	**100%**

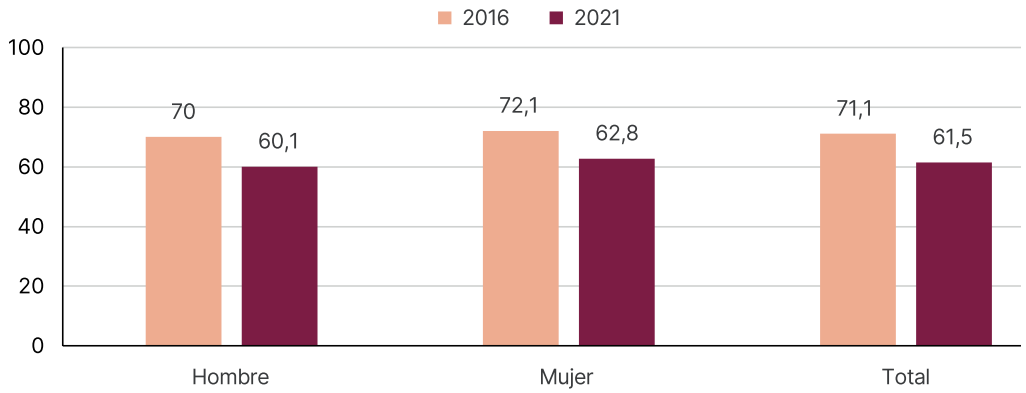
- *1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas* ***todos los fines de semana.***

En la encuesta ESTUDES desaparece esta pregunta en la encuesta 2018 por lo que el indicador no se puede valorar.

- *2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas* ***en el último mes.***

En la encuesta escolar ESTUDES se detecta un **descenso** en el porcentaje de menores que han consumido bebidas alcohólicas en el último mes, entre 2016 y 2021 desciende **9,6** puntos porcentuales pasando de un 71,1% a un 61,5% siendo las **diferencias significativas.** El descenso ha sido ligeramente mayor en hombres, con **9,9** puntos porcentuales (del 70,0% al 60,1%) con **diferencias significativas.** En mujeres, **desciende significativamente en 9,3** puntos porcentuales (del 72,1% al 62,8%). La prevalencia en 2020 de este consumo entre chicas y chicos no presenta diferencias significativas (62,8% vs. 60,4%).

Figura 76. Evolución de la prevalencia de consumidores en el último mes de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Objetivos específicos:

La valoración de los 7 objetivos específicos se realiza a través de 10 indicadores, 4 de resultados intermedios, dos de proceso y 4 a corto plazo. Todos se han podido valorar: 3 han tenido una evolución positiva, 3 se han mantenido estables y 4 han tenido una evolución negativa, por lo que la consecución es de un 45,0%.

Tabla 32. Cumplimiento de indicadores específicos del objetivo General 1.1.

INDICADORES ALCOHOL	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Percepción del riesgo (CP)	2	0	1	1	0	75%
Aceptación Social (CP)	1	0	0	1	0	50%
Accesibilidad (CP)	1	0	0	0	1	0%
Edad de inicio (IM)	1	0	0	1	0	50%
Promoción entornos libres alcohol (P)	1	0	1	0	0	100%
Altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales (IM)	3	0	1	0	2	33%
Integración social y laboral (P)	1	0	0	0	1	0%
TOTAL	**10**	**0**	**3**	**3**	**4**	**45,0%**

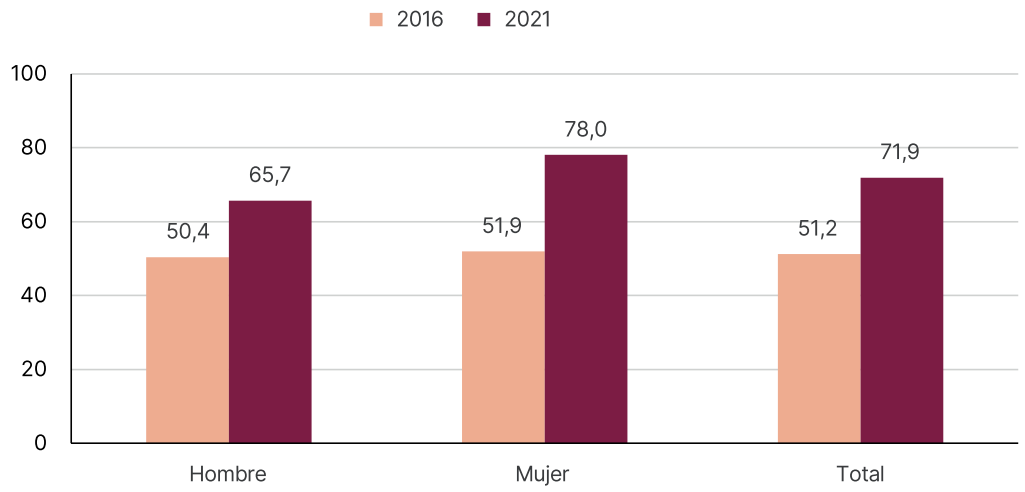
Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.

- *3. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas* ***el fin de semana*** *puede suponer bastantes o muchos problemas.*

Como se puede comprobar en la Encuesta escolar ESTUDES, este indicador muestra una **evolución positiva,** al incrementarse entre el año 2016 y 2021 los escolares que consi-

deran que consumir 5 o 6 copas el fin de semana puede suponer bastantes o muchos problemas: hay un incremento porcentual de 20,7 puntos, del 51,2% al 71,9% respectivamente, que es **significativo.** Si observamos los datos por sexos, en los chicos se observa una diferencia porcentual de **15,3** puntos (del 50,4% al 65,7%), mientras que en las chicas la diferencia es de **26,1** puntos porcentuales (del 51,9% al 78,0%) siendo en ambos casos diferencias **significativas.** En la **ESTUDES 2020 las diferencias entre sexos en este indicador son significativas,** lo que indica que las chicas tienen una mayor percepción de riesgo.

Figura 77. Evolución de la percepción de riesgo (bastantes/muchos problemas) asociada al consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana en estudiantes de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

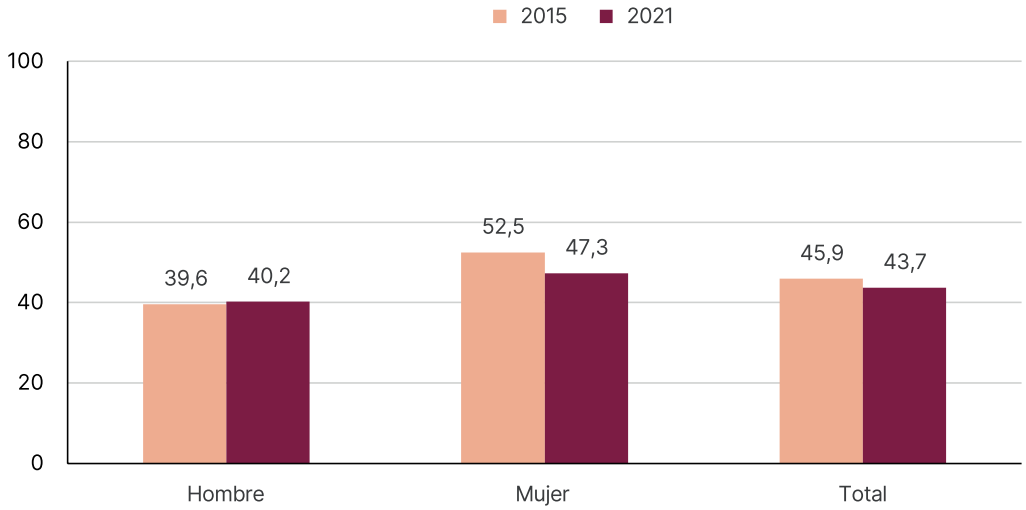
- *4. (CP) Proporción de la población general que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas **cada día** puede suponer bastantes o muchos problemas.*

Este indicador desaparece de la encuesta EDADES en el año 2019. Para poder evaluarlo se modifica por la pregunta sobre el riesgo de consumo de 5 o 6 cañas/copas el fin de semana.

El porcentaje en 2015 fue de 45,9% y en 2021/22 de 43,7%, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas, por lo que el indicador permanece estable.

Los porcentajes de hombres con alta percepción del riesgo fueron de 39,6% en 2015 y 40,2% en 2021/22, y en mujeres de 52,5% y 47,3% respectivamente, sin diferencias significativas entre los porcentajes de cada grupo. Sin embargo, las mujeres tienen una percepción del riesgo superior a los hombres, en 2021/22 los porcentajes fueron de 47,3% en mujeres frente a 40,2% en hombres.

Figura 78. Evolución de la percepción de riesgo (bastantes o muchos problemas) asociada al consumo de de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana en población general de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (EDADES)
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta.

- *5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir bebidas alcohólicas.*

La Encuesta ESTUDES muestra que en Castilla y León se ha elevado ligeramente el porcentaje de estudiantes que perciben una actitud negativa frente al consumo por parte de sus padres, pasando de un 46,8% en 2016 a un 48,4% en 2020 (1,6 puntos), aunque sin diferencias significativas.

Se observa que la diferencia de los porcentajes de estudiantes que refieren que no les permitirían consumir alcohol entre los dos años de comparación fue significativamente mayor cuando se referían a los padres 4,7 puntos porcentuales (51,8% a 56,4%), frente a las madres 1,3 puntos porcentuales (50,7% y 52%) pero sin diferencias significativas. Hay que señalar que no llega al 50% el alumnado que declara que su padre y/o su madre no les permiten consumir bebidas alcohólicas.

Si se analizan los datos por el sexo, en los chicos, considerando a madres y padres, hay un aumento de 4 décimas no significativo (46,6% en 2016 y 47,0% en 2020); en cuanto a los padres hay un aumento de 3,4 puntos no significativo (50,3% en 2016 y 53,7% en 2020). Respecto de las madres tampoco hay diferencias significativas, pero se detecta una disminución de 2,2 puntos (51,3% en 2016 y 49,1% en 2020).

Entre las chicas, cuando se refieren a padres y madres no hay diferencias significativas entre el 2016 (46,9%) y 2020 (49,9%). Si se refieren a los padres sí hay un **aumento** de 6,2 puntos estadísticamente significativo entre el 2016 (53,2%) y el 2020 (59,4%). Respecto a las madres hay un aumento de 4,9 puntos no estadísticamente significativo entre el 2016 (50,2%) y el (2020 55,1%).

Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.

- *6. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.*

Según la encuesta ESTUDES se advierte **una evolución negativa** en el indicador entre los años 2016 y 2020, con un incremento de 3,2 puntos porcentuales entre quienes consideran fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas (93,5% en 2016 y 96,7% en 2020) **siendo la diferencia significativa.** En hombres el incremento fue de 2,5 puntos porcentuales no significativo (93,4% en ESTUDES 2016 y 95,9% en la 2020), y en mujeres de 4,1 puntos con **diferencias significativas** (93,5% en 2016 y 97,6% en 2020). En el año 2020 no se detectaron diferencias significativas en la disponibilidad percibida entre sexos (95,9% en hombres y 97,6% en mujeres).

Retrasar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas (intermedio).

- *7. (IM) Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de 14 a 18 años.*

Este indicador se ha mantenido estable. En el año 2016 la media de edad de inicio fue de 13,8 años y en 2020 de 13,9 años sin detectarse diferencias significativas. La edad de inicio en hombres pasa de 13,8 años en 2016 a 13,9 años en 2020, y en mujeres se mantiene en 13,9 años en ambas encuestas, sin detectarse diferencias significativas. Además, en 2020 tampoco se detectan diferencias significativas entre chicos y chicas.

Promover entornos libres de alcohol y de otras drogas para niños y adolescentes.

- *8. (P) Número de actuaciones encaminadas a promover este tipo de espacios.*

Se ha trabajado este enfoque desde los programas de prevención escolar selectiva Galilei realizados en centros educativos con alumnado de Formación Profesional Básica y en centros de menores en protección. Además, este componente ambiental también se ha trabajado con las asociaciones juveniles en el Programa Pértiga. Por otro lado, los programas de prevención familiar promueven que los hogares sean espacios libres consumo de alcohol o con un consumo de alcohol de bajo riesgo.

Por su parte, la nueva Cartera de Servicios de Atención Primaria de 2019 ha incluido la detección y el consejo breve para evitar o reducir el consumo de alcohol y otras drogas en los Servicios de atención al niño sano: 0-23 meses; 2-5 años; 6-14 años de los pediatras.

Así mismo, desde el Comisionado Regional para la Droga en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y el Ministerio de Sanidad se ha difundido la infografía sobre "Hogares Sin Humo" entre la Red de Planes sobre Drogas.

Facilitar el abandono del abuso de alcohol y dependencia del alcohol, mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.

- *9-11. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (CAD, centros de día, CRA) (3 indicadores).*

A través de la memoria anual del Comisionado Regional para la Droga se valoran las altas terapéuticas en los CAD, detectándose un **descenso** de 1,4 puntos porcentuales entre 2017 y 2022. Es importante indicar que la tendencia ascendente se rompe en el año del inicio de la pandemia por COVID.

En los Centros de Día también se comprueba un **descenso** de 7,2 puntos porcentuales en las altas terapéuticas entre 2017 y 2022 (negativo). Al igual que en el indicador anterior, en el año 2020 se rompe la tendencia positiva en las altas terapéuticas.

Los datos de la memoria indican que las altas terapéuticas en los Centros Residenciales de tratamiento para alcoholismo (CRA) tiene una **evolución positiva** con un aumento en el porcentaje de altas terapéuticas entre 2017 (40,6%) y 2022 (45,7%) de 5,1 puntos.

Tabla 33. Proporción de alta terapéuticas en los programas y servicios asistenciales en personas con trastorno por alcohol

INDICADOR	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentajes de altas terapéuticas de alcohol en los CAD	20,1%	24,7%	25,5%	29,2%	22,1%	18,7%
Porcentajes de altas terapéuticas en Centros de día	32,6%	26,3%	19,4%	34,8%	30,9%	25,4%
Porcentajes de altas terapéuticas en los CRA	40,6%	43,2%	43,5%	49,6%	34,4%	45,7%

Fuente: SAITCyL y Memorias anuales, Comisionado Regional para la Droga

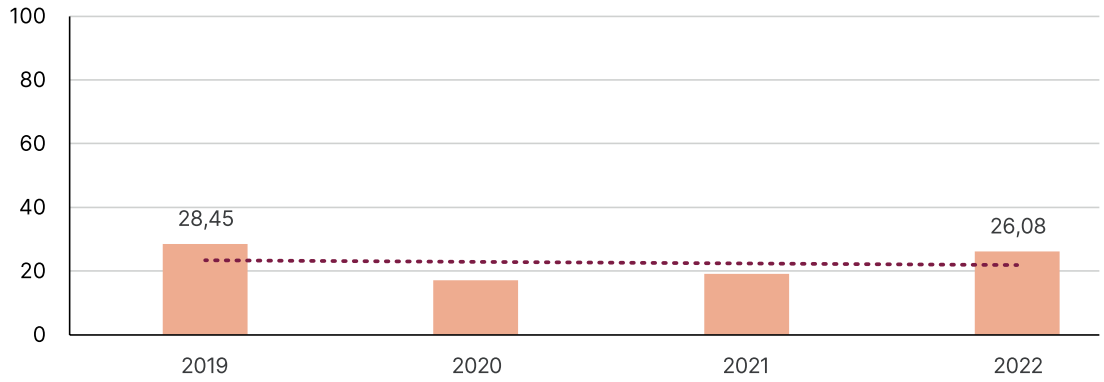
Promover la integración social y laboral de las personas con problemas de alcoholismo.

- *12. (P) Proporción de personas con problemas de alcohol que participan en actuaciones de formación e integración laboral.*

Respecto a este indicador sólo se disponen de datos de calidad a partir del año 2019 y la comparación detecta un pequeño **descenso** ente el 2019 y el 2022 de 2,4 puntos

porcentuales, aunque hay un aumento respecto a los años anteriores que se han visto muy influidos por la pandemia, dado que este tipo de actuaciones se paralizaron, por lo que se está en pleno proceso de recuperación.

Figura 79. Proporción de personas con problemas con el alcohol que participan en actuaciones de formación e integración laboral (alcohol)



Fuente: SAITCyL y Memorias anuales, Comisionado Regional para la Droga

A pesar de que los sistemas de información han mejorado la calidad de los datos, en el momento de la evaluación del Plan no es posible hacer un análisis por sexo al no disponerse de los datos desagregados en este indicador.

Objetivo general 1.2. Reducir la prevalencia del consumo de tabaco

Este objetivo general cuenta con 2 indicadores que valoran resultados Intermedios (IM) y con otro que valora resultados a corto plazo (CP). Dos indicadores se han mostrado estables y uno ha tenido una evolución positiva, así que el cumplimiento ha sido del 66,6%.

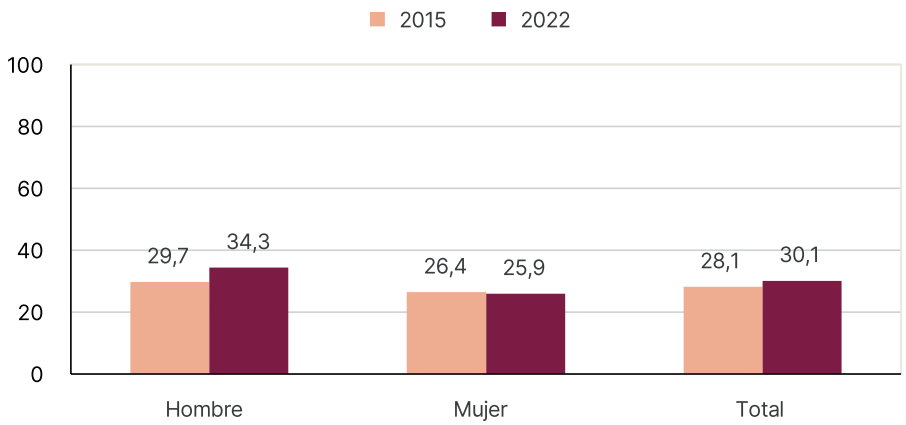
Tabla 34. Cumplimiento de indicadores objetivo general 1.2.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Consumo diario (IM)	2	0	0	2	0	50%
Planteamiento de dejar de fumar (CP)	1	0	1	0	0	100%
TOTAL	**3**	**0**	**1**	**2**	**0**	**66,6%**

1-2 (IM) Prevalencia de personas que fuman a diario en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores). (Estable)

Durante los años de vigencia del Plan se observa **un aumento** no significativo de la proporción de personas que fuman a diario los últimos 30 días en la población general, pasando del 28,1% en 2015 al 30,1% en 2021/22. Según la encuesta EDADES de 2021/22 los hombres informan de un porcentaje **significativamente mayor** de fumadores diarios (34,3%) que las mujeres (25,9%).

Figura 80. Evolución de los fumadores diarios en la población general de 15 a 65 años de Castilla y León (%)

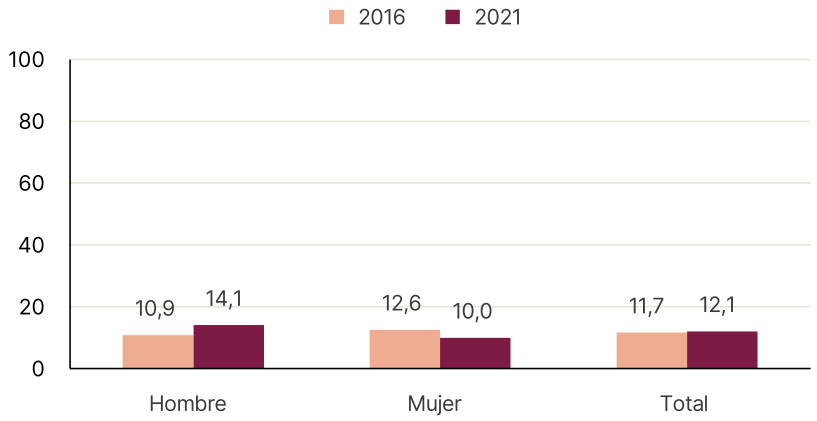


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general.
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Así mismo, hay que indicar que se detecta un aumento no significativo de 4,6 puntos porcentuales en la prevalencia del consumo diario en los últimos 30 días entre los hombres pasando de un 29,7% en 2015 a un 34,3% en 2021/22. Sin embargo, entre las mujeres se detecta un descenso de medio punto porcentual pasando de un 26,4% a un 25,9%, respectivamente, aunque tampoco es significativo.

En la población escolar también se mantiene estable el porcentaje de fumadores diarios ya que no se detectan diferencias significativas (2016: 11,7%; 2020: 12,1%), sin embargo, por primera vez el consumo en 2020 es significativamente superior entre los chicos, 14,1% frente al 10% en las chicas.

Figura 81. Evolución de los fumadores diarios en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León (%)



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES)
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Además, la comparación con los datos de 2016 indica un incremento entre los chicos (2016: 10,9%; 2021:14,1%) y un descenso entre las chicas (2016: 12,6%; 2020:10%), aunque en ninguno de los dos grupos es significativo.

- *3. (CP) Proporción de la población general que se ha planteado seriamente dejar de fumar en el último mes.*

El porcentaje de fumadores que se lo ha planteado y lo ha intentado en 2017 fue de 44,0% y en 2022 del 53,7%, lo que supone un aumento **estadísticamente significativo** de 9,7 puntos porcentuales. Si observamos las cifras por sexos vemos que ha habido un aumento de 5 puntos en los hombres entre EDADES 2017 (46,3%) y 2022 (51.3%) que no es significativo; en cuanto a las mujeres, hay un incremento de 15,5 puntos porcentuales entre el año 2017 (41,7%) y el 2022 (57,2%) **estadísticamente significativo.**

Objetivos específicos:

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 6 indicadores, uno no ha podido ser valorado, dos tiene una valoración positiva y tres se mantienen estables, por lo que la valoración del cumplimiento es del 70%.

Tabla 35. Cumplimiento de indicadores de los Objetivos específicos del Objetivo General 1.2.

INDICADORES TABACO	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Percepción del riesgo (CP)	2	0	1	1	0	75%
Reducir la disponibilidad (CP)	1	0	0	1	0	50%
Retrasar la edad de inicio (IM)	1	0	0	1	0	50%
Abandono de la dependencia (IM)	2	1	1	0	0	100%
TOTAL	**6**	**1**	**2**	**3**	**0**	**70%**

Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco.

- *4. (CP) Proporción de la población general que considera que fumar un paquete de tabaco a diario es muy o bastante arriesgado.*

Según la encuesta EDADES, en la población general se mantiene estable la **percepción** del riesgo frente al consumo diario de tabaco ya que el porcentaje de personas que consideran que el consumo habitual de tabaco es muy o bastante arriesgado pasa de un 93,8% en 2015 a un 95,3% en 2021, una diferencia de 1,5 puntos porcentuales, pero sin diferencias significativas, continuando con la tónica ascendente de los anteriores 5 años. En cuanto al sexo, en 2021/22 las mujeres obtienen un porcentaje del 97,0% en este indicador, siendo **estadísticamente superior** al de los hombres (93,8%). Si diferenciamos el evolutivo por sexos comprobamos que no hay diferencias significativas entre los hom-

bres a lo largo de los años, ya que en 2017 el porcentaje fue del 93,3% y en 2021/22 del 93,8%. **Sí hay diferencias significativas** en el evolutivo de mujeres, con un incremento de 2,8 puntos porcentuales (94,2% en 2017 y 97,0% en 2021/22).

- *5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que fumar un paquete de tabaco a diario puede suponer bastantes o muchos problemas.*

El porcentaje de estudiantes que consideran que fumar un paquete de tabaco a diario puede suponer problemas se **incrementa** en 2,8 puntos porcentuales, pasando de un 91,7% en el año 2016 a un 94,5% en 2020, **con diferencias significativas.**

En ESTUDES 2020 el porcentaje de chicas que consideran que fumar un paquete de tabaco diario puede suponer bastantes problemas (97,4%) es mayor que el de los chicos (91,5%), siendo las diferencias **significativas.**

Respecto al evolutivo por sexos, se observa en los hombres que entre el año 2016 (90,6%) y el 2020 (91,5%) no existen diferencias significativas. Respecto a las mujeres se ve que entre los años 2016 (92,6%) y el año 2020 (97,4%) sí **existen diferencias significativas.**

Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial del tabaco en los menores de edad.

- *6. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir tabaco.*

El porcentaje de estudiantes que consideran fácil o muy fácil conseguir tabaco se incrementa, pasando de un 92,5% en 2016 al 94,1% en 2020, no siendo la diferencia estadísticamente significativa. En ESTUDES 2020 los porcentajes entre sexos tampoco presentan diferencias significativas (92,9% en chicos y 95,3% en chicas). Si analizamos los datos por sexos encontramos que no hay diferencias significativas a lo largo de los años en los hombres (93,0% en 2016 y 92,9% en 2020); pero **sí hay diferencias significativas** en las mujeres, con un incremento de 3,3 puntos porcentuales entre el año 2016 (92,0%) y el 2020 (95,3%).

Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco.

- *7. (IM) Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de estudiantes de 14 a 18 años.*

Según la encuesta ESTUDES la edad de inicio en el consumo de tabaco se mantiene **estable,** con una edad media de 14,0 años en el año 2016 y de 14,1 en 2021. Es importante señalar que sigue la tendencia de un lento pero estable retraso del inicio del consumo desde el año 2008 (13,3 años).

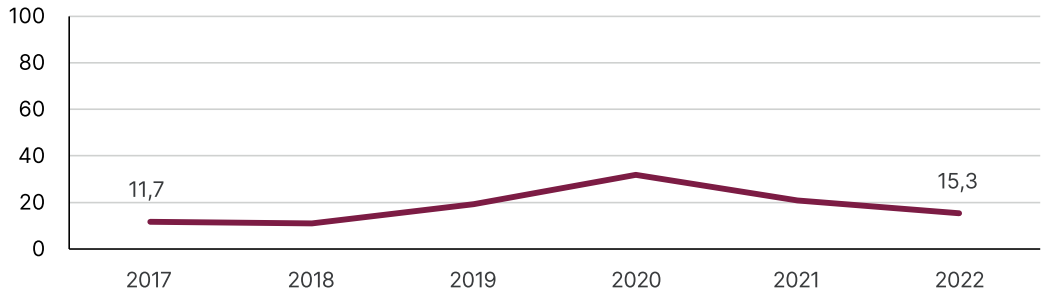
En ESTUDES 2020 la media de inicio para chicos y chicas es similar ya que no se detectan diferencias significativas (13,9 años en chicos y 14,2 años en chicas). Tampoco hay diferencias significativas en el histórico de hombres (13,8 años en 2016 y 13,9 en 2021) ni de las mujeres (13,9 años en ambas encuestas).

Facilitar el abandono de la dependencia del tabaco mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.

- *8-9. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (servicios de tratamiento del tabaquismo, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo) (2 indicadores).*

Para valorar este indicador se dispone principalmente de los datos de las unidades de tabaquismo de la comunidad autónoma. Entre los años 2017 y 2022 hay un **incremento** de las altas terapéuticas de 3,6 puntos, pasando del 11,7% en 2017 al 15,3% en 2022.

Figura 82. Evolución de las altas terapéuticas de las unidades de tabaquismo de SACYL (%)



Fuente: Memoria del Plan regional sobre drogas. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Respecto a los tratamientos financiados a través de la Asociación Española contra el Cáncer hay que indicar que tras la pandemia el acuerdo de colaboración con la Asociación española contra el Cáncer no se mantuvo, debido a que dicha asociación no presentó interés en el mismo, por lo que no ha sido posible valorar este indicador.

Objetivo general 1.3. Reducir la prevalencia de consumo de hipnosedantes y drogas ilegales

Este objetivo general dispone de 9 indicadores específicos para su valoración, de los cuales 8 evalúan resultados intermedios (IM) y 1 resultados a corto plazo (CP). De ellos hay 6 estables, 1 con evolución positiva y 2 con evolución negativa. El objetivo de cumplimiento es del 44,4%.

Tabla 36. Cumplimiento de indicadores Objetivo General 1.3

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Consumo en el último año de cannabis (IM)	2	0	1	1	0	75%
Consumo en el último año de cocaína (IM)	2	0	0	1	1	25%
Consumo en el último año de drogas de síntesis (IM)	2	0	0	2	0	50%
Consumo en el último año de otras drogas ilegales (IM)	2	0	0	2	0	50%
Tasa de incidencia urgencias hospitalarias por drogas ilegales (CP)	1	0	0	0	1	0%
TOTAL	**9**	**0**	**1**	**6**	**2**	**44,4 %**

1-6. (IM) Prevalencia de personas que han consumido en el último mes cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años (6 indicadores).

En cuanto a la población escolar, se observa **un descenso** en la prevalencia de personas que han consumido cannabis durante los 30 días anteriores: en la encuesta de 2016 el porcentaje fue del 18,5%, mientras que en 2020 dicho porcentaje descendió 3,1 puntos, al 15,4%, siendo este descenso **significativo.** Respecto al sexo en 2021 no se detectaron diferencias significativas (16,9% en chicos y 13,8% en chicas). A lo largo de los años, teniendo en cuenta el sexo, no hay diferencias significativas en el grupo de hombres (21,3% en 2016 y 16,9% en 2021) ni tampoco en el grupo de mujeres (15,9% en 2016 y 13,8% en 2021). La evolución en este indicador es por tanto positiva.

Respecto a los hipnosedantes sin receta, la prevalencia de escolares que los han consumido en el último mes pasa de un 2,7% en 2016 a un 2,3% en 2021, aunque la diferencia no es significativa. En chicos estudiantes entre 14 y 18 años, se observa un descenso de 1 punto porcentual entre el porcentaje de 2016, 2,4% y de 2020, 1,4%, pero no es significativo. En las chicas, durante el mismo período se observa un incremento de 0,3 puntos porcentuales entre 2016, 2,9% y 2021, 3,2%, pero el aumento no es significativo. Por lo que el indicador permanece estable.

El consumo de cocaína en población escolar presenta una ligera tendencia **a la baja,** del 1,0% que la había consumido 30 días antes en 2016 pasa al 0,7% en 2021, aunque sin diferencias significativas, por lo que la situación permanece estable. En el grupo de los chicos se verifica el descenso en el consumo, no significativo (1,5% en 2016, y 0,7% en 2021), en el grupo de las mujeres se mantiene estable (0,5% en 2016 y 0,7% en 2021).

En menores de 14 a 18 años el consumo en el último mes de drogas de síntesis presenta estabilidad, ya que se detecta un ligero descenso no significativo, pasando de 0,8% en 2016 a 0,6% en 2020. En el grupo de chicos se detecta una reducción pasando del 1,5% en 2016 al 0,6% en 2020, aunque no es significativa. En las chicas aumenta del 0,2% en 2016 al 0,5% en 2021, aunque tampoco es significativo.

En cuanto al consumo del resto de drogas ilegales se mantiene la estabilidad, pasando de un 1,8% en 2016 a un 1,6% en 2020, sin diferencias significativas. En los chicos se ve una reducción no significativa entre los años 2016 (2,7%) y 2021 (1,6%). Entre las chicas hay un aumento no significativo, del 1,0% en 2016 al 1,7 % en 2021.

*Tabla 37. Prevalencia de personas que han consumido en el último mes cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población **total** de estudiantes.*

	2016	2018	2021
Cannabis	18,5%	17,1%	15,4%
Hipnosedantes sin receta	2,7%	2,0%	2,3%
Cocaína	1,0%	0,7%	0,7%
Drogas síntesis	0,8%	0,2%	0,6%
Otras drogas ilegales	1,8%	1,3%	1,6%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

*Tabla 38. Prevalencia de **hombres** que han consumido en el último mes cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población de estudiantes.*

	2016	2018	2021
Cannabis	21,3%	19,5%	16,9%
Hipnosedantes sin receta	2,4%	2,0%	1,4%
Cocaína	1,5%	0,9%	0,7%
Drogas síntesis	1,5%	0,3%	0,6%
Otras drogas ilegales	2,7%	-	1,6%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

*Tabla 39. Prevalencia de **mujeres** que han consumido en el último mes cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población de estudiantes.*

	2016	2018	2021
Cannabis	15,9%	14,9%	13,8%
Hipnosedantes sin receta	2,9%	2,1%	3,2%
Cocaína	0,5%	0,5%	0,7%
Drogas síntesis	0,2%	0,1%	0,5%
Otras drogas ilegales	1,0%	-	1,7%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Según la encuesta EDADES, la prevalencia en población adulta de consumo de cannabis en los 30 últimos días ha aumentado, ya que en 2015 el 3,7% de la población afirmó haberlo consumido y en 2022 fue el 5,2%. Sin embargo, las diferencias no son significativas, por lo que el indicador permanece estable. En 2022 se detectan **diferencias significativas** por sexo (7,1% hombres y 3,3% de mujeres).

En cuanto a los hombres se comprueba un aumento de 1,3 puntos porcentuales, desde el 5,8% de 2015 hasta el 7,1% de 2022, aunque no es significativo. Con las mujeres también hay un aumento de 1,7 puntos porcentuales, pero tampoco es significativo, pasa del 1,6% en 2015 al 3,3% de 2022.

La encuesta EDADES muestra un ligero descenso no significativo en el consumo de hipnosedantes sin receta: del 0,7% en 2015 para en el 2022 al 0,2%, por lo que este indicador se considera estable.

En cuanto a los hombres se observa una tendencia **estable,** en EDADES 2015 el 0,7% de hombres consumió hipnosedantes sin receta durante el último mes, y en 2022 el porcentaje fue del 0,2%, pero no hay diferencias significativas. En las mujeres sucede algo muy similar, en 2015 el porcentaje de mujeres que consumieron el último mes hipnosedantes sin receta fue del 0,7% y en 2022 del 0,2%, no siendo las diferencias significativas.

En cuanto al consumo en los últimos 30 días de cocaína (en polvo), aunque son pequeños consumos, el porcentaje **se eleva** en 5 décimas (2015: 0,2% y 2022: 0,7%), siendo las diferencias significativas. Respecto a los hombres hay un ligero aumento entre los años 2015 (0,4%) y 2022 (1,1%) de 7 décimas porcentuales, aunque el aumento no es significativo. En las mujeres hay una ligera elevación de 3 décimas porcentuales pasando del 0,0% en 2015 al 0,3% en 2022, tampoco significativo.

Las drogas de síntesis permanecen **estables** a un nivel muy bajo, ya que tan sólo el 0,1% de la población refiere haberlas consumido los 30 días antes tanto en 2015 como en 2022. Ni en el grupo de hombres a lo largo de los años (0,1% en 2015 y 0,2% en 2022), ni en el grupo de mujeres (0,0% en 2015 y 0,1% en 2022) hay diferencias significativas.

Lo mismo sucede con el resto de drogas ilegales cuyo consumo se mantiene **estable** al no detectarse diferencias estadísticamente significativas (0,3% en 2015 y 0,8% en 2022). Se comprueban ligeros aumentos a lo largo del tiempo entre los hombres (0,6% en 2015 y 1,2% en 2022) y entre las mujeres (0,0% en 2015 y 0,4% en 2022), pero en ningún grupo las diferencias son significativas.

*Tabla 40. Prevalencia de personas que han consumido en el último mes cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población general, **total.***

	2015	2017	2019	2022
Cannabis	3,7%	5,7%	7,5%	5,2%
Hipnosedantes sin receta	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%
Cocaína	0,2%	0,6%	0,7%	0,7%
Drogas síntesis	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%
Otras drogas ilegales	0,3%	0,6%	1,1%	0,8%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. EDADES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

*Tabla 41. Prevalencia de **hombres** que han consumido en el último mes de cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población general.*

	2015	2017	2019	2022
Cannabis	5,8%	9,0%	10,9%	7,1%
Hipnosedantes sin receta	0,7%	0,1%	0,0%	0,2%
Cocaína	0,4%	1,1%	1,3%	1,1%
Drogas síntesis	0,1%	0,0%	0,8%	0,2%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. EDADES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

*Tabla 42. Prevalencia de **mujeres** que han consumido en el último mes de cannabis, hipnosedantes sin receta, y otras drogas ilegales en la población general.*

	2015	2017	2019	2022
Cannabis	1,6%	2,2%	4,0%	3,3%
Hipnosedantes sin receta	0,7%	0,3%	0,0%	0,2%
Cocaína	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Drogas síntesis	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. EDADES. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

Por último, el indicador de la tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales en mayores de 15 años muestra **una elevación** entre el año 2017 (90 por 100.000) y el 2022 (174 por 100.000).

Objetivos específicos:

La valoración de los 6 objetivos específicos se realiza a través de 17 indicadores, 6 intermedios (IM), 10 a corto plazo (CP) y 1 de proceso (P), 1 de los cuáles no ha podido ser valorado, 5 han tenido una evolución positiva y 7 se han mantenido estables, cumpliéndose el 53,1% de los objetivos.

Tabla 43. Cumplimiento de indicadores objetivos específicos del Objetivo General 1.3.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Percepción del riesgo (CP)	6	1	2	2	1	60%
Tolerancia social (CP)	1	0	0	0	1	0%
Accesibilidad (CP)	3	0	1	2	0	66,6%
Edad de inicio (IM)	3	0	0	3	0	50%
Abandono del abuso y dependencia (IM)	3	0	1	0	2	33,3%
Inserción social (P)	1	0	1	0	0	100%
TOTAL	**17**	**1**	**5**	**7**	**4**	**53,1%**

Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de hipnosedantes, cannabis y resto de drogas ilegales.

- *7-12 (CP) Proporción de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que considera que el consumo habitual o regular de cannabis, hipnosedantes y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas (6 indicadores).*

Respecto al cannabis el porcentaje de alumnado entre 14 y 18 años que consideran que su consumo habitual puede suponer bastantes o muchos problemas ha **descendido** significativamente en 3,4 puntos (91,7% en 2016 y 88,3% en 2021). Hay **diferencias significativas** entre chicos (84,5%) y chicas (92,0%) en 2021.

Entre los chicos a lo largo de las encuestas se aprecia un descenso de 2,3 puntos porcentuales (un 86,8% en 2016 y un 84,5% en 2021), pero sin diferencias significativas. Sin embargo, en las mujeres si hay **diferencias significativas** entre los años 2016 (96,2%) y el 2021 (92,0%).

Si se analiza la percepción de los estudiantes sobre el consumo de hipnosedantes sin receta se observa que se ha **incrementado** la percepción de riesgo entre los años 2016 (89,5%) y 2021 (92,6%), siendo la **diferencia significativa.** Los datos por sexos a lo largo del tiempo indican que no hay diferencias significativas ni en hombres (88,3% en 2016 y 91,6% en 2021) ni en mujeres (90,7% en 2016 y 93,4% en 2021).

En cuanto a la cocaína la percepción del riesgo **se mantiene estable,** pasa del 97,3% en 2016 al 98,1% en 2021, pero sin diferencias significativas. Las chicas tienen una mayor percepción de riesgo sobre esta sustancia, al responder con un porcentaje del 99,3% frente a un 96,9% de los chicos en 2021 siendo la **diferencia significativa.** En cuanto al histórico de hombres se incrementa en 1,2 puntos porcentuales (del 95,7% al 96,9% en 2021) pero no es significativo. Entre las mujeres tampoco hay diferencias significativas a lo largo de los años a pesar del aumento de 6 décimas (del 98,7% en 2016 al 99,3% en 2021).

Respecto a las drogas de síntesis los porcentajes pasan del 97,1% en 2016 al 97,6% en 2020. Otra vez son las chicas (98,6%) las que informan de una mayor percepción de riesgo en la ESTUDES 2020 que los chicos (96,5%) siendo la **diferencia significativa.** En el grupo de hombres hay un incremento de 8 décimas (del 95,8% en 2016 al 96,6% en 2020). En el grupo de mujeres el incremento de tan solo de 2 décimas, del 98,4% en 2016 al 98,6 % en 2020. Ninguna de estas cifras ofrece diferencias estadísticamente significativas, lo que implica la **estabilidad de la elevada percepción de riesgo** sobre estas sustancias.

Para el resto de las drogas ilegales en 2016 el 98,0% de la población escolar consideraba que su consumo podría ser problemático pasando a un 98,6% en 2020, sin ser significativo. Por lo tanto, la población escolar de Castilla y León **mantiene estable la percepción del riesgo** respecto al consumo de estas sustancias. Igualmente sucede si se analizan los datos sobre los hombres entre los años 2016 (96,8%) y 2021 (97,6%), que aumentan en 8 décimas, aunque no es significativo. En mujeres hay una elevación no significativa entre los años 2016 (99,1%) y el 2021 (99,6%). Hay que destacar que los porcentajes casi son el 100%.

Respecto a la población general, la encuesta EDADES en el momento actual sólo cuenta con respuesta para dos objetivos de este indicador: el consumo de cannabis y de hipnosedantes.

En relación al cannabis entre los años 2015 y 2022 se ha elevado la proporción de la población general que considera que su consumo regular puede suponer bastantes problemas, pasando de un 82,7% al 88,3%, aunque no existen diferencias significativas. En cuanto a las respuestas por sexo, en la última encuesta de 2022 **hay diferencias significativas entre sexos,** observándose una mayor percepción de riesgo en las mujeres, con un porcentaje del 91,3% , respecto a los hombres (85,4%).

Respecto a los hombres, hay un incremento no significativo de la población que considera como un riesgo el consumo habitual de cannabis (un 82,3% en 2015 y un 85,4% en 2021/22). En las mujeres tampoco hay diferencias significativas, pasando del 91,2% en 2015 al 91,3% en 2022.

La percepción de riesgo en población adulta sobre los hipnosedantes, en 2017 el porcentaje fue del 69,1% y en 2022 del 79,1% lo que supone un incremento de 10 puntos porcentuales, con diferencias significativas. En el año 2022, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, alcanzando los hombres un porcentaje del 80,0% y las mujeres del 78,1%. Si se analizan los datos por sexo a lo largo de los años vemos que **hay diferencias significativas** tanto entre hombres, con un incremento de 11,6 puntos entre el año 2017 (68,4%) y el 2022 (80,0%), como entre mujeres con 8,2 puntos entre el año 2017 (69,9%) y el 2022 (78,1%).

Reducir la aceptación social del consumo del cannabis e hipnosedantes sin receta (negativo).

- *13 (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir hachís o marihuana.*

La proporción de estudiantes que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir hachís o marihuana **ha disminuido** en 12,5 puntos porcentuales a lo largo de los años ya que el porcentaje pasa de 91,8% en 2016 a un 79,3% en 2021, siendo las diferencias significativas. Si tenemos en cuenta a las madres, hay una disminución estadísticamente significativa de 11 puntos porcentuales (93,8% en 2016 y 82,8% en 2021). En cuanto a los padres, en 2016 hay un porcentaje del 92,4% y en 2021 del 92,6%, un aumento de 2 décimas no significativo. Esto indica, según informa el alumnado de entre 14 y 18 años de Castilla y León, que se ha incrementado la tolerancia del consumo de cannabis entre las madres.

Si tenemos en cuenta el sexo de los encuestados se observa que los **chicos** informan respecto a padre y madre en 2016 de un porcentaje del 90,9%, mientras que en 2021 el porcentaje es de 78,7%, una diferencia de 12,2 puntos **estadísticamente significativa;** respecto de los padres, hay una diferencia de 5 décimas (91,6% en 2016 y 92,1% en 2021), aunque no es significativa. En cuanto a la percepción sobre las madres se observa una **disminución** de 10,7 puntos (92,4% en 2016 y 81,7% en 2021) estadísticamente significativa.

El patrón de respuesta de las chicas es similar, respecto a los padres y madres hay una disminución de 12,8 puntos (92,7% en 2016, y 79,9% en 2021) **significativa;** respecto a los padres hay un descenso de 3 décimas no significativo (93,3% en 2016 y 93,0% en 2021); **sí hay diferencias significativas** en cuanto a las madres: 12,7 puntos porcentuales entre el año 2016 (95,3%) y 2021 (82,6%).

Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas.

- *14-16 (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales (3 indicadores).*

Según ESTUDES el porcentaje que considera fácil o muy fácil conseguir cannabis ha disminuido, pasando en 2016 del 70,3%, al 67% de 2021, aunque no es una diferencia significativa. En ESTUDES 2021 no hay diferencias significativas entre sexos, con un porcentaje del 68,4% para hombres y del 65,5% para mujeres. Tampoco hay diferencias significativas dentro del grupo de hombres (71% en 2016 y 68,4% en 2021, ni el de mujeres (69,7% en 2016 y 65,5% en 2021).

En el caso de la cocaína el porcentaje **baja** 6,1 puntos porcentuales (del 37,6% al 31,5%), siendo la diferencia significativa. No hay diferencias significativas por sexos en 2021 (33,4% para los chicos y 29,4% para las chicas). En cuanto a los chicos, hay una disminución de 4,1 puntos no significativa (37,5% en 2016 y 33,4% en 2021). Para las mujeres la **disminución** es de 8,3 puntos, siendo significativa (37,7% en 2016 y 29,4% en 2021).

El acceso a las drogas de síntesis desciende del 26,6% al 22,2%, no siendo la diferencia significativa. Tampoco aquí hay diferencias significativas entre sexos en 2021, el 22,6% de los chicos y 21,7% de las chicas. En el evolutivo no se encuentran diferencias significativas ni en el grupo de chicos (28,2% en 2016 y 22,6% en 2021), ni en el de chicas (25,0% en 2016 y 21,7% en 2021).

Para las otras drogas ilegales el descenso es de 5,5 puntos porcentuales (49,9% en 2016 y 44,4% en 2021), aunque tampoco es significativo. En el evolutivo por sexos sucede lo mismo, hay disminución, pero las diferencias no son estadísticamente significativas ni en hombres (50,8% en 2016 y 45,2% en 2021), ni en mujeres (48,8% en 2016 y 43,5% en 2021).

Retrasar la edad de inicio en el consumo de distintas drogas.

- *17-19 (IM) Edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en la población de estudiantes de 14 a 18 años (3 indicadores). (Tres estables)*

En la población escolar la media de edad de inicio en el **cannabis** se **mantiene estable** ya que pasa el año 2016 de media de inicio a los 15 años a los 14,8 años en 2020, pero sin diferencias significativas. En el año 2020 hay diferencias significativas entre sexos, **la media de edad del inicio** del consumo **en las chicas es significativamente superior** a la de los chicos (15,1 años frente a 14,6 años, respectivamente). A lo largo de las encuestas hay diferencias significativas en el grupo de chicos, con un **descenso en la edad de inicio,** 15 años en 2016 y 14,6 en 2020. En cuanto a las mujeres, la edad se incrementa de 15 años en 2016 a 15,1 en 2020, no siendo las diferencias significativas.

La edad de inicio de consumo de **cocaína se mantiene estable** en 14,9 años entre 2016 y 2020, sin diferencias significativas; nuevamente hay **diferencias significativas entre sexos** en la encuesta de 2020 (14,3 años media de edad de inicio en chicos, y 15,7 años en chicas). No la hay entre los hombres (en 2016 14,5 años, en 2020 14,3 años), ni tampoco entre las mujeres (15,6 años en 2016, 15,7 años en 2020) a lo largo de los años.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de **drogas de síntesis** aumenta desde los 14,7 años en 2016 a 15,3 años en 2020, sin diferencias significativas, aunque sí entre sexos en 2020, una media de 15,7 para las chicas y de 15,0 para los chicos. Tampoco hay diferencias significativas en el grupo de hombres a lo largo de los años) 14,2 años en 2016 y 15,3 en 2020), ni en el grupo de mujeres (15,4 años en 2016 y 15,7 en 2020). Por lo tanto, se comprueba que las edades de los primeros contactos se mantienen estables. En general los chicos son más precoces en sus primeros contactos con drogas ilegales que las chicas.

Facilitar el abandono de la dependencia a las drogas ilegales mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.

- *20-22 (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (CAD, centros de día, y comunidad terapéutica) (3 indicadores).*

Este indicador se valora con los datos del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) y la Memoria anual del Plan Regional. Las altas terapéuticas en los Centros Ambulatorios de Drogodependencias (CAD) sobre drogas ilegales experimenta un **descenso** entre los años 2017 y 2022: del 17,7% al 14,8%, 2,9 puntos. En cuanto a las altas en las Comunidades Terapéuticas (CT) manifiestan un **descenso** de 16,8 puntos (pasando del 37,8% en 2017 al 21,0% en 2022). Respecto a los Centros de Día (CD), las altas sobre drogas ilegales **se incrementan,** con ligeras variaciones en el puntaje (30,3% en 2017 al 31,5% en 2022).

Tabla 44. Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales (drogas ilegales)

INDICADOR	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Porcentajes de altas terapéuticas en los CAD	17,7%	13,6%	14,7%	13,2%	14,6%	14,8%
Porcentajes de altas terapéuticas en CT	37,8%	46,2%	30,8%	40,5%	36,1%	21,0%
Porcentajes de altas terapéuticas en los CD	30,1%	23,4%	38,3%	40,3%	40,8%	31,5%

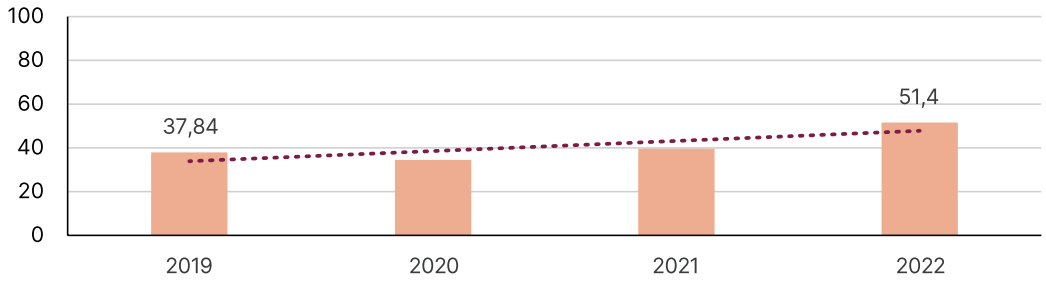
Fuente: SAITCyL y Memorias anuales, Comisionado Regional para la Droga

Promover la integración social y laboral de las personas con problemas de drogas.

- *23. (P) Proporción de drogodependientes en tratamiento que participan en actuaciones de formación e integración laboral.*

Los datos disponibles de este indicador con calidad son del año 2019, ya que con anterioridad los sistemas de información no eran los adecuados. En cuanto a la proporción de drogodependientes en tratamiento que participan en actuaciones de formación e integración laboral se observa **un aumento** evidente de 13,56 puntos porcentuales, pasando del 37,84% en 2019 al 51,40% en 2022.

Figura 83. Proporción de personas que participan en actuaciones de formación e integración laboral (drogas ilegales) %



Fuente: SAITCyL y Memorias anuales, Comisionado Regional para la Droga

A pesar de que los sistemas de información han mejorado la calidad de los datos, en el momento de la evaluación del Plan no es posible hacer un análisis por sexo al no contar con los datos desagregados.

Objetivo general 2. Reducir los riesgos y daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas

La valoración de este objetivo al no tener indicadores directos se realiza a través del grado de consecución de los objetivos específicos.

Objetivos específicos:

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 15 indicadores, 4 de los cuáles han tenido una evolución positiva y 4 de los cuáles han permanecido estables, por lo que el cumplimiento es del 53,3%.

Tabla 45. Cumplimiento de indicadores específicos del Objetivo General 2.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Accidentes de tráfico (CP)	3	0	2	0	1	33,3%
Conductas de riesgo (IM y CP)	9	0	0	4	5	22,2%
Exposición humo en centro escolar (CP)	1	0	1	0	0	100%
Evitar daños en menores. Participación intervenciones (P)	2	0	1	0	1	50%
TOTAL	**15**	**0**	**4**	**4**	**7**	**53,3%**

Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas (impacto pandemia).

- *1-2. (CP) Proporción de alcoholemias y controles de otras drogas positivos en controles por accidentes de circulación (2 indicadores).*

El indicador sobre la detección de alcohol tras un accidente de circulación muestra un **ligero incremento** de dos décimas entre el año 2017 (2,5%), y 2022 (2,7%). En 2021 manifiesta un fuerte aumento, posiblemente debido a la influencia de la pandemia por Covid-19, que implicó la contención de ciertos hábitos con una intensidad muy elevada, lo que tuvo otras consecuencias no deseadas al terminar las diferentes medidas de confinamiento.

En cuanto a otras drogas, los controles muestran una evolución **positiva,** al disminuir respecto al año 2017 la presencia de otras sustancias en los controles tras un accidente, pasando del 19,4% al 18,4% de los conductores.

- *3. (CP) Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.*

Entre los años 2017 y 2022 se muestra el **mantenimiento** del porcentaje de positivos en controles preventivos de alcoholemia en un 0,8 %. Al igual que el primer indicador de este objetivo, hay una elevación de los positivos en el año 2021 hasta el 1,2% de los controles, que no sigue la tendencia de la serie.

Tabla 46. Datos sobre detección de drogas relacionadas con la conducción

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Proporción de alcoholemias positivas en controles por accidentes de tráfico	2,5%	2,5%	3,1%	3,0%	7,9%	2,7%
Proporción de controles positivos de otras drogas por accidentes de tráfico	19,4%	14,8%	17,0%	20,1%	17,5%	18,4%
Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	1,2%	0,8%

Fuente: Elaboración Comisionado Regional para la Droga.

Prevenir los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias en los consumidores de alcohol y otras drogas.

- *4. (IM) Prevalencia de la población general de personas con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.*

Para este indicador se emplean los resultados de la Encuesta EDADES de consumo de riesgo (AUDIT: consumo semanal igual o superior a 28 UBE para los hombres e igual o superior a 17 UBE/semana para mujeres). Se observa un **ligero mantenimiento** del porcentaje de personas bebedoras de riesgo entre los años 2017 (6,1%) y el 2021-22 (5,8%), ya que las diferencias no son significativas. En el año 2022 el consumo de riesgo es superior en hombres (un 7,2% frente a un 3,9% en mujeres), no existiendo diferencias significativas. A lo largo de los años se observa que el consumo de riesgo ha aumentado ligeramente entre los hombres (de un 6,4% en 2017 a un 7,6% en 2021-22), aunque las diferencias no son significativas. Entre las mujeres sin embargo ha disminuido (de un 5,9% en 2027 a un 4,1% en 2021-22), aunque las diferencias tampoco son significativas.

- *5-6. (IM) Prevalencia de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que en los últimos 30 días han consumido 5 o más cañas/copas de alcohol en un periodo de 2 horas. (2 indicadores).*

En la población general se **mantiene** el porcentaje que declara en los últimos 30 días haber consumido 5 o más cañas/copas de alcohol en un período de 2 horas (en el año 2015 el 15,1%, y 2022 el 15,9%), ya que las diferencias no son significativas. Respecto a esta última cifra, hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en 2022, siendo el porcentaje de consumo en binge drinking del 21,5% en hombres y del 10,3% en mujeres. Si observamos el evolutivo por sexos, hay un incremento en los hombres a lo largo de las encuestas (20,9% en 2015 al 21,5% en 2022) que no es significativo; entre las mujeres hay también un ligero incremento en el tiempo (9,1% en 2015 y 10,3% en 2022) que tampoco es significativo.

Sin embargo, en la población de estudiantes se observa un pequeño descenso de esta conducta de riesgo: de un 36,1% en 2016 al 33,3% en 2021 aunque no existen diferencias significativas. Tampoco hay diferencias significativas entre sexos en este indicador el año 2021. Las cifras bajan tanto en el grupo de los hombres a lo largo del tiempo (de un 38,6% en 2016 a un 34,5% en 2021) como entre las mujeres (de un 33,6% a un 32,1% en 2021), sin diferencias significativas en ninguno de los grupos.

- *7-8. (IM) Prevalencia de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años con policonsumo o consumo de dos o más drogas, excluido el tabaco,* ***en el último mes.*** *(2 indicadores).*

Los policonsumidores se definen como aquellas personas que consumen dos o más drogas excluyendo el tabaco. Este indicador se mide atendiendo a los resultados de dos encuestas: la EDADES de población general entre 15 y 64 años y la ESTUDES, con población estudiantil entre 14 y 18 años.

Según la encuesta EDADES el policonsumo en población general en el último mes **asciende significativamente** desde el 10,1% en 2015 al 14,9% en 2022. En el año 2022, un 14,4% de los hombres y un 15,4% en las mujeres (la diferencia no es significativa). En 2022, el alcohol está presente en el 98,4% de los consumos, seguido de los hipnosedantes en el 61,4% de los casos y el cannabis en el 45,1%.

Si se analiza este indicador diferenciando sexos, se observa que entre los hombres el policonsumo **ha aumentado** entre los años 2015 (10,2%) y 2022 (14,4%), 4,2 puntos porcentuales, siendo las diferencias significativas. Lo mismo ocurre en las mujeres 5,3 puntos porcentuales (10,1% en 2015 y 15,4% en 2022).

Los resultados de la encuesta ESTUDES indican un descenso del policonsumo (20,0% en 2016 y 17,9% en 2021, aunque las diferencias no son significativas). Respecto al policonsumo en el año 2020 el 18,4% los chicos y 17,3% las chicas lo refieren sin diferencias significativas. Sería deseable que esta disminución se comprobara como una tendencia en futuras encuestas.

En esta franja de edad las combinaciones más frecuentes son alcohol y cannabis (71,0%) y alcohol e hipnosedantes (13,9%) en 2021.

Si se observa el evolutivo a lo largo de las encuestas ESTUDES por sexos, se comprueba que entre los hombres sí ha habido una **reducción significativa** a lo largo de los años, pasando de un 23% de chicos con policonsumo en 2016 a un 18,4% en 2021. En las chicas la cifra permanece estable, de un 17,2% en 2016 a un 17,3% en 2021.

- *9-10. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años y de 18 o más años (2 indicadores).*

Estos dos indicadores se valoran a través del indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de alcohol en población de 12 o más años notificadas a SAIT-CYL. Los datos son recogidos en los hospitales públicos de las provincias de León, Palencia y Valladolid, entre los años 2017-2022.

En menores de edad se ha detectado un **aumento** de la tasa de urgencias por 100.000 habitantes pasando en 2017 del 67/100.000 a en 2022 96/100.000. Hay que valorar la posible incidencia que haya causado la sensibilización entre profesionales de la salud y cuerpos y fuerzas de seguridad del estado a partir de la implantación del Programa Ícaro Alcohol, lo que ha mejorado el registro, la detección y derivación a hospitales en caso de intoxicación etílica de menores.

En mayores de edad, sin embargo, hay un **ligero aumento** entre la tasa por 100.000 habitantes en 2017 que se situó en 186, y la de 2022, situada en 205.

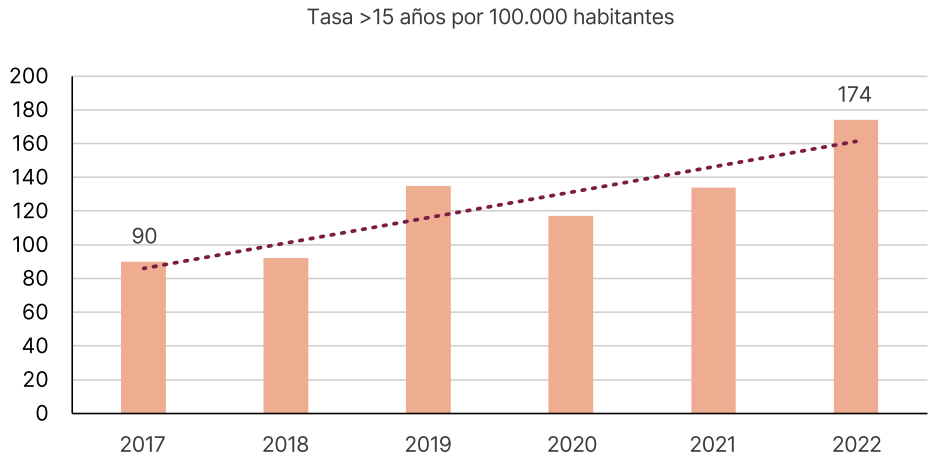
Comentar que en año 2020, durante la época de confinamiento en la pandemia por COVID-19, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias descendió ostensiblemente en menores, a la mitad concretamente, 41/100.000, reduciéndose también la de adultos a 168/100.000, para luego recuperarse ambas. Hay que considerar que tras el confinamiento se produjo una fase de desinhibición en la población, especialmente en relación al consumo de alcohol en el contexto social.

- *11. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales.*

Para valorar este indicador también se utiliza el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas ilegales que se notifican al SAITCyL.

En estos años, la tasa de urgencias hospitalarias debidas al consumo de drogas ilegales experimentó un **ligero ascenso.** En la población mayor de 15 años, la tasa por 100.000 habitantes se situó entre el valor mínimo de 90/100.000 en 2017, y el máximo de 174/100.000 en 2022. Señalar que, durante el año 2020, al igual que con el alcohol, hubo un descenso en la tasa hasta 117/100.000 posiblemente debido a los efectos del confinamiento sobre la disponibilidad de sustancias.

Figura 84. Evolución de la tasa de urgencias hospitalarias por consumo de drogas ilegales en la población de Castilla y León.

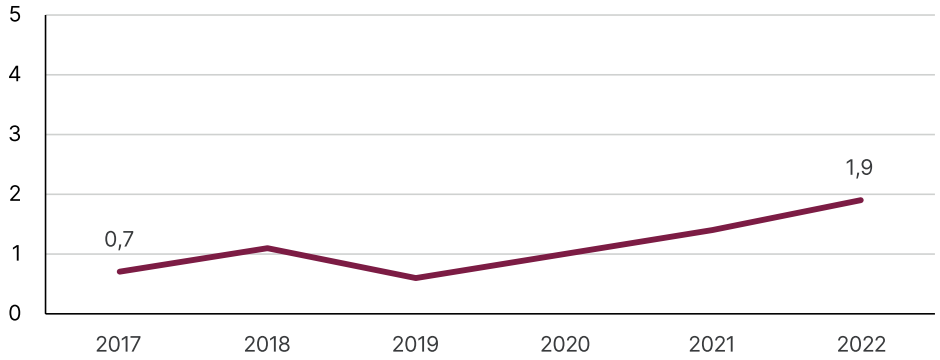


Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

- *12. (IM) Proporción de personas drogodependientes que acuden por primera vez a tratamiento y que han utilizado la vía inyectada en el último año o en el último mes.*

Los datos de SAITCYL muestran un ascenso de 1,2 puntos porcentuales, pasando del 0,7% en 2017 al 1,9% en 2022.

Figura 85. Proporción de consumidores de drogas que acuden por primera vez a tratamiento y que utilizaron la vía inyectada en el último año (%)



Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

Evitar la exposición al humo de tabaco especialmente en el contexto laboral y en niños y adolescentes.

- *13. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que ha observado fumar tabaco dentro del recinto escolar.*

El porcentaje de alumnado que informa haber observado fumar en el recinto escolar **ha descendido en todas las categorías de fumadores.** En el caso de que el fumador forme parte del profesorado hay una disminución de 3,2 puntos (en ESTUDES 2016 lo refería un 47,7% del alumnado y en 2021 el 44,5%). En el caso de que el fumador forme parte del alumnado del centro la disminución es de 6 puntos (en 2016 lo refería el 72,4% y en 2021 el 66,4%). Por último, para otras personas en ESTUDES 2016 lo refería un 35,7% y en 2021 un 33,0%, una diferencia de 2,7 puntos. Destacar que el mayor descenso en los informes de haber visto fumar es el que se adjudica a los **estudiantes del centro.**

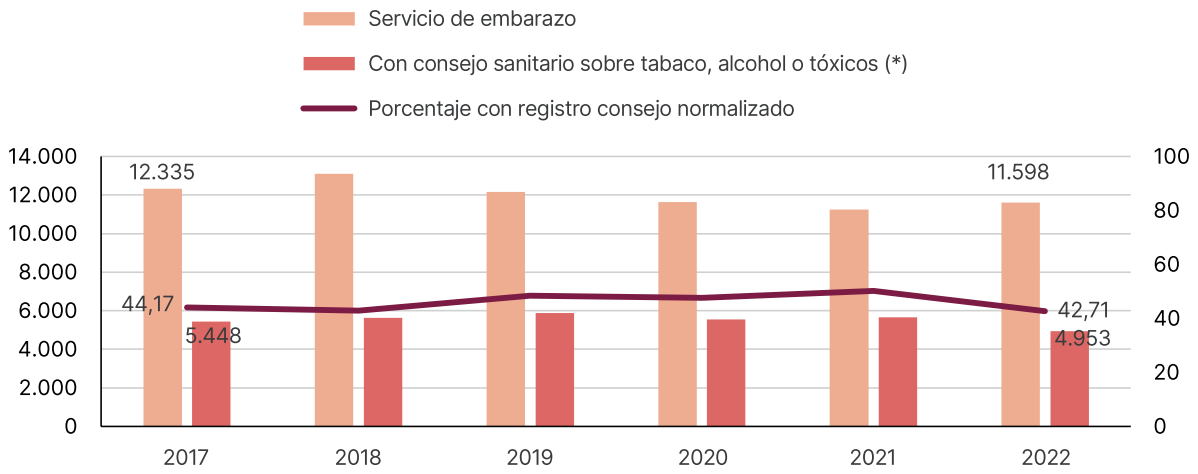
Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.

- *14. (P) Porcentaje de mujeres que están intentando concebir, embarazadas y en período de lactancia incluidas en el Servicio de Atención a la embarazada en Atención Primaria a las que se ha ofrecido consejo sanitario para no fumar y no consumir alcohol.*

La información para evaluar este indicador ha sido facilitada por SACYL, a través de los datos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, a través de la Dirección General de Salud Digital entre los años 2017 y 2022.

Se puede observar que apenas llegan al 50% los embarazos en los que se registra de forma expresa el consejo sanitario para no consumir alcohol, tabaco y otras drogas. Hay que advertir que **es probable que se esté infraestimando** la presencia de este consejo durante el embarazo, al ser anotado con frecuencia en la Historia Clínica de las pacientes de forma que no puede ser explotado en las bases de datos disponibles. Entre los años 2017 (44,17%) y 2022 (42,71%) hubo un descenso de 1,5 puntos porcentuales.

Figura 86. Proporción de mujeres que han recibido consejo sanitario sobre prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo



Fuente: Dirección General de Salud Digital, Gerencia Regional de Salud, Salud Castilla y León

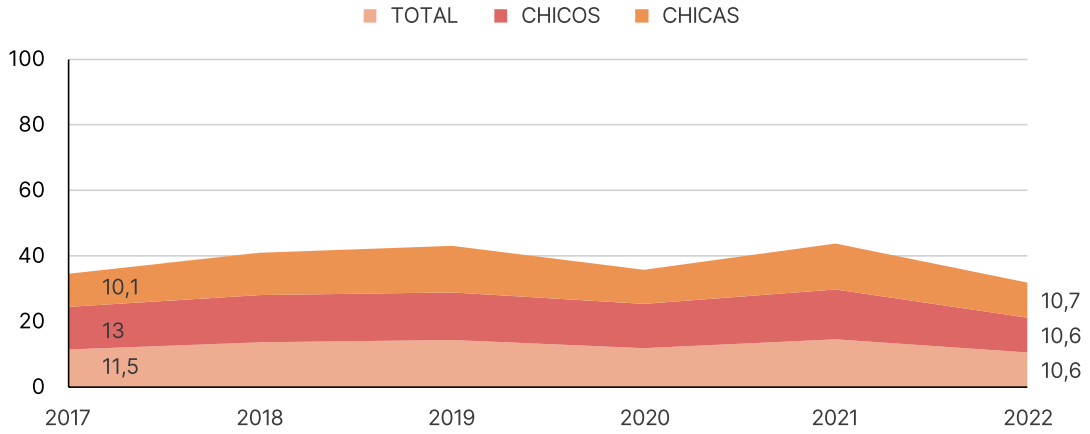
- *15. (P) Porcentaje de menores que han sufrido abandono o maltrato por el abuso de alcohol u otras drogas por parte de sus progenitores en los que se realizan intervenciones tempranas.*

Los datos proporcionados por el Servicio de Protección a la Infancia de la Junta de Castilla y León contemplan los porcentajes de menores con expedientes de Protección a la Infancia entre los años 2017 y 2022 en los que se ha realizado una valoración y donde **consta el abuso de alcohol y/u otras drogas en uno o en ambos progenitores** como uno de los factores de vulnerabilidad que se tienen en cuenta en la evaluación de la desprotección. La valoración de los expedientes incluye tres niveles en los que se puede estimar la gravedad de la influencia del factor en las capacidades parentales respecto a la desprotección:

- el abuso de drogas en el pasado ha afectado negativamente al cuidado del niño
- en la actualidad los progenitores tienen períodos en los que son incapaces de cuidar al niño debido a los problemas de intoxicación por sustancias
- los padres están de forma crónica incapacitados para cuidar al niño por su intoxicación por sustancias.

En 2017 el porcentaje de menores que contaban con este factor entre los posibles fue del 11,5%, mientras que en 2022 el porcentaje fue de 10,6% del total de expedientes de protección abiertos, por lo que se ha constatado un **descenso** de 0,9 puntos porcentuales. La afectación entre niños y niñas por este factor de vulnerabilidad es muy similar. Hay un 9% del total expedientes en los que no consta el registro informático la valoración de los factores de vulnerabilidad realizada.

Figura 87. Proporción de expedientes de protección relacionados con el consumo de alcohol y/o sustancias ilegales como indicador de desprotección (%)



Fuente: Servicio de Protección a la Infancia, Gerencia de Servicios Sociales, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León

Objetivo general 3. Promover la formación, evaluación e investigación en materia de drogodependencias

Este objetivo se ha cumplido al haber tenido una evolución positiva los cuatro objetivos específicos asociados.

Objetivos específicos:

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 11 indicadores que han evolucionado positivamente, por lo que el 100% de los indicadores que valoran los objetivos específicos se han cumplido.

Tabla 47. Cumplimiento de indicadores de los objetivos específicos del Objetivo General 3.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Formación a los profesionales y voluntarios (P) (CP)	2	0	2	0	0	100%
Sistemas de información (CP)	1	0	1	0	0	100%
Estudios e investigaciones (CP)	1	0	1	0	0	100%
Programas con evaluación del proceso antes generalización (CP)	1	0	1	0	0	100%
TOTAL	**5**	**0**	**5**	**0**	**0**	**100%**

Estimular la formación de los profesionales y voluntarios que intervienen en drogodependencias.

- *1. (P) Realización de un Plan anual de formación.*

En la evaluación Intermedia del plan se realizó una detección de necesidades que se han ido cubriendo a lo largo de las formaciones anuales que todos los años se operativizan en el mes de octubre con el Centro Regional de Formación y Estudios Sociales (CREFES).

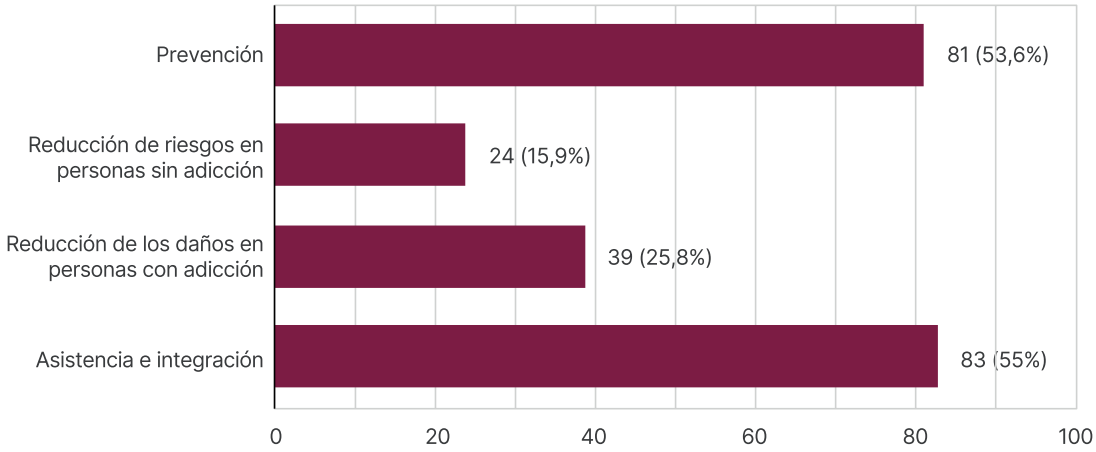
- *2. (CP) Proporción de técnicos del área de drogodependencias (de las administraciones autonómica-local y de las entidades del tercer sector) que participan al menos en una actividad formativa al año.*

El total de participantes en la encuesta que se envió a todos los recursos tanto de prevención como de asistencia fue de 151 profesionales de los que el 80,1% fueron mujeres, la media de edad entre los participantes de 45,8 años.

La mayor participación fue por parte de la de las personas que trabajaban en el área de atención e incorporación social, con una representación del 55%, aunque este grupo es el que mayor peso tiene entre la red de profesionales, representando el 89,2%.

En segundo lugar, han participado las personas que trabajan en el área de prevención (56,3%) que entre el total de profesionales representa el 10,8%. Es importante tener en cuenta que hay profesionales que intervienen sobre varias áreas prioritarias.

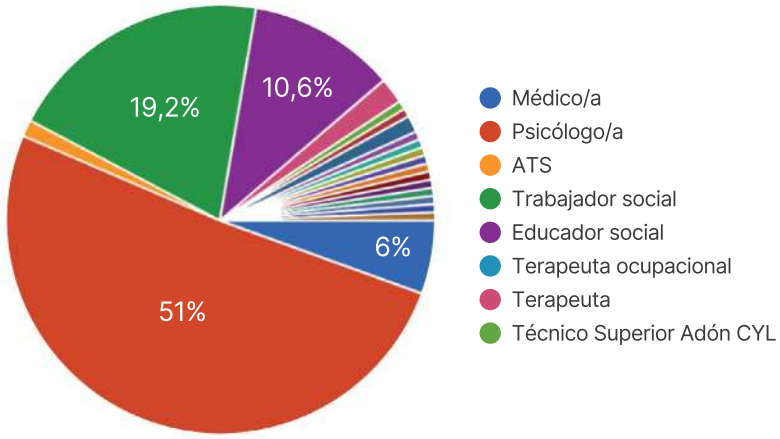
Figura 88. Participación en el estudio sobre la formación recibida por profesionales del ámbito de las drogodependencias e impulsada por el Comisionado Regional para la Droga



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Analizando las categorías profesionales, el perfil más prevalente entre los participantes fue el de psicólogos (51%), seguido del de trabajador social (19,2%) y medicina (6%).

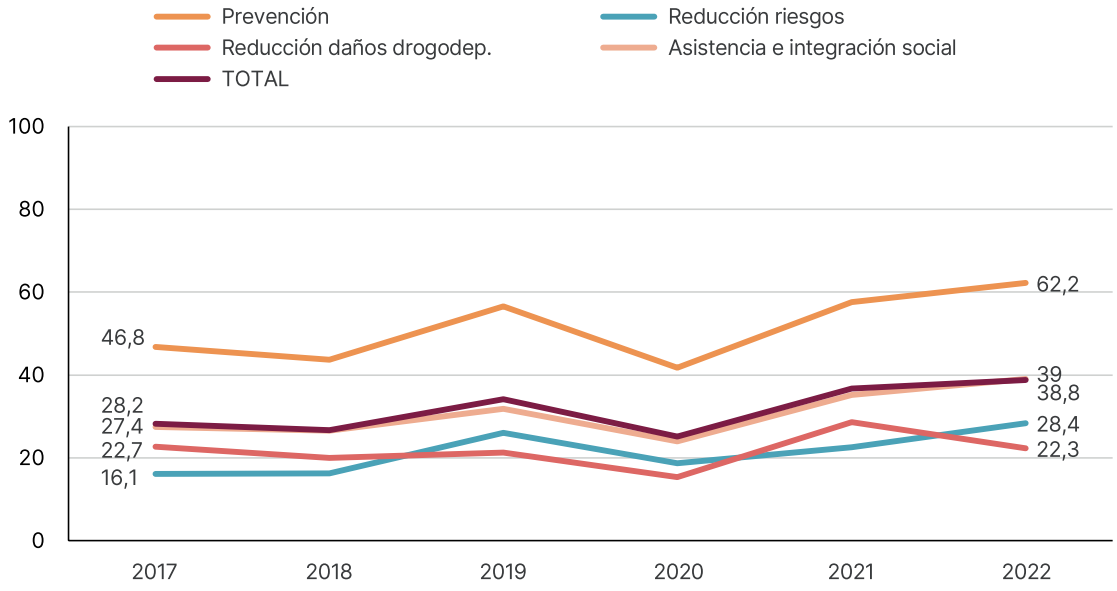
Figura 89. Formación profesional de los participantes en el estudio sobre la formación recibida e impulsada por el Comisionado Regional para la Droga



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

La proporción de profesionales del campo de las drogodependencias que han participado anualmente en una o más actividades formativas de 5 o más horas, evoluciona positivamente pasando de un 28,2% en 2017 a un 38,8% en 2022. El área en el que más aumenta el porcentaje de profesionales formados es el de prevención. La única área donde el porcentaje de profesionales no aumenta es el área de reducción de los daños en personas con drogodependencia manteniéndose la cifra inicial.

Figura 90. Porcentaje de profesionales con al menos una actividad formativa al año de 5 o más horas



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Respecto a la satisfacción con la formación recibida hay que indicar que más del 60% de los profesionales la valoran como "Buena=4" o "Muy buena=5". La formación mejor valorada es la del área de prevención, segunda de la del área de asistencia e integración sociolaboral, de reducción de los riesgos y la peor la del área de reducción de los daños en personas con problemas de drogodependencias.

Figura 91. Satisfacción con la formación del Área de prevención

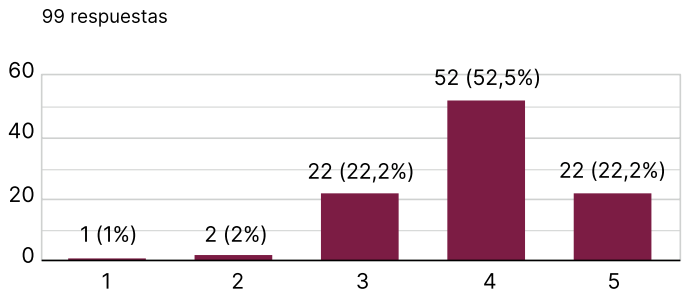


Figura 92. Satisfacción con la formación del Área de reducción de los riesgos

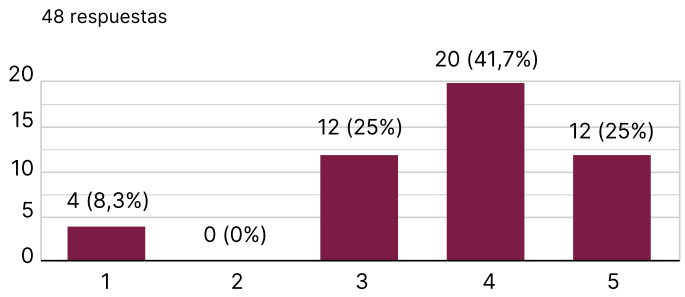


Figura 93. Satisfacción con la formación del Área de reducción de los daños en personas con drogodependencia

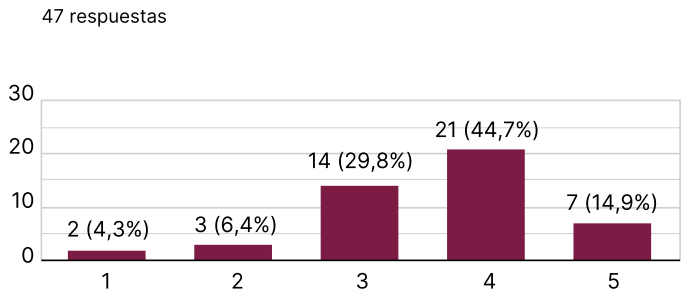
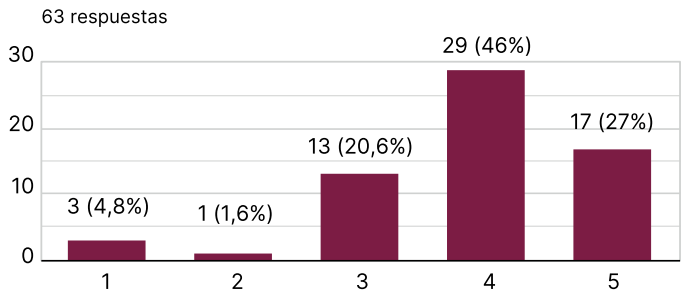


Figura 94. Satisfacción con la formación del Área de Asistencia e integración



Fuente: Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas. Comisionado Regional para la Droga.

Mantener los sistemas de información del Plan Regional sobre drogas, distribuyendo con agilidad los datos disponibles.

- *3.(CP) Número anual de informes periódicos realizados y difundidos sin un desfase mayor de un año desde la disponibilidad de los datos.*

Desde el año 2016 al 2022 se elaboran los informes sobre los indicadores establecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones - SAITCYL (Admisiones a tratamiento ambulatorio de adicciones con sustancia y juego patológico, Urgencias hospitalarias y muertes relacionadas con el consumo de sustancias) y sus evolutivos, así como la memoria anual de las actuaciones desarrolladas en el marco del Plan autonómico de drogas y los informes anuales de los programas de prevención Indicada, del Programa Ícaro Alcohol y de la Acción coordinada de adicciones sin sustancia.

Estos informes se publican entre los meses de julio y octubre, y se difunden a través la página web del Comisionado para la Droga en el apartado de Sistemas de información, o en el apartado específico del programa. Además, se envía el enlace de los informes a los profesionales y entidades implicadas en los mismos de cara a mejorar su difusión y a facilitar la información actualizada a los y las profesionales del sector. Por lo que el objetivo se considera conseguido.

Fomentar la investigación aplicada en materia de drogodependencias.

- *4. (CP) Número anual de estudios e investigaciones realizadas en el marco o en colaboración con el Plan Regional sobre drogas.*

Durante la vigencia del presente Plan se ha continuado potenciando la investigación tanto desde el CRD como desde las entidades colaboradoras que forman parte de la Red de Adicciones, en el año 2021 se alcanzó el número de 22 estudios e investigaciones, por lo que el objetivo se ha cumplido y evoluciona de manera positiva.

Tabla 48. Estudios realizados en el marco del VII Plan Sobre drogas

Agente que impulsa el estudio	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CRD	4	4	7	3	7	5
Entidadesen colaboración o no con universidades, grupos de trabajo y sociedades científicas	1	4	6	8	15	16
TOTAL	**5**	**8**	**13**	**11**	**22**	**21**

Los estudios impulsados tanto por el Comisionado Regional para la Droga como por las entidades que forman la red de asistencia y de prevención del Plan autonómico de drogas se han llevado a cabo en colaboración con las siguientes entidades públicas de interés:

- Universidades: de las Islas Baleares, Oviedo, Salamanca Pontificia y pública y Valladolid,

- Grupos de trabajo: universitario UnicHos; EVICT; Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd);
- Sociedades científicas y asociaciones: SECALPAR, SEPAR, de neumología y cirugía torácica, Asociación española de pediatría, colegio profesional de fisioterapeutas; Fundación ATENEA y de Patología dual.

Promover la evaluación periódica de los programas y servicios del Plan sobre Drogas, en especial antes de su implantación generalizada.

- *5. (CP) Proporción de programas con evaluación del proceso antes de su generalización.*

El 100% de los programas, protocolos y actuaciones tanto de prevención como de asistencia que se están desarrollando en estos momentos en Castilla y León han tenido una evaluación previa del proceso de implantación, generando en la mayor parte de ellos mejoras en los contenidos o propuestas establecidas en los mismos. Desde el año 2017 al 2022 se han instaurado y realizado la evaluación del proceso de los siguientes programas de prevención nuevos:

Tabla 49. Programas con evaluación realizados durante el VII Plan sobre drogas

ÁREA DE INTERVENCIÓN	ACTUACIÓN	POBLACIÓN O CONTENIDOS EVALUADOS	AÑO
Prevención universal	Taller Drogas ¿qué?	Pilotado con alumnado de ciclos formativos	2017
	Programa de prevención Sastipem	Realizado con adolescentes de etnia gitana	2020
	Programa Pértiga	Desarrollado con adolescentes de asociaciones juveniles	2017
	Programa Nexus	Incorporación de las sesiones de pantallas	2019
		Adaptación a adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual	2021
		Adaptación para menores en protección	2018
	Programa para madres y padres Moneo	Adaptación a grupos de madres y padres con hijos/as de edades de 14 - 16 años	2017
		Incorporación de sesiones de pantallas	2019
		Adaptación para grupos de madres y padres con hijos/as con discapacidad intelectual	2021
		Incorporación de la perspectiva de género en el programa	2021
	Programa Competencia Familiar - PCF	Programa universal con intervención grupal con toda la familia (madres/padres e hijos/as)	2018
Prevención selectiva	Programa familiar Dédalo	Incorporación de sesiones de pantallas	2019
	Programas Galilei	Adaptación para centros de protección a la infancia	2017
		Adaptación para menores infractores en el Centro Regional Zambrana	2017

Reducción de los riesgos	Programa Ícaro - Alcohol	Intervenciones breves desde los servicios de urgencias y emergencias e intervención familiar individual posterior	2017/ 2018
	Sensibilización frente a la sumisión química	Documento informativo para jóvenes que salen de fiesta	2022
	Taller de reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas	Actualización de contenidos e incorporación de la perspectiva de género	2019
	Taller de Autoescuelas	Manualización y actualización de contenidos	2022
Asistencia	Programa Quirón	Grupos de ayuda mutua entre jóvenes con problemas de alcoholismo	2017
	Servicio de atención integral a mujeres víctimas de violencia de género con trastorno por uso de sustancias	Mujeres de estas características que precisan de un apoyo residencial	2018
	Modelo de coordinación funcional para pacientes con patología dual grave	Pilotaje en las áreas de salud de Salamanca, este y oeste de Valladolid y Zamora	2019
	Protocolo de vacunación de hepatitis C en población drogodependiente	Pilotaje en colaboración con el Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid	2019
	Taller TRIAT de intervención con personas con trastorno por uso de sustancias y sanciones por infracciones contra la seguridad vial	Pilotaje en colaboración con recursos ambulatorios de Red de Asistencia al drogodependiente.	2021

Por tanto, el indicador **se ha cumplido** al haberse convertido la evaluación de los programas y procesos en una herramienta integrada dentro de las actuaciones del VII Plan autonómico sobre drogas.

Objetivo general 4. Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan sobre Drogas

Este objetivo **se ha cumplido** al haber tenido una evolución positiva los cuatro objetivos específicos asociados, con una valoración final de consecución de los objetivos en un 100%.

Tabla 50. Cumplimiento de indicadores específicos del Objetivo General 4.

INDICADORES	Nº Indicadores	No valorables	Evolución positiva	Estables	Evolución negativa	% Éxito
Acuerdos y documentos técnicos aprobados Administración Autonómica (CP)	1	0	1	0	0	100%
Acuerdos y documentos técnicos aprobados CCLL (CP)	1	0	1	0	0	100%
Acuerdos y documentos técnicos aprobados tercer sector (CP)	1	0	1	0	0	100%
TOTAL	**3**	**0**	**3**	**0**	**0**	**100%**

Objetivos específicos:

En los diferentes objetivos específicos se produce una mejora de la situación inicial, al haberse potenciado las estructuras de coordinación existentes y haberse creado nuevos grupos de trabajo que han elaborado documentos dirigidos a la mejora de los programas y servicios.

Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías y Centros Directivos de la Administración Autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.

- *1. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.*

En cada uno de los grupos de trabajo constituidos con los diferentes centros directivos de la Junta de Castilla y León se ha elaborado un documento de consenso y de acuerdos, además se han establecido calendarios de actuación para los objetivos marcados. Por lo que se considera que el objetivo se ha **cumplido**. A continuación, se describen los documentos técnicos elaborados:

Área de prevención y sistemas de información:

- Modelo de derivación a los programas de prevención indicada desde centros de protección a la infancia. 2017
- Aprobación del Programas de detección, intervención y derivación Ícaro-Alcohol. 2018.
- Modelo de intervención con menores infractores con consumos esporádicos o problemáticos de drogas. 2019
- Elaboración de los documentos de apoyo para la implantación de los programas de prevención escolar y una plataforma colaborativa de consulta. 2020
- Protocolo del Indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio por trastorno por juego 2020.
- Protocolo de valoración, intervención y derivación de menores con consumo de drogas desde las Unidades de Intervención Educativa - UIE de Castilla y León. 2021.
- Diseño del curso de formación para la detección precoz de conductas problemáticas para orientadores en colaboración con la FAD y Educación. 2021
- Protocolo de derivación a los programas de prevención indicada desde los centros educativos. 2022.
- Ventana abierta a la familia. Colaboración con el Servicio de Promoción de la salud de la Dirección General de Salud pública. 2019/2022.

Área de Asistencia e integración:

- Actualización de los contenidos en adicciones de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de SACyL. 2021.
- Modelo de Intervención en casos con patología dual entre la red de salud mental y la de drogas. 2019.
- Revisión y actualización del Servicio de Atención a la persona fumadora de la cartera de servicio de Atención Primaria de SACYL. 2019.
- Grupo de trabajo de las secciones de drogodependencias para elaborar la propuesta del taller TRIAT. 2018/2019.
- Guías para el funcionamiento de los centros y servicios de la red de intervención en drogodependencias durante la crisis sanitaria por la covid-19.2020/23.
- Incorporación del tratamiento del tabaquismo en la red de asistencia al drogodependiente. 2021.
- Ficha técnica y protocolo de utilización de la Buprenorfina en comprimidos (2018) y Buprenorfina depot (2020) desde la Red de Asistencia al Drogodependiente.

Potenciar la coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas, en especial con las Corporaciones Locales de Castilla y León.

- *2. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.*

Cada uno de los grupos de trabajo ha elaborado un documento de consenso y de acuerdos, por lo que se considera el **objetivo cumplido.** A continuación, se describen los grupos de trabajo creados con sus respectivos documentos técnicos:

- Convenio con la Federación de municipios y provincias de Castilla y León para impulsar la Guía Práctica para reducir el consumo de alcohol. 2017.
- Grupo de trabajo para el seguimiento e impulso del Programa de prevención con asociaciones juveniles Pértiga. 2017.
- Grupo de trabajo para la intervención y formación en accidentes de tráfico en colaboración con la DGT. 2017.
- Grupo de trabajo para el impulso del Programa de detección en urgencias y emergencias Ícaro-Alcohol. 2017.
- Grupo de trabajo para la actualización de los talleres de accidentes de tráfico. 2018.
- Grupo de trabajo para la actualización de la intervención en autoescuelas. 2020/21.

- Grupo de trabajo para la elaboración del programa Moneo de prevención universal familiar a las edades de 14-16 años. 2019.
- Grupos de trabajo para la elaboración de la plataforma on-line para la formación en Dispensación Responsable de Alcohol - DRA. 2020.
- Grupo de trabajo para la incorporación de la perspectiva de género en el programa Moneo. 2020/21.
- Grupo de trabajo para la elaboración del Programa de prevención extraescolar Nexus 2.0 en 2022/2023.
- Grupo de trabajo para la elaboración del modelo de coordinación funcional para el abordaje de casos con patología dual. 2018/2019.
- Grupo de trabajo para la detección, vacunación y atención a personas con Hepatitis C. 2018/2019.

Promover la participación social, y la coordinación y cooperación con las entidades privadas del tercer sector.

- *3. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.*

El indicador se considera que ha tenido una evolución positiva al haberse desarrollado los siguientes grupos de trabajo con sus correspondientes acuerdos:

- Grupo de trabajo para la elaboración del Programa Quirón de ayuda mutua entre jóvenes con trastorno por uso de alcohol, en colaboración con las asociaciones de alcohólicos rehabilitados. 2017.
- Grupo de trabajo para la elaboración de la plataforma on-line para la realización de los programas de prevención familiar Moneo y Dédalo. 2020.
- Grupo de trabajo con Plena inclusión para la adaptación de las intervenciones en el ámbito de las adicciones al colectivo con discapacidad intelectual. 2019/2022.

//03.

ALCANCE DEL PLAN

EJES DE ACTUACIÓN



//03.

ALCANCE DEL PLAN

1. EJES DE ACTUACIÓN

El *Plan de adicciones de Castilla y León* incorpora los siguientes ejes fundamentales sobre los que plantea la realización de actuaciones clave:

- Drogas legales (alcohol, tabaco y derivados, bebidas energéticas, e hipnosedantes y opioides sin receta).
- Drogas ilegales.
- Adicciones sin sustancia (juegos con dinero y apuestas, videojuegos)
- Utilización problemática de internet y redes sociales.

El presente Plan incorpora las actuaciones definidas en la *Acción coordinada de Adicciones sin sustancia de Castilla y León,* por lo que el término *"Adicciones sin sustancia",* incluye las dos categorías diagnosticas con entidad clínica propia, es decir el trastorno por juego patológico y la adición a los videojuegos. En el caso de los consumos problemáticos de drogas se utiliza el término *Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)*. El TUS en grado leve y moderado equivale a los casos atendidos desde la prevención indicada

(adolescentes de entre 10 y 21 años), mientras que los graves equivalen a la adicción. El plan trabaja desde el enfoque integral de las intervenciones, incluyendo actuaciones de promoción de la salud, de prevención, de reducción de los riesgos y de los daños, de atención e incorporación social. El enfoque en prevención se basa en los niveles de prevención en función de los factores de riesgo: prevención universal, selectiva e indicada e incorpora también las acciones de prevención ambiental.

La nueva denominación del Plan, al incluir adicciones con y sin sustancia, implica cambios en la denominación de las redes y de los sistemas de información:

- La *Red de planes locales sobre drogas* pasa a denominarse *Red de planes locales sobre adicciones*.
- El Sistema de *Atención e Incorporación social del drogodependiente* (SAISDE) y el de Atención a personas con juego patológico pasan a formar la *Red de Atención a las Adicciones*.
- El *Sistema Autonómico de información sobre toxicomanías de Castilla y León* (SAITCYL) pasa a denominarse Sistema Autonómico de Información sobre Adicciones de Castilla y León (SAIACYL).

Así mismo, en el presente documento se utiliza el término *"pantallas"* para referirnos a la utilización de las TRIC (Tecnologías de las Relaciones, la Información y las Comunicaciones), incluyendo el uso de internet en general y las redes sociales) y el uso de videojuegos ya sea on-line u off-line.

2. VIGENCIA DEL PLAN

El presente plan se plantea como marco temporal el **periodo 2024-2030.** Sin embargo, se considerará vigente hasta que no se haya procedido a la aprobación del siguiente, sin necesidad de realizar ningún otro trámite administrativo.

3. POBLACIÓN DIANA

La población a la que van dirigidas las actuaciones del presente plan son todas las personas que viven y residen en Castilla y León. Poniendo especial interés en los grupos con mayor riesgo para presentar problemas de adicción o de utilización problemática o con mayores dificultades en el acceso a los recursos.

De forma especial, el presente plan y las actuaciones que contemplan tiene en cuenta las diferencias de género que influyen en el problema de las adicciones y así mismo plantean la necesidad de diversificar y adaptar las actuaciones con el objetivo de llegar a personas con necesidades especiales.

4. OBJETIVO ESTRATÉGICO

En 2030, en la población de Castilla y León, habrá disminuido la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el consumo problemático y dependencia de las drogas o el uso inadecuado de medicamentos con capacidad adictiva, así como de las adicciones sin sustancia (trastorno por juego patológico y videojuegos) y la utilización problemática de internet y las redes sociales, incorporando en las actuaciones la perspectiva de género.

5. OBJETIVOS GENERALES

OBJETIVO GENERAL 1.a (OG 1.a): Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y energéticas, tabaco y productos derivados, hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y otras drogas.

Objetivos Específicos 1.a (OE 1.a):

- OE 1.a.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol (a), bebidas energéticas (b), tabaco y derivados (c), hipnosedantes y opioides sin receta (d), cannabis y resto de drogas.
- OE 1.a.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, energéticas, vapeadores y cannabis, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo problemático en la población adulta.
- OE 1.a.3. Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.
- OE 1.a.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas en adolescentes.
- OE 1.a.5. Promover entornos libres de humo, alcohol y de otras drogas para niños y adolescentes y en el contexto laboral.
- OE 1.a.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.
- OE 1.a.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastornos adictivos por uso de sustancias (TUS).

OBJETIVO GENERAL 1.b (OG 1.b): Reducir la prevalencia de utilización problemática de las pantallas y de los juegos con apuestas

Objetivos Específicos 1.b (OE 1.b):

- OE 1.b.1. Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de las pantallas y los juegos con dinero, especialmente en menores de edad.

- OE 1.b.2. Aumentar la edad media del juego con dinero on line y presencial.
- OE 1.b.3. Promover entornos libres de pantallas en contextos de ocio vinculados a adolescentes y jóvenes.
- OE 1.b.4. Facilitar el abandono del trastorno por juego patológico y videojuegos mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.
- OE 1.b.5. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por juego patológico.

OBJETIVO GENERAL 2.a (OG 2.a): Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas.

Objetivos Específicos 2.a (OE 2.a):

- OE 2.a.1. Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, cannabis y otras drogas.
- OE 2.a.2. Prevenir en los consumidores de drogas los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias.
- OE 2.a.3. Evitar la exposición al humo de tabaco especialmente en el contexto laboral y familiar.
- OE 2.a.4. Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.

OBJETIVO GENERAL 2.b (OG 2.b): Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del juego patológico.

Objetivo Específico 2.b (OE 2.b):

- Reducir en las personas con juego patológico comportamientos de alto riesgo (uso concomitante de sustancias, incremento en el gasto) y sus consecuencias.

OBJETIVO GENERAL 3 (OG 3): Promover la formación, evaluación e investigación en materia de adicciones.

Objetivos Específicos 3 (OE 3):

- OE 3.1. Promover la formación basada en la evidencia y en los estándares de calidad, en los equipos profesionales y voluntarios que intervienen en adicciones.
- OE 3.2. Potenciar la formación sobre adicciones en colectivos profesionales y mediadores relacionados con el campo de las adicciones incluyendo la formación pregrado y postgrado (campo educativo, social y sanitario).

- OE 3.3. Mantener los sistemas de información establecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y los propios del Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León, difundiendo con agilidad los datos obtenidos.
- OE 3.4. Fomentar la investigación aplicada de calidad en materia de adicciones.
- OE 3.5. Realizar pilotajes con evaluación de proceso de los nuevos programas y servicios antes de su implantación generalizada.
- OE 3.6. Promover la evaluación de resultados de los programas y servicios impulsados por el Plan de adicciones y su incorporación en las plataformas de buenas prácticas.

OBJETIVO GENERAL 4 (OG 4): Impulsar la coordinación y cooperación entre instituciones y entidades para el desarrollo del Plan de adicciones de Castilla y León.

Objetivos Específicos (OE 4):

- OE 4.1. Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías, especialmente la de Educación, Sanidad y Empleo, así como con los centros directivos de la Administración Autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.
- OE 4.2. Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León a través de la Red de Planes sobre Adicciones, las universidades, y la administración de justicia.
- OE 4.3. Promover la participación social, la coordinación y la cooperación con las entidades privadas del tercer sector.

//04.

PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS COMPLEMENTARIOS



//04.

PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

1. PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS

Las actuaciones que se desarrollen en el ámbito de las adicciones se regirán, por los principios recogidos en las siguientes Leyes:

- Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León que regula el Sistema de servicios sociales de responsabilidad pública.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley de autonomía del paciente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.
- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León
- Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.
- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

Y por los siguientes principios complementarios:

1. Enfoque de salud pública integral. Esta visión implica que las actuaciones se enfocan tanto hacia las personas a lo largo de las diferentes etapas vitales, como a las comunidades en las que viven, de manera que valora los factores contextuales que influyen en los comportamientos relacionados con las adicciones y que condicionan en gran medida estos. Así mismo, tiene en cuenta que las intervenciones individuales para empoderar a las personas repercuten sobre la salud de la comunidad y que las intervenciones tienen que incluir actuaciones de promoción de la salud, de prevención, de reducción de los riesgos y los daños, de tratamiento y de incorporación sociolaboral.

2. Equidad. El Plan busca facilitar en igualdad de condiciones y sin discriminación alguna el acceso a toda la ciudadanía a los diferentes programas y servicios, prestando una especial atención a los grupos más vulnerables o que presenten desigualdades por ámbito de residencia, país de procedencia, etnia, cultura, género, diversidad funcional y condición socioeconómica, teniendo siempre en cuenta la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.

3. Accesibilidad. El problema de las adicciones puede prevenirse y tratarse con mayores probabilidades de éxito si todas las personas afectadas pueden acceder, cuando estén preparadas, ágil y precozmente a los programas y servicios que sean más apropiados para atender sus necesidades.

4. Intersectorialidad. El Plan de Adicciones de Castilla y León aborda desde una perspectiva intersectorial y multifactorial el uso, consumo problemático de drogas y pantallas y la adicción a las drogas, al juego con dinero y a los videojuegos en la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta los factores sociales, culturales, educativos, sanitarios y económicos que favorecen la aparición y el mantenimiento del problema.

5. Compromiso ético. El abordaje de las adicciones, tanto desde los servicios de prevención indicada, como desde los programas de reducción de riesgos o de tratamiento, debe basarse en estándares éticos universales de atención médica (incluyendo el respeto a los derechos humanos y la dignidad del paciente). Esto incluye responder al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación y/o estigmatización. Las personas con trastornos adictivos deben, en la medida posible, tomar decisiones de tratamiento, incluido cuándo comenzar y detener el tratamiento, y su naturaleza. El consentimiento del paciente debe ser obtenido antes de cualquier intervención de tratamiento. Es necesario mantener registros clínicos precisos y actualizados y garantizar la confidencialidad de los registros de tratamiento.

El individuo con trastornos adictivos debe ser reconocido como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que se les brinda a los pacientes con otros problemas psiquiátricos o médicos.

6. Perspectiva de género. El ámbito de las adicciones está determinado, incide y afecta de modo distinto a hombres y mujeres, lo que origina diferentes necesidades en el abordaje tanto de la prevención como de las intervenciones psicoeducativas y terapéuticas, siendo necesario valorar diferencialmente los motivos, los factores de riesgo, los patrones específicos de consumo, los problemas detectados y la respuesta al tratamiento. El Plan incorpora la perspectiva de género tanto en el análisis de los datos como en los programas preventivos y en las intervenciones con personas con trastornos adictivos, siempre en base a la evidencia disponible.

7. Participación social. El problema de las adicciones afecta e involucra a toda la sociedad, siendo necesaria la mejora de la alfabetización en salud de toda la comunidad. Por lo que la participación de los diferentes colectivos implicados a través de sus instituciones y grupos organizados es clave; tanto en la detección de necesidades, el diseño y ejecución de actuaciones o la evaluación de estas.

8. Corresponsabilidad social y responsabilidad pública. La intervención sobre las condiciones favorecedoras de las adicciones con y sin sustancia y sobre sus consecuencias es una responsabilidad compartida que concierne al conjunto de la sociedad. Sin embargo, esta responsabilidad concierne de un modo muy especial a los poderes públicos, quienes tienen que ser responsables de las actuaciones en su ámbito de competencia, protegiendo a la población de los intereses meramente comerciales. Siempre apoyados por las entidades e instituciones privadas que trabajan en el ámbito de las adicciones y que tienen un gran compromiso social.

9. Coordinación y cooperación. La coordinación y cooperación institucional es un requisito básico para conseguir una actuación eficaz frente al uso nocivo de drogas, además de ser una condición indispensable para gestionar con eficiencia los recursos disponibles y evitar lagunas, solapamientos y acciones inconexas.

10. Normalización. Un principio estratégico del Plan es utilizar con carácter preferente la oferta general de recursos educativos, sociales, sanitarios, culturales, recreativos, de empleo, etc. que existen en la comunidad. Aunque en determinadas circunstancias sea necesaria la creación de servicios y programas específicos que sirvan de puente para el real y efectivo acceso de las personas con algún trastorno adictivo a la oferta de recursos normalizados.

11. Descentralización. El principio de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión preside todas las actuaciones del Plan de Adicciones de Castilla y León. Siempre que las circunstancias lo permitan, se acercará lo más posible la toma de decisiones y la solución de los problemas a los ciudadanos, de forma que la responsabilidad de las actuaciones recaiga en la institución más cercana y que esté en mejores condiciones de llevarla a cabo.

12. La prevención como prioridad. Considerando las repercusiones y los costes personales, familiares, laborales, sanitarios y sociales que se derivan de las adicciones, la prevención tiene un carácter prioritario dentro del Plan de Adicciones.

13. Consideración de la evidencia científica y la evaluación. La priorización y el impulso de programas y de actuaciones se realizará considerando la evidencia científica disponible, así como los criterios de efectividad, y si no fuera posible se basará en criterios de buenas prácticas. Para ello, se promoverá la evaluación sistemática de programas, servicios y actuaciones, con el desarrollo inicial de pilotajes y la generalización posterior.

14. Seguimiento permanente y anticipación. El conocimiento y análisis permanente de los factores que influyen en el consumo de drogas, el juego patológico y el uso problemático de las pantallas y sus consecuencias, así como de las políticas desarrolladas y sus resultados, servirá de base para detectar con anticipación los desafíos que debe afrontar el Plan, revisando y adaptando con flexibilidad y rapidez las actuaciones incluidas en el plan operativo.

15. Eficiencia y sostenibilidad de las actuaciones. Para que las actuaciones (programas y servicios) puedan tener resultados positivos es necesario que se mantengan en el tiempo siendo dotados de profesionales cualificados, de recursos materiales y de un presupuesto propio y estable que garantice, siempre y cuando se detecten buenos resultados, las líneas prioritarias de actuación.

16. Autonomía personal. Se promoverá y facilitará la participación de cada persona en la toma de decisiones y seguimiento de las actuaciones que le afecten, promoviendo el empoderamiento en la gestión de su propio cambio, en la libre elección entre las alternativas de atención a que pudiera tener derecho para la cobertura de sus necesidades, y en la asunción de la responsabilidad de los procesos de dicho cambio.

2. CRITERIOS DE ACTUACIÓN

Los criterios que se presentan a continuación son el resultado de los avances científicos que se han producido en la comprensión de las adicciones, sus consecuencias y de las mejores prácticas para evitar y reducir sus efectos, así como la experiencia acumulada desde 1988 con la aplicación de los siete anteriores Planes Autonómicos sobre Drogas.

2.1. CRITERIOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

1. Niveles de prevención. Cada individuo, familia, grupo o comunidad presenta un distinto perfil de riesgo frente al consumo o uso problemático de drogas, pantallas y al juego patológico. La investigación y la práctica demuestran que hay distintos grados de riesgo y de vulnerabilidad, lo que permite distinguir tres niveles de prevención en función del riesgo de la población con la que se interviene (universal, selectiva e indicada), reco-

mendándose que con los grupos en situación de mayor riesgo los esfuerzos preventivos deben empezar antes, ser más intensos, duraderos y más profesionalizados.

2. Prevención basada en la evidencia. La prevención debe basar sus actuaciones en modelos teóricos contrastados, en programas evaluados que hayan demostrado científicamente su efectividad o que incluyan los componentes claves que la evidencia ha identificado, no teniendo cabida las acciones improvisadas, puntuales que no tienen resultados, ni aquellas que pueden tener resultados contra preventivos, por lo que éticamente no son admisibles.

3. Planificación. Los programas preventivos deben ser el resultado de una acción sistemática planificada que garantice la continuidad de las actuaciones. La prevención del consumo de drogas es una tarea sostenida y a largo plazo.

4. Abogacía para la salud. Incluye aquellas acciones y estrategias empleadas para influir en políticas, sistemas y comportamientos de la población para mejorar su salud. Para un adecuado desarrollo de las estrategias preventivas es clave trabajar con los agentes decisores y políticos, así como a la propia comunidad de cara a que puedan apoyar las iniciativas técnicas basada en la evidencia que se propongan, evitando las acciones inadecuadas o no efectivas y velando por la salud de la población frente a otros intereses comerciales.

5. Combinación de estrategias preventivas. La prevención de las adicciones debe combinar de forma equilibrada, coordinada y coherente acciones de prevención ambiental [3], incluyendo las de control de la oferta y de reducción de la demanda. Cuando las actuaciones a llevar a cabo choquen con usos y costumbres sociales ampliamente arraigados y generalizados, es necesario que vayan precedidas de una conveniente información y sensibilización que prepare a la comunidad para su aceptación y colaboración en el desarrollo de estas.

6. Efectos sinérgicos de la prevención. Las actuaciones preventivas deben garantizar que los individuos, en especial los de mayor riesgo, reciban múltiples y simultáneas influencias preventivas desde distintos ámbitos (escuela, familia, espacios de ocio y tiempo libre, medios de comunicación, etc), de manera que las actuaciones se refuercen mutuamente y se logre un mayor impacto y mantenimiento de los efectos preventivos.

---

[3] *Las estrategias de prevención ambiental tienen por objeto cambiar el entorno cultural, social, físico y económico en el que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como la fijación de los precios y las prohibiciones de la publicidad y el consumo o uso en determinados lugares, de cuya eficacia hay pruebas claras. Otras estrategias aspiran a proporcionar entornos protectores. OEDT, 2017*

7. Prevención comunitaria. La prevención comunitaria, entendida como aquella en la que una comunidad se moviliza, con participación de diversas instituciones y grupos relevantes de la misma para llevar a cabo un conjunto de actuaciones consensuadas, programadas y coherentes entre sí para alcanzar unos objetivos comunes, es la forma más evolucionada y eficaz de hacer prevención.

8. Destinatarios principales. La prevención del consumo de drogas, de la utilización problemática de las pantallas y del juego con dinero debe ser una acción anticipatoria que se dirija preferentemente a los grupos sociales más susceptibles y a los individuos más vulnerables por una mayor exposición a factores de riesgo o por un mayor impacto de las consecuencias; prestando una especial atención a la población infanto-juvenil.

9. Ámbitos de intervención. El carácter global y transversal de las políticas sobre adicciones, así como la necesidad de realizar acciones preventivas eficaces, determinan la selección de determinados ámbitos con un claro potencial preventivo: educativo, familiar, laboral, comunitario, industria del ocio y del entretenimiento, redes sociales, medios de comunicación y ámbito de la seguridad vial y ciudadana. Contando con los y las profesionales y otras personas que forman parte de ellos y que cumplen funciones clave de mediación.

10. Mediadores o agentes para la prevención. La acción preventiva estructurada debe estar realizada principalmente por profesionales cualificados en prevención, sin embargo no es una tarea exclusiva ya que las personas que están en contacto cotidiano con la población a la que se dirigen los programas (profesorado, padres y madres, representantes sindicales, profesionales de la salud y de los servicios sociales, monitores de ocio y tiempo libre y deportivos, etc.), pueden tener un papel clave como agentes preventivos colaboradores desde su contexto de socialización, siendo por tanto clave la formación de estos mediadores.

2.2. CRITERIOS DE DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

1. Voluntariedad y responsabilidad en la toma de decisiones. Muchos usuarios de drogas, de videojuegos o de juego con dinero no quieren o no pueden abandonar el consumo o uso que les genera problemas. Esta circunstancia no debe ser un obstáculo para intentar disminuir los riesgos y reducir los daños asociados a estas conductas. Los programas de atención a personas con trastornos adictivos deben aceptar su voluntariedad para abandonar o no el consumo y para elegir libre y responsablemente la modalidad de intervención que consideren más adecuada para sus necesidades, teniendo en cuenta el respeto a los derechos de la persona y su autonomía.

2. Responsabilidad preventiva en las intervenciones. En el terreno de la disminución de los riesgos y de la reducción de los daños y siempre desde el enfoque de salud pú-

blica, hay que diferenciar las actuaciones dirigidas a las personas con problemas de adicción, de las que se dirigen a los consumidores de drogas o usuarios de pantallas o del juego con dinero en situación de riesgo pero que aún no presentan adicción. En este último grupo se deben considerar y controlar los riesgos implícitos de universalizar las intervenciones, ya que su realización sobre todo tipo de consumidores o usuarios puede llevar a legitimar, banalizar e incluso promover implícitamente los consumos de ciertas sustancias o los usos inadecuados de pantallas o de juego con dinero, especialmente en menores de edad y en personas con consumos incipientes

3. Acercamiento, flexibilidad y baja exigencia. Para la reducción de los daños, especialmente en población con trastorno por uso de sustancias es preciso actuar desde una óptica de flexibilidad y baja exigencia de cara a permitir el ajuste de las intervenciones a las necesidades y demandas de cada individuo. Una máxima de estos programas es acercarse allí donde está el problema, es decir, a los lugares en los que se encuentran o acuden las personas con estas conductas (espacios festivos y recreativos, lugares de tráfico y consumo de drogas, zonas de prostitución, juzgados, centros penitenciarios, etc).

4. Máxima cobertura. Con empatía, aceptación del usuario, calidez en el trato, flexibilidad y escucha activa, estos programas pretenden ganar la confianza de las personas con trastornos adictivos para establecer y/o mantener contacto con el mayor número posible de ellas, en especial con quienes se mantienen al margen de los centros de tratamiento y de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales.

5. Objetivos de la intervención. Los programas de disminución de los riesgos y de reducción de los daños deben estar inspirados por el principio de la progresión en los objetivos de la intervención. Este principio supone que todo programa debe aspirar a unos objetivos más ambiciosos. El primero de estos objetivos es mantener vivo y lo más sano posible a la persona que presenta la conducta adictiva y el mayor, y más ambicioso, conseguir la abstinencia del consumo de drogas, la eliminación del juego con dinero y el uso adecuado de las pantallas, así como la participación y autónoma de la persona en la comunidad en la que reside.

6. Impacto en terceras personas y en la comunidad. La protección de la población no consumidora de drogas o no usuaria del juego con dinero es un elemento clave de estas actuaciones. Estas intervenciones en el caso de las drogas reducen la incidencia de enfermedades infectocontagiosas como la infección por VIH/SIDA, las hepatitis, las Infecciones de transmisión sexual (ITS) o la tuberculosis. Este tipo de actuaciones mejoran la convivencia ciudadana, disminuyen las muertes y las lesiones producidas por los accidentes laborales y de tráfico o actos violentos donde el consumo de drogas o el juego con apuestas pueden estar involucrados, o evitan las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas de padres y madres. Además, en el caso del juego patológico disminuyen el impacto directo sobre el contexto cercano de la persona que presenta el problema.

2.3. CRITERIOS DE ATENCION A PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS

1. Diversificación, accesibilidad, flexibilidad, especialización y profesionalización de la oferta terapéutica. La heterogeneidad de las personas con trastornos adictivos, la complejidad y variedad de los problemas y necesidades que presentan y sus resistencias a ponerse en tratamiento, hacen necesario contar con una oferta terapéutica diversificada, accesible, flexible, especializada, apropiada y dotada de profesionales con experiencia.

La adicción se puede tratar de manera efectiva en la mayoría de los casos, si las personas tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubren el espectro de problemas que pueden enfrentar.

Los servicios de tratamiento e intervenciones deben basarse en evidencia científica y coincidir con las necesidades específicas de cada paciente dependiendo de la fase en la que se encuentre o la gravedad de su trastorno.

2. Detección precoz e intervención temprana. Los importantes daños ocasionados por los trastornos adictivos y el peor pronóstico derivado de la cronificación de la adicción, hace necesario que la red de atención a las adicciones se oriente a la detección y diagnóstico precoz y a la intervención temprana.

3. Individualización del tratamiento y continuidad del proceso de atención. Cada persona requiere un plan individualizado de tratamiento que atienda de forma integral y con continuidad a las necesidades, demandas y problemas que concurren en cada caso, lo que muchas veces supone arbitrar medidas efectivas de coordinación de diferentes centros, servicios y programas implicados. No debe ser la persona con adicción la que se adapte al tratamiento, sino el tratamiento el que se adapte a ella.

En este proceso de personalización terapéutica, y en lo que se refiere a la *intervención con personas con trastornos adictivo por uso de sustancias,* hay que prestar una especial atención a las necesidades particulares de la población reclusa, de menores, minorías étnicas, migrantes, mujeres, pacientes con comorbilidad psiquiátrica, personas con discapacidad, personas con bajos ingresos, personas de edad avanzada, etc.

4. Complementariedad. La abstinencia en el consumo de drogas o del juego y su mantenimiento debe ser el objetivo último y principal de todos los programas de intervención y tratamiento, sin embargo, este objetivo no debe ser un obstáculo para mejorar la calidad de vida de la persona con adicción que persiste en su decisión de seguir consumiendo drogas o jugando. Todos los programas de atención, sea cual sea su nivel de exigencia, deben apuntar siempre a objetivos más ambiciosos, el mayor de los cuales es

la abstinencia y la incorporación social de la persona con adicción; del mismo modo que todos los programas deben orientarse a minimizar los daños originados por el consumo de drogas o de la conducta de juego.

5. Trabajo en red. La individualización de los tratamientos supone aceptar que en muchos casos la recuperación de la persona con adicción requiere una combinación coordinada de diferentes recursos de atención. Cada recurso no es por sí sólo una solución al problema, sino un elemento necesario, pero no suficiente de un proceso terapéutico complejo del que forma parte. Para intervenir eficazmente es preciso trabajar en red y que los centros, servicios y programas que forman parte de esta, utilicen un lenguaje común, intercambien información y compartan unos objetivos y un estilo de trabajo basado en la coordinación de actuaciones y en el desempeño de las funciones específicas que a cada uno le han sido atribuidas.

6. Gestión por procesos. Los centros específicos que forman parte de la red de atención a las adicciones de Castilla y León utilizarán la gestión por procesos para desarrollar su función, protocolizando sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos más habituales y las actuaciones a desarrollar con personas con adicción y con necesidades específicas.

7. Continuidad en los cuidados. Aplicación de modelos de atención que reconozcan la necesidad de crear asociaciones de servicios transversales entre los proveedores de servicios sanitarios, de atención social y de grupos de jóvenes y grupos de pacientes y cuidadores.

8. Reducción del estigma. El estigma asociado a las adicciones supone una barrera para la recuperación de las personas que las sufren. Para ello, es necesario fomentar, un cambio de percepción de este estigma mediante la información y sensibilización tanto a la población general como a otros profesionales sociosanitario a través del uso de un lenguaje adecuado y no ofensivo para evitar la discriminación.

9. La humanización de los servicios. Promover el enfoque integral en la atención que prioriza el respeto, la dignidad y el bienestar de la persona, considerando no sólo sus necesidades médicas, sino también sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales. Implica la atención *centrada en el/la paciente* (escuchando sus preocupaciones, deseos y valores, y tomándolos en cuenta en la toma de decisiones terapéuticas); realización de una comunicación efectiva, promoviendo relaciones de confianza y respeto mutuo; creando entornos físicos y psicológicos acogedores y confortables, minimizando el estrés y la ansiedad; respetando la individualidad (diferencias culturales, religiosas y personales de cada paciente). Desde la empatía y la compasión promoviendo la participación activa de los/las pacientes y sus familias en las decisiones sobre su recuperación.

2.4. CRITERIOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

1. Interdependencia. La incorporación social de la persona con adicción no es una etapa posterior del proceso de deshabituación/rehabilitación. Muy por el contrario el tratamiento y la incorporación social son elementos interdependientes de un mismo proceso, de modo que esta comienza en el mismo momento de iniciarse el tratamiento y éste no termina hasta lograr la participación activa y autónoma de la persona en la vida social de su comunidad. Por tanto, la incorporación social hay que considerarla como un proceso individual y gradual, que se inicia y transcurre transversalmente con el tratamiento, y en el que las actuaciones de incorporación social refuerzan y sirven de base para avanzar en los logros terapéuticos, es decir, ambas actuaciones se refuerzan mutuamente.

2. Intervención integral y coordinada. La incorporación social de las personas con trastornos adictivos exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida en los que presente dificultades: personal, relacional, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, jurídico-penal, etc. El objetivo no es única y exclusivamente abandonar el consumo de drogas o la conducta de juego, sino abordar en paralelo otros problemas o circunstancias que afectan a la adicción y que pueden suponer la ruptura de vínculos sociales integradores. Es necesaria, por tanto, una atención integral y coordinada que tenga en cuenta el acceso y disfrute de derechos sociales básicos y que considere los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades. Este planteamiento hace necesario un acompañamiento y una diversidad de recursos coordinados que funcionen como una red favorecedora del cambio.

3. La ausencia de una relación directa entre la presencia de trastornos adictivos y las situaciones de exclusión social. Si bien es habitual que los trastornos adictivos se asocien a situaciones de riesgo y/o de exclusión social, no puede establecerse una relación directa entre ambos fenómenos. Las personas con trastornos adictivos se sitúan en un continuo que va desde la integración a la exclusión, en el que ocupan posiciones intermedias a lo largo de su vida, en función de diferentes circunstancias de índole personal y social.

Esto implica que no todas las personas que reciben tratamiento por trastornos asociados estén en situación de exclusión, lo que explica que no en todos los casos sea necesario establecer planes para propiciar su inserción social. Por tanto, sólo cuando hayan sido evaluadas las necesidades de cada persona concreta en el ámbito de la inserción social deberá decidirse si procede establecer una estrategia para favorecer la misma.

4. Papel activo de la persona con adicción. Las personas con trastornos adictivos deben asumir un papel activo en su proceso de incorporación social, siendo los protagonistas de un cambio para lograr un nuevo proyecto de vida sin adicción.

5. Intervención sobre la comunidad. La incorporación social de personas con adicción requiere tanto de una intervención individual como sobre los niveles micro y macrosocial que rodean al individuo para crear unas condiciones favorecedoras de los procesos de incorporación social.

No es infrecuente que el medio social rechace o recele de la persona con trastornos adictivos rehabilitada o en proceso de rehabilitación. Este recelo está muy influido por una determinada imagen social de las personas con adicción, según la cual se las percibe como una amenaza o como alguien incapaz de superar la adicción.

La intervención sobre el medio social es indispensable. Con frecuencia, es necesaria una labor de mediación que demuestre fehacientemente los progresos de la persona en tratamiento como una muestra de autosuperación, como también lo es una tarea de reestructuración de ideas preconcebidas. La persona adicta a las drogas o al juego debe ser visible para la comunidad y para las distintas administraciones, de modo que su condición sea considerada expresamente como una causa importante de exclusión social que deber ser valorada y atendida. En suma, es preciso avanzar en una óptica en la que se conciba el problema de la adicción como una responsabilidad compartida tanto por la persona como por el entorno social.

6. Individualización. La incorporación social es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada paciente, con el fin de llevar a cabo un plan personalizado para la incorporación de cara a alcanzar unos objetivos concretos en cada caso. En otras palabras, no se puede pretender que a todas las personas con trastornos adictivos les resulte indicada la misma intervención y que con todas se puedan alcanzar las mismas metas de incorporación social.

De igual forma que para el área de tratamiento hay una gran diversidad de objetivos de intervención y programas de distinto nivel de exigencia, este planteamiento debe adoptarse también para la incorporación social. En los casos de personas muy vulnerables el objetivo debe ser detener el proceso de exclusión, impidiendo que se rompan los escasos lazos sociales que aún mantiene la persona con grupos o actividades socialmente normalizadas. En estos casos, antes de que el deterioro sea difícilmente reversible, se deben satisfacer las necesidades básicas de la persona e intentar fortalecer los lazos prosociales que aún perduran. Logrado este objetivo, se debe intentar avanzar progresivamente hacia una situación de mayor participación en la vida social de su comunidad.

La incorporación social suele ser un proceso de aproximaciones graduales y sucesivas, no siempre lineales. Como regla general requiere una intervención en dos fases:

> ***a. Fase de compensación.*** Muchas personas con adicción requieren una intervención inicial, que se puede denominar de compensación, orientada a consolidar la abstinencia (o a controlar el consumo de drogas o la conducta de juego) y a adqui-

rir ciertos aprendizajes que les permitan estabilizarse en un estilo de vida prosocial y compensar los déficits que la historia de adicción les ha ocasionado. En esta fase la persona con adicción se sitúa en condiciones reales, y no sólo teóricas, de acceder y desenvolverse en la oferta de recursos y oportunidades generales de incorporación social que existen en la comunidad. Es frecuente que esta fase recaiga en recursos y programas específicos de atención a personas con trastornos adictivos o al menos que sean éstos los que coordinen y hagan un estrecho seguimiento del proceso de incorporación social. Los recursos y programas específicos siempre deben ser una medida transitoria para acceder a los recursos de carácter generalista y para desarrollar de un modo intensivo los aspectos actitudinales y comportamentales necesarios para lograr la incorporación social. Por tanto, estos recursos específicos no pueden convertirse en situaciones protegidas con carácter indefinido ni siquiera por periodos muy prolongados de tiempo.

b Fase de normalización. En una segunda etapa, a la que se podría denominar de normalización, el grado de supervisión se va desvaneciendo poco a poco hasta que la persona en proceso de incorporación social llega a participar de forma activa y autónoma en la vida social de su comunidad.

7. Inserción laboral en el proceso de incorporación social. Lograr la autonomía de la persona con trastornos adictivos, requiere una intervención multidimensional que no sólo se debe centrar en la incorporación al mundo laboral o al mantenimiento del puesto de trabajo. Es cierto que disponer de un empleo favorece la incorporación social en cuanto que supone un camino hacia la autonomía económica y personal, así como una oportunidad de interactuar y participar en grupos y ambientes sociales distintos de los que son propios de la dependencia de las drogas o del juego. No obstante, el acceso a un empleo, siendo relevante no es lo único importante, es decir, puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente en el proceso de incorporación social en el que como se ha indicado también hay que abordar otras áreas (familiar, educativa, social, jurídico-penal, recreativa, etc.).

//05.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES CLAVE

LÍNEAS ESTRATÉGICAS



LÍNEA ESTRATÉGICA 1
Sensibilización, prevención y detección precoz del consumo de drogas, del juego patológico y la utilización problemática de las pantallas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2
Disminución de los riesgos y reducción de los daños.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3
Atención e incorporación social de personas con trastornos adictivos (por uso de sustancias, juego patológico y videojuegos).

LÍNEA ESTRATÉGICA 4
Formación, investigación y sistemas de información.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5
Participación social, coordinación y cooperación institucional.

//05.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES CLAVE

Manteniendo la trayectoria consolidada de los anteriores Planes autonómicos sobre Drogas que preceden a este nuevo Plan de Adicciones de Castilla y León, las líneas estratégicas son las siguientes:

- **LÍNEA ESTRATÉGICA 1:** Sensibilización, prevención (incluyendo actuaciones de regulación y control-prevención ambiental) y detección precoz del consumo de drogas, del juego patológico y la utilización problemática de las pantallas.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 2:** Disminución de los riesgos y reducción de los daños.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 3:** Atención e incorporación social de personas con trastornos adictivos (por uso de sustancias, juego patológico y videojuegos).
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 4:** Formación, investigación y sistemas de información.
- **LÍNEA ESTRATÉGICA 5:** Participación social, coordinación y cooperación institucional.

En cada una de las líneas estratégicas, se indican las acciones clave vinculadas al objetivo general y a los objetivos específicos que el Plan pretende conseguir. Hay que indicar que hay una línea estratégica más que objetivos generales del Plan ya que las actuaciones incluidas en la Línea Estratégica 3 forman parte del Objetivo 1 de disminuir la prevalencia de consumo de drogas o de la utilización problemática de las pantallas o del juego con apuesta.

La selección de las acciones clave se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Las propuestas presentadas en el proceso participativo que se ha realizado para la elaboración del presente plan con las diferentes entidades e instituciones implicadas.
- La revisión de la evidencia disponible (Anexo I) y las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales que trabajan en este ámbito.
- En los casos donde no se han encontrado estas recomendaciones se han revisado los fundamentos teóricos que sustentan las acciones o su apoyo en buenas prácticas documentadas.
- Por último, se ha tenido en cuenta la factibilidad de cada acción, es decir la posibilidad de llevarlas a cabo a medio plazo con los recursos y estructuras disponibles en la actualidad o con aquellos que puedan estar disponibles durante la vigencia del plan.

Las acciones que figuran en este apartado no limitan la totalidad de las posibles actuaciones que se puedan llevar a cabo con el impulso del Plan; son las que se consideran prioritarias y de una relevancia especial para alcanzar los objetivos planteados. Cada acción clave se relaciona con el objetivo general y los objetivos específicos correspondientes, así como con sus destinatarios y los principales responsables de su realización. En las líneas estratégicas 1, 2 y 3 se indican de forma independiente las actuaciones con y sin sustancia para facilitar el seguimiento de éstas, mientras que en las líneas 4 y 5 las propuestas se han realizado de forma conjunta.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE DROGAS, DEL JUEGO PATOLÓGICO Y DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS

OBJETIVO GENERAL 1.a (OG 1.a): Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y energéticas, tabaco y productos derivados, hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y otras drogas.

Objetivos específicos 1.a (OE 1.a):

OE 1.a.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol, bebidas energéticas, tabaco y derivados, hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y resto de drogas.

OE 1.a.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, energéticas, vapeadores y cannabis, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo problemático en la población adulta.

OE 1.a.3. Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.

OE 1.a.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas en adolescentes.

OE 1.a.5. Promover entornos libres de humo, alcohol y de otras drogas para niños, adolescentes y en el contexto laboral.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Campañas de sensibilización			
1	Desarrollo de **campañas** para aumentar la percepción del riesgo del consumo y desmontar los principales mitos sobre el tabaco y productos derivados (cigarrillos electrónicos, vapeadores, cachimbas), el alcohol, las bebidas energéticas y el cannabis en menores de edad (a través de medios adaptados a esta población: redes sociales, exposiciones, infografías, ...) y sus familias, implicándoles activamente y como apoyo a otras actuaciones de prevención.	Población infantil, adolescente y joven.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, Red de planes y entidades de Tercer sector especializadas.
Prevención y detección precoz en el ámbito educativo			
2	**Impulso de programas acreditados escolares ampliando las edades** en las que se llevan a cabo y actualización de sus contenidos (bebidas energéticas, otros productos relacionados con el tabaco, hipnosedantes sin receta, influencia de las redes sociales (en el marco del ***Proyecto Pausa y Reconecta***) y la perspectiva de género), desincentivando actuaciones puntuales o de baja calidad.	Alumnado de 3º y 4º de educación primaria y de ciclos formativos y universitario.	Consejería de Educación, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Universidades, Red de Planes.

3	Promoción de los programas acreditados de prevención escolar dentro de los proyectos de innovación **PIE Escuelas saludables,** del Proyecto Educativo de Centro y los Planes anuales de Programación y de acción tutorial o en la asignatura de 6º de primaria de Educación en Valores Cívicos y Éticos.	Población universal: alumnado de 8 a 16 años, de ciclos formativos de grado medio, superior y universitarios Población selectiva: alumnado de primero y segundo de Formación profesional básica.	Consejería de Educación, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes, Universidades.
4	Elaboración e implantación progresiva de **protocolos de intervención específicos sobre drogas** en el medio escolar que formen parte del reglamento de régimen interior y del plan de convivencia con una orientación reeducadora, así como la **detección temprana** en el aula de consumos problemáticos y derivación a programas de prevención familiar selectivos e indicados.	Alumnado escolar de ESO, bachillerato y Formación profesional, familias y docentes.	Consejería de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Prevención extraescolar			
5	Impulso de los programas de **prevención extraescolar** como complemento a los escolares y familiares, actualizando contenidos, incorporando la perspectiva de género, adaptándolos a otros colectivos (con necesidades especiales, minorías étnicas, población migrante...) y priorizando el **medio rural** en su desarrollo.	Menores de 10 a 14 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, Asociación Deporte y Vida, entidades colaboradoras del tercer sector especializadas.
6	Desarrollo de ***programas de prevención estructurados*** con asociaciones juveniles, de ocio y tiempo libre, y deportivas, escuelas deportivas municipales, clubs deportivos.	Menores de 10 a 16 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejo de la Juventud, Red de planes y entidades colaboradoras del tercer sector.
Promoción de un ocio saludable con capacidad preventiva			
7	Elaboración de un manual sobre ***buenas prácticas en un ocio saludable con capacidad preventiva,*** teniendo en cuenta el medio rural.	Población infantil, adolescente y joven.	Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades y Red de planes, Consejo de la Juventud.
8	Promoción de **proyectos de ocio saludable con capacidad preventiva,** basado en las buenas prácticas, aprovechando instalaciones públicas (colegios, centros culturales, polideportivos...), reconduciendo los proyectos de promoción del ocio alternativo.	Menores de 7 a 13 y adolescentes y jóvenes de 14 a 30 años.	Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades y Red de planes. Entidades gestoras de los programas de ocio juvenil alternativo.

Prevención y detección precoz en ámbito sanitario			
9	Impulso del programa de **parentalidad positiva** desde los centros de salud en edades precoces en los que la intervención se enmarca en estrategias de promoción de la salud.	Población infantil de 0-9 años.	Consejería de Sanidad.
10	Desarrollo en la Cartera de Servicios de pediatría, en las **revisiones del niño sano de 11 a 14 años,** la detección del consumo de tabaco, alcohol y si fuera preciso hipnosedantes sin receta, cannabis y otras drogas y el consejo a los niños y niñas que acuden a consulta reforzando las conductas saludables.	Familias con niños y niñas de entre 11-14 años.	Consejería de Sanidad.
11	Promoción del desarrollo del **Servicio de atención al joven** de la Cartera de Servicios de Atención Primaria para la detección precoz de los consumos, la intervención breve y el refuerzo de las conductas saludables en relación con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, hipnosedantes sin receta y otras drogas.	Adolescentes y jóvenes de 14 a 21 años.	Consejería de Sanidad.
12	Colaboración de los profesionales sanitarios de atención primaria y salud mental que estén interesados y cuenten con formación en prevención en la implantación de los programas de **prevención escolar acreditados.**	Población escolar de entre 9 y 18 años.	Consejería de Sanidad, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Consejería de Educación.
Prevención Menores y colectivos en riesgo			
13	Impulso del desarrollo de **programas de prevención e intervenciones individuales basadas en la entrevista motivacional con menores en riesgo** (menores en protección y acogida, no acompañados, con medidas judiciales...) en barrios vulnerables con actuaciones de promoción social.	Menores de 10 a 18 años, Asociaciones de vecinos en barrios con población vulnerable.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, Asociación Deporte y Vida y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
14	Detección y derivación de **menores en centros de protección, reforma o en conflicto con la ley** que tengan **consumos problemáticos de drogas** a los programas de prevención indicada y si fuera necesario a la unidad de trastorno de conducta o a los centros de internamiento propios y su coordinación posterior.	Menores de 10 a 21 años pertenecientes a colectivos de riesgo.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

15	Impulso de programas o actuaciones específicas de prevención del consumo de drogas basadas en la evidencia, desde los **programas de Educación de calle** o similares, así como la detección y derivación de casos con consumos problemáticos a la Red de Prevención.	Menores y jóvenes en los programas de educación de calles o similares.	Ayuntamientos y entidades que gestionan los programas.
Prevención familiar			
16	**Desarrollo combinado de los programas** universales de prevención escolar y familiar en los centros educativos que realizan los programas escolares, en colaboración con los Equipos Provinciales de Participación Educativa.	Padres, tutores y menores de 9 a 16 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de educación, Red de planes y entidades del tercer sector.
17	Mejora de la implantación y calidad de los **programas acreditados de prevención familiar universal, selectiva e indicada** del consumo de drogas (ampliando edades, actualizando contenidos, incluyendo la perspectiva de género, trabajando con otros colectivos y el abordaje del tabaquismo en los programas de prevención indicada), ampliando la captación de las familias a contextos fuera del medido educativo y los servicios sociales básicos.	Madres, padres, tutores, familias acogedoras y menores de 9 a 16 años a nivel universal y selectivo. Padres, tutores y jóvenes de 12 a 21 años a nivel indicado.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
18	Elaboración de un protocolo de mejora de la **coordinación funcional entre los Programas de prevención indicada y los equipos de salud mental** para la intervención con casos de consumos problemáticos de drogas y otros trastornos mentales.	Profesionales referentes de los equipos de prevención familiar indicada y de Salud mental.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
19	Elaboración de **protocolos de continuidad** de las intervenciones de prevención indicada en los menores que salen del centro Regional Zambrana, de otros centros de cumplimiento de medidas en medio abierto o de centros de protección de menores.	Menores con cumplimiento de medidas judiciales en centro Zambrana o en medio abierto o centros de protección de menores.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades del tercer sector colaboradoras.
20	**Impulso de la coordinación y apoyo entre los programas de prevención indicada y los equipos multidisciplinares de segundo nivel** (EDIS/EPAP/PIF) que atienden a familias con hijos e hijas con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas.	Padres, tutores y menores en situación de riesgo con edades comprendidas entre los 12 y 18 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.

Prevención laboral			
21	Impulso del **acuerdo** con los agentes sociales en materia de adicciones promoviendo empresas libres de tabaco, alcohol y otras drogas.	Población trabajadora y empresarios.	Consejerías de Industria, Comercio y Empleo, Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas.
22	Desarrollo de **programas multicomponente** de prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo, preferentemente dentro de planes integrales de intervención en adicciones en el ámbito laboral, en especial en los sectores productivos con una mayor prevalencia y/o impacto en terceras personas.	Empresarios, gerentes, responsables y mandos intermedios, miembros de comités de seguridad y salud laboral, delegados de prevención, profesionales de servicios de prevención de riesgos laborales y trabajadores.	Consejerías de Industria, Comercio y Empleo, Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas, servicios de prevención de riesgos laborales, entidades del tercer sector especializadas.
23	Realización de **programas o talleres** acreditados de prevención del consumo de drogas incluidos los hipnosedantes sin receta en ámbito laboral, haciendo hincapié en los riesgos psicosociales relacionados con las condiciones de trabajo como precursoras del desarrollo de trastornos por uso de sustancias dentro de las actuaciones laborales.	Personas trabajadoras en general y específicamente sectores con mayores factores de riesgos laborales.	Consejerías de Industria, Comercio y Empleo, Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas, servicios de prevención de riesgos laborales y entidades del tercer sector.
Prevención comunitaria			
24	Creación de **alianzas comunitarias** con respaldo institucional de los municipios, con estructuras estables de participación, cooperación y movilización de la comunidad para identificar problemas locales concretos en materia de drogas e impulsar acciones para abordarlos, que cuenten con un profesional de prevención de continuidad a las actuaciones.	Ayuntamientos, entidades públicas relacionadas (sanidad, educación, servicios sociales) organizaciones de la sociedad civil, clubs deportivos y entidades del tercer sector.	Red de Planes con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras y especializadas del tercer sector.
25	Impulso de **programas comunitarios multicomponente** que incorporen actuaciones basadas en la evidencia en los ámbitos principales de prevención, incluyendo la concienciación política.	Población general, personas con cargos políticos relacionados con la prevención y asociaciones comunitarias.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes y entidades del tercer sector.
26	Promoción de actuaciones de derivación de menores consumidores de alcohol u otras drogas y sus familias por parte de **la policía y la guardia civil,** a programas acreditados de prevención como medidas sustitutorias de las sanciones administrativas impuestas por infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol y otras drogas.	Menores y jóvenes hasta 21 años de edad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes, Subdelegaciones del Gobierno y entidades colaboradoras del tercer sector.

27	Impulso de talleres preventivos con un mínimo de intensidad para tener capacidad preventiva con **colectivos con necesidades específicas** coordinadas con otras actuaciones.	Población con necesidades especiales.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Red de Planes.
Estrategias ambientales de prevención			
28	Ampliación de los **espacios libres de humo en el medio comunitario,** especialmente en zonas compartidas con población menor de edad (playas, riberas con espacios comunes, parques recreativos, parques naturales, estadios abiertos y canchas deportivas...).	Población general.	Consejería de Sanidad, Ayuntamientos competentes. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
29	**Regulación en las ordenanzas municipales** de los municipios de más de 1.000 habitantes de una **distancia mínima de 25 metros** entre las puertas de los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas que soliciten una nueva licencia ambiental para desarrollar su actividad.	Propietarios de establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.	Municipios de más de 1.000 habitantes.
30	**Fomento del agente tutor, o figura similar,** con funciones preventivas y de enlace entre la sociedad, los centros educativos y los órganos de la administración de inspección y control en materia de drogas para detectar el menudeo de drogas en los alrededores de los centros.	Agentes de la policía municipal o Guardia Civil con formación específica.	Municipios de más de 20.000 habitantes de la Red de Planes.
31	Promoción de la vinculación de las **licencias ambientales** para la venta y dispensación de bebidas alcohólicas con la participación en actividades acreditadas de formación en **dispensación y venta responsable de alcohol** y condicionamiento de estas licencias al cumplimiento de la normativa (incluyendo licencias de casetas en fiestas y peñas).	Propietarios, gerentes y profesionales de establecimientos que venden y sirven bebidas alcohólicas.	Municipios con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
32	**Promoción de lugares** (centros, locales, espacios y establecimientos comunitarios públicos, así como de asociaciones juveniles) **de ocio libres de alcohol y otras drogas** para menores de edad, en los que se realicen actividades supervisadas, fuera del horario lectivo, fines de semana y periodos vacacionales en cuya organización participe activamente la población joven.	Menores de edad.	Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y asociaciones juveniles.

33	**Promoción de locales e instalaciones de la industria del ocio y del entretenimiento libres de alcohol** que oferten actividades lúdicas saludables y bebidas sin alcohol, como espacios alternativos a los bares, discotecas y zonas de "botellón" a precios asequibles, especialmente en la zona rural.	Menores y jóvenes.	Empresarios del ocio y del entretenimiento, con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Red de planes.
34	Impulso de un **identificativo de local, sello de calidad** para establecimientos con formación en Dispensación (DRA) o venta responsable de alcohol (VRA) y publicación del listado en las web de la Junta de Castilla y León, los ayuntamientos y diputaciones como incentivo.	Propietarios de establecimientos de venta y dispensación de bebidas alcohólicas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, Asociaciones empresariales, PYMES del sector del comercio y hostelería.
35	**Inicio de intervenciones informativas con profesionales** de los establecimientos de material y productos derivados del **cannabis** en relación con la normativa vigente.	Profesionales de las tiendas de productos relacionados y/o derivados del cannabis.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y Subdelegaciones del Gobierno.
Regulación, control y coordinación de las acciones de control de la oferta y reducción de la demanda			
36	Impulso de la aprobación de **ordenanzas municipales** que regulen la creación y funcionamiento de peñas con local o espacios similares, especialmente en las zonas rurales, como lugares seguros y libres de alcohol y juego para menores de edad y de otras drogas para toda la población.	Responsables de peñas con local o espacios similares.	Municipios con el apoyo de las Diputaciones Provinciales en los que tengan menos de 20.000 habitantes.
37	Desarrollo de **planes anuales de inspección** conjunta desde la Red de planes con controles aleatorios y selectivos y **tramitación efectiva de denuncias** para garantizar el cumplimiento efectivo de la legislación vigente en materia de bebidas alcohólicas, tabaco, cannabis y otras drogas especialmente cuando afecten a menores de edad.	Responsables de la inspección y sanción de infracciones a la legislación vigente en materia de drogas, propietarios de establecimientos.	Corporaciones locales, Delegación de Gobierno de Castilla y León, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Consejería de Sanidad y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
38	**Implantación del asesoramiento y apoyo técnico** a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor tamaño, para incoar, tramitar y sancionar infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol, por parte de las Diputaciones Provinciales.	Responsables de tramitar y resolver expedientes sancionadores por infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol, tabaco y juego y población general.	Diputaciones Provinciales.

39	Elaboración y aplicación de un **protocolo de actuación** para los/as agentes de la policía municipal y la Guardia Civil con funciones de control del cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y otras drogas, especialmente en momento de mayor riesgo (fines de semana, fiestas patronales).	Agentes de la Guardia Civil y población general.	Delegación del Gobierno en Castilla y León, policía municipal y Guardia Civil en colaboración con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Red de Planes.
40	Mejora de la accesibilidad de la población general al **formulario de denuncia** sobre el tabaco del Ministerio de Sanidad y al **procedimiento** para realizar denuncias en el ámbito de tabaco según lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre y la Ley 3/94 para el tema del alcohol en Castilla y León.	Población general.	Red de planes (alcohol en la comunidad), Consejería de Sanidad (tabaco en la comunidad) y Junta de Castilla y León en sus instalaciones.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE DROGAS, DEL JUEGO PATOLÓGICO Y DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS

OBJETIVO GENERAL 1.b (OG1.b): Reducir la prevalencia de utilización problemática de las pantallas y de los juegos con apuestas.

Objetivos específicos 1.b (OE 1.b):

OE 1.b.1. Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de las pantallas y los juegos con dinero, especialmente en menores de edad.

OE 1.b.2. Aumentar la edad media de inicio del juego con dinero on line y presencial.

OE 1.b.3. Promover entornos libres de pantallas en contextos de ocio vinculados a adolescentes y jóvenes.

OE 1.b.4. Facilitar el abandono del trastorno por juego patológico y videojuegos mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

OE 1.b.5. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por juego patológico.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Campañas de sensibilización			
1	Desarrollo de **campañas de sensibilización** y difusión de material informativo sobre la utilización problemática de las pantallas y los problemas del juego patológico dirigidos principalmente a población adolescente, joven y sus familias, en formatos actualizados y a través de redes sociales.	Población adolescente y joven de Castilla y León y sus familias.	Consejería de familia e igualdad de Oportunidades, Consejería de Educación, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
2	Se impulsará y ampliará el **Proyecto Pausa y Reconecta** de prevención a través de las redes sociales y su marca, enmarcando en este Proyecto todas las nuevas iniciativas sobre pantallas que se vayan a implementar en los diferentes ámbitos, incluyendo la formación de profesionales.	Población adolescente y joven de Castilla y León y sus familias, técnicos de drogas.	Consejería de familia e igualdad de Oportunidades, Consejería de Educación, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
3	Realización de **actividades de sensibilización** e información para los principales agentes preventivos de la comunidad (profesorado, profesionales de servicios sociales, incluidos los de atención directa de los centros de protección y reforma, profesionales sanitarios, mediadores juveniles...).	Profesorado y miembros del consejo escolar de centros educativos de Educación Primaria y Secundaria y del consejo social de centros integrados de Formación Profesional.	Consejería de Educación, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
4	**Elaboración de materiales educativos** y difusión de información de interés para las familias en relación con las pantallas a través de página Web denominada “Ventana abierta a la familia”.	Familias con hijos menores de edad y jóvenes.	Consejería de Sanidad y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Prevención y detección precoz en el ámbito educativo			
5	Elaboración progresiva, en base a los contenidos de los programas de los portales de buenas prácticas, de **sesiones complementarias sobre pantallas** para incorporar a los **programas acreditados de prevención escolar del consumo de drogas tanto universales como selectivos, dentro del *Proyecto Pausa y Reconecta.***	Estudiantes de 8 a 16 años, de ciclos formativos de grado medio, superior, de Formación Profesional Básica y universitarios.	Consejerías de Educación, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
6	Realización de **actividades de formación, talleres educativos, jornadas, encuentros y celebración de eventos** (Día de Internet Segura, el Día de Internet, concurso de videos, etc) sobre el uso seguro de internet, donde se aborde de forma específica los trastornos por conductas de juego y el uso problemático de las TIC, dentro del Plan de Seguridad y Confianza Digital.	Población escolar, profesorado y familias.	Consejería de Educación.

7	Potenciación del **espacio Web** existente en el **Portal de Educación de la Junta de Castilla y León** dedicado a la navegación segura y el ciberacoso y elaboración de **materiales y recursos didácticos** específicos sobre seguridad y confianza digital, uso problemático de las nuevas tecnologías y otras adicciones sin sustancia.	Población escolar y familias.	Consejería de Educación.
8	**Detección, asesoramiento y derivación desde los centros educativos** de alumnado con una utilización problemática de las pantallas **a los programas de prevención familiar indicada** de forma directa (si no hay otro trastorno mental asociado) **o a los equipos de salud mental infantojuvenil,** por los cauces habituales (si existe un trastorno mental).	Población escolar con uso problemático de las pantallas y sus familias.	Consejería de Educación, Consejería de Sanidad, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Servicios de Referencia de Prevención.
Prevención extraescolar y de promoción de un ocio saludable con capacidad preventiva			
9	Inclusión en los programas acreditados de **prevención extraescolar** de contenidos sobre la utilización problemática de las pantallas y en mayores de 14 años sobre el juego patológico.	Población infantil y adolescente de entre 9 a 14 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Educación, Red de planes, Consejo de la Juventud, asociaciones juveniles y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
10	Realización de **talleres estructurados sobre la utilización problemática de las pantallas y el juego patológico** efectivos en el **medio comunitario,** tanto a nivel universal como selectivo desde todos los planes locales sobre drogas/adicciones.	Población infantojuvenil de 9 a 18 años.	Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes y Universidades.
11	Promoción del **desarrollo de pautas y protocolos de actuación específicos** en los centros educativos, deportivos y juveniles sobre la utilización de pantallas (en las aulas o actividades, en los espacios y momentos de descanso, excursiones, etc).	Alumnado, profesorado y familias.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Educación, Red de planes, Consejo de las Juventud y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
12	Desarrollo de **contenidos preventivos** sobre el uso adecuado de **pantallas y del juego patológico** en edades superiores en los **programas y proyectos de ocio saludable** y promover estos espacios u actividades como lugares libres de pantallas.	Población infantojuvenil.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Red de Planes. Consejo de la Juventud y Consejos Locales de la juventud, entidades colaboradoras del tercer sector y empresas de ocio.

Prevención y detección precoz en el ámbito sanitario			
13	Inclusión en las **clases de preparación al parto** que realizan las matronas en los centros de salud contenidos acerca de los efectos adversos de las pantallas desde edades tempranas en el desarrollo evolutivo de los niños/as.	Mujeres embarazadas y sus parejas o personas de apoyo.	Consejería de Sanidad.
14	Potenciación en las ***revisiones del niño sano*** del consejo para evitar la disponibilidad de pantallas hasta los 2 años y retrasar el acceso a móviles tipo smartphone y a redes sociales lo más posible, al menos hasta la edad legal, así como el modelado positivo del uso de pantallas de los adultos de referencia.	Familias con hijos entre los 0 y 14 años.	Consejería de Sanidad.
15	Potenciar en el ***Servicio de Atención al joven*** (15-18 años) **y al adulto** el consejo para evitar la utilización problemática de las pantallas y evitar el juego con dinero y apuestas.	Adolescentes de 15-18 años.	Consejería de Sanidad.
16	Fomento de la **implicación de profesionales** de Atención Primaria y de los servicios de salud mental infantojuvenil, **formados en prevención,** en el desarrollo de **talleres para evitar el uso problemático de las pantallas** en coordinación con la Red de planes.	Profesionales sanitarios de Atención Primaria y de los equipos de salud mental.	Consejería de Sanidad y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Red de planes.
17	Promoción de la **detección precoz de la utilización problemática en población infantojuvenil,** realizando intervenciones breves familiares desde Atención Primaria en la población menor de 10 años y derivando a los programas de prevención indicada en la población de 10 a 21 años, así como a salud mental infantojuvenil si existen trastornos mentales asociados.	Población infantojuvenil.	Consejería de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades y Red de planes.
Prevención con menores y otros colectivos en riesgo			
18	Impulso de **talleres de prevención sobre pantallas y juego patológico** con menores en riesgo (alumnado con fracaso escolar, programas de Educación de calle, Programa Construyendo Mi Futuro, Galilei en centros de protección...).	Adolescentes y jóvenes entre 14-18 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Educación, Red de Planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
Prevención familiar			
19	Desarrollo de las **sesiones complementarias** de prevención del uso problemático de las pantallas en todos los programas de prevención familiar acreditados.	Padres, tutores y menores de 9 a 16 años a nivel universal y selectivo.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y entidades colaboradoras del tercer sector.

20	Atención de los casos con **utilización problemática de las pantallas y del juego con apuestas,** en los programas acreditados de prevención indicada (sin trastorno mental) y desde los equipos de salud mental (con trastorno mental).	Familias, niños y adolescentes de entre 10 y 21 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
21	Promoción de **talleres específicos** con las familias sobre pantallas a nivel universal y selectivo.	Familias con hijos menores de edad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y entidades colaboradoras del tercer sector.
Prevención laboral			
22	Inclusión en los **programas multicomponente de prevención de adicciones** de intervenciones sobre juego patológico y uso adecuado de las pantallas en los centros de trabajo, preferentemente dentro de planes integrales de intervención.	Empresarios, gerentes, profesionales de recursos humanos, responsables y mandos intermedios, miembros de comités de seguridad y salud laboral, delegados de prevención, profesionales de servicios de prevención de riesgos laborales y trabajadores.	Consejería de Empleo y Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas, servicios de prevención de riesgos laborales, con la colaboración de entidades del tercer sector especializadas.
Prevención comunitaria			
23	Inclusión en las **alianzas comunitarias** y los **programas comunitarios multicomponente** de actuaciones relacionadas con la prevención del juego patológico y del uso adecuado de las pantallas.	Población general, ayuntamientos, organizaciones de la sociedad civil y entidades del tercer sector.	Red de Planes con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades del tercer sector.
24	Impulso de **actividades culturales y deportivas** promovidas por las **corporaciones locales y asociaciones juveniles,** dirigidas a menores de edad como espacios libres de pantallas y fomento de esta filosofía desde las asociaciones juveniles, centros, locales y establecimientos de ocio dirigidos a menores de 14 años, así como de un **uso responsable** cuando trabajen con población de entre 14 y 18 años.	Menores de edad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y empresarios del ocio y el entretenimiento.
Estrategias ambientales de prevención			
25	Continuar impulsando el plan anual de inspección con controles aleatorios y selectivos para garantizar el cumplimiento efectivo de la legislación vigente en materia de juego, especialmente cuando las infracciones afecten a menores de edad y a personas inscritas en el Registro de Interdicciones de Acceso al Juego, que se acompañe con las consiguientes medidas sancionadoras.	Responsables de la inspección, control y sanciones en materia de juego y apuestas.	Consejería de la Presidencia y Cuerpo Nacional de Policía.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2 – DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

OBJETIVO GENERAL 2.a (OG 2.a): Reducir los riesgos y reducir los daños personales, familiares y sociales derivados del consumo de drogas.

Objetivos específicos (OE 2.a):

OE 2.a.1. Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

OE 2.a.2. Prevenir los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias en las personas consumidoras de drogas.

OE. 2.a.3. Evitar la exposición al humo de tabaco, especialmente en el contexto laboral y familiar.

OE. 2.a.4. Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del paciente con trastorno por uso de sustancias, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en sus padres/madres o adultos de referencia.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas			
1	Realización intensiva de **controles aleatorios** y selectivos de alcoholemia y de consumo de otras drogas en conductores, que vayan acompañados de sanciones efectivas a los infractores.	Conductores de vehículos a motor.	Policía municipal y Dirección General de Tráfico.
2	Realización de talleres de formación sobre seguridad vial y consumo de alcohol y de otras drogas en **autoescuelas (AUTO),** en el ámbito educativo y comunitario ***(TRAT).***	Alumnado de autoescuela y jóvenes de 16 y 18 años.	Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes, autoescuelas y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
3	Impulso de los ***talleres de Dispensación responsable de alcohol (DRA) y venta responsable de alcohol (VRA)*** con profesionales y alumnado de formación profesional de hostelería y restauración, así como los profesionales de los locales y supermercados que venden alcohol.	Hosteleros y trabajadores en formación de hostelería y alumnado de ciclos formativos de hostelería y restauración.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.

4	Inclusión de las **pruebas de alcoholemia en programas comunitarios multicomponente de reducción de los accidentes de tráfico** que realicen campañas sostenidas de sensibilización, información y concienciación institucional, incluyendo las actuaciones formativas de esta línea (AUTO, TRAT, DRA, VRA), y acciones de control para hacer cumplir la ley.	Conductores de vehículos a motor, propietarios, gerentes y profesionales de establecimientos que sirven alcohol.	Dirección General de Tráfico, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
5	Impulso de la realización de **talleres de reducción de infracciones y accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas (TRIAT) con personas reincidentes y/o pacientes atendidos en la red específica de adicciones que conducen.**	Conductores reincidentes bajo los efectos del alcohol o de otras drogas y/o pacientes de la red ambulatoria específica de atención a las adicciones.	Dirección General de Tráfico, Policía municipal, Administración de Justicia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
Reducción consumo de alcohol de mayor riesgo y otras drogas en jóvenes			
6	Promoción de programas de reducción de los riesgos del consumo de alcohol, cannabis y relaciones sexuales de riesgo mediante intervenciones breves o talleres dirigidos a jóvenes en **contexto de ocio** (peñas o locales cerrados, botellones, conciertos, fiestas patronales o universitarias, macrodiscotecas, rave).	Menores y Jóvenes consumidores en contextos de ocio.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes, empresas o entidades del sector del ocio y el entretenimiento y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
7	Desarrollo del ***Taller OH.com*** en menores con consumos problemáticos de alcohol.	Jóvenes con consumo de alcohol.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
8	**Elaboración de protocolo de derivación e intervención de menores** que tienen **sanciones administrativas** por infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol y otras drogas a los programas de prevención indicada.	Profesionales referentes de los equipos de prevención familiar indicada.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, entidades colaboradoras especializadas del tercer sector y Subdelegación del Gobierno.
9	Impulso de talleres de **reducción de los riesgos con colectivos de menores en riesgo, como alternativa a la sanción administrativa relacionada con drogas ilegales.**	Menores de edad en riesgo.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.

Intervenciones breves (Atención Primaria y Salud laboral)			
10	***Detección precoz e intervenciones breves*** para evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en mujeres que están intentando concebir y durante el ***periodo de gestación y lactancia,*** tanto en el marco del Servicio de atención a la mujer durante el embarazo y el puerperio, como en las consultas de las matronas y de ginecología.	Mujeres que están intentando concebir y durante la gestación y lactancia.	Consejería de Sanidad y asociaciones profesionales (matronas, ginecología, pediatría, medicina familiar y comunitaria, enfermería comunitaria).
11	Sensibilización e información sobre el riesgo de consumo de alcohol, tabaco principalmente desde los ***Talleres de lactancia materna y Grupos de crianza.***	Padres y madres de niños y niñas de 0-3 años.	Consejería de Sanidad y asociaciones profesionales (matronas, ginecología, pediatría, medicina familiar y comunitaria, enfermería comunitaria).
12	Desarrollo en la Cartera de Servicios en pediatría, en las ***revisiones del niño sano,*** el consejo a padres y madres de reducir el consumo de alcohol a bajo riesgo y dejar de fumar o tomar medidas para evitar la exposición de los menores a la corriente secundaria y terciaria del tabaco.	Familias con niños y niñas de entre 0-13 años.	Consejería de Sanidad y asociaciones de profesionales de medicina y enfermería pediátrica.
13	Impulso del **Programa Ícaro** ampliando la detección e intervención breve y derivación a los Servicios de Referencia de Prevención (SRP) acreditados, a menores con consumos de cualquier droga que sean atendidos desde los servicios sanitarios de urgencias y emergencias.	Pacientes menores de edad y familiares que acuden por episodio agudo relacionado con consumo de alcohol u otras drogas atendidas en los servicios sanitarios de urgencias y emergencias.	Consejería de Sanidad, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de Planes y Servicios de Referencia de Prevención (SRP) acreditados.
14	Impulso de la detección precoz y la realización de **intervenciones breves** desde la Cartera de Servicios de **Atención Primaria** (servicios específicos de atención al bebedor de riesgo y de consumidor de tabaco, así como pacientes en los que se detecte el consumo de drogas ilegales o hipnosedantes y analgésicos opioides sin receta).	Personal sanitario (enfermería, medicina) de atención primaria y especializada. Personal de la red especifica de atención a las adicciones acreditada.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Sanidad.
15	Realización de **intervenciones breves** en población trabajadora con consumo de riesgo de alcohol, tabaco (también corriente secundaria y terciaria) y otras drogas, especialmente en los sectores productivos con una mayor prevalencia y/o impacto en terceras personas a través de los Servicios de prevención de riesgos laborales y los servicios de prevención ajenos.	Población trabajadora con consumos de riesgo de alcohol, tabaco, cannabis u otras drogas ilegales e hipnosedantes sin receta.	Servicios de prevención de riesgos laborales con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y de los sindicatos y organizaciones empresariales más representativas.

Intervenciones de reducción de los daños con otros colectivos de riesgo			
16	Realización de **talleres de reducción de los daños** dirigidos a personas **mayores de 65 años** con consumos de tabaco, alcohol e hipnosedantes.	Personas mayores de 65 años con consumos de tabaco alcohol e hipnosedantes sin receta.	Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades, Red de Planes y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
17	Promover consejo a las ***familias en las que los progenitores son adictos al alcohol u otras sustancias*** para la detección temprana del consumo en menores y su derivación si fuera necesaria a los programas de prevención selectiva e indicada.	Padres, tutores y menores con edades comprendidas entre los 9 y 18 años cuando alguno de sus progenitores sea adicto al alcohol u otras sustancias.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
18	Impulso de acciones de **detección, atención y consejo breve** dirigidas a disminuir el consumo de drogas asociados a **otras conductas de riesgo.**	Personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, atendidos en dispositivos de la Red especifica de Atención a las Adicciones.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad, entidades colaboradoras especializadas del tercer sector y asociaciones de colectivos de riesgo.
Intervenciones de reducción de los daños en personas con trastornos por uso de sustancias			
19	Mejora de la oferta de **tratamientos farmacológicos con agonistas/antagonistas opiáceos** para personas que han fracasado en el tratamiento con metadona.	Personas en tratamiento por adicción a opiáceos.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad, entidades colaboradoras especializadas del tercer sector y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
20	Atención a las necesidades básicas de personas con adicción a drogas que se encuentran en **situación de emergencia social** a través de programas y servicios especializados.	Personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en situación de vulnerabilidad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
21	Realización de **talleres y actuaciones de consumo de menor riesgo** (incluyendo el programa de intercambio de jeringuillas-PIJ, sexo seguro y promoción de conductas saludables) con personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.	Personas atendidas en la Red especifica de Atención a las Adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Instituciones penitenciarias y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
22	Mejora de la **detección y diagnóstico precoz de las infecciones trasmisibles** asociadas al consumo de drogas (VIH, VHC, VHB, TBC...) en centros específicos de tratamiento y prisiones y su derivación a servicios sanitarios correspondientes.	Personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en prisión o en centros de tratamiento.	Consejería de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y entidades colaboradoras del tercer sector.

23	Puesta en marcha de un protocolo de detección precoz, derivación e intervención temprana en **intentos autolíticos e ideación suicida** con personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) que están en la red de atención a las adicciones.	Personas atendidas en centros y servicios específicos acreditados.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
24	**Vacunación frente a enfermedades infectocontagiosas** prevalentes en personas adictas a drogas en centros específicos de tratamiento y en prisiones.	Personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en prisión o en centros de tratamiento.	Consejería de Sanidad, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y entidades colaboradoras del tercer sector, con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
25	Realización de **acciones de detección precoz y atención temprana** con niños y niñas que hayan sufrido exposición perinatal a drogas, abandono o maltrato por el abuso de alcohol y de otras drogas de sus progenitores, mediante la coordinación entre la red específica de adicciones y el sistema de protección a la infancia.	Menores que hayan sufrido abandono o maltrato por abuso de alcohol y/o de otras drogas de sus progenitores.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad, municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2 – DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

OBJETIVO GENERAL 2.b (OG 2.b): Reducir los riesgos y reducir los daños personales, familiares y sociales derivados del juego patológico.

Objetivo específico (OE 2.b):

Reducir en las personas con trastorno por juego patológico comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Intervenciones breves (AP y laboral)			
1	Impulso de las intervenciones breves sobre el mal uso de las pantallas y el juego con apuestas desde las actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable de la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** (en el Servicio de Atención al joven de 15 a 19 años y al Adulto (de 20-69 años).	Personas de 15 o más años con problemas de utilización de las TIC y los juegos con apuestas.	Consejería de Sanidad.
2	Realización de ***intervenciones breves*** en población trabajadora con juego con apuestas de forma habitual a través de los Servicios de prevención de riesgos laborales y los servicios de prevención ajenos.	Población trabajadora que realiza juego con apuestas de forma habitual.	Servicios de prevención de riesgos laborales con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y de los sindicatos y organizaciones empresariales más representativas.
Reducción de los riesgos en personas con trastorno por juego patológico			
3	Incorporación progresiva de **talleres de reducción de los daños** para disminuir los **consumos concomitantes de sustancias.**	Personas con adicción al juego asociado o no a Trastornos Adictivos por Uso de Sustancias (TUS).	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
4	Impulsar actuaciones de **orientación en la organización a nivel personal; económica, familiar, laboral** en personas con trastorno por juego patológico.	Personas con trastorno por juego patológico asociado o no a Trastornos Adictivos por Uso de Sustancias.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
5	Desarrollo de **actuaciones de asesoramiento** a las personas con juego patológico sobre técnicas de control, estimular para reducir los posibles episodios de juego.	Personas con adicción al juego asociado o no a Trastornos Adictivos por Uso de Sustancias.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3- ATENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS (POR USO DE SUSTANCIAS, JUEGO PATOLÓGICO Y VIDEOJUEGOS)

OBJETIVO GENERAL 1.a (OG 1.a): Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y energéticas, tabaco y productos derivados, hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y otras drogas.

Objetivos específicos (OE 1.a):

OE 1.a.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción a drogas mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

OE 1.a.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas drogodependientes.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Información, orientación, apoyo y seguimiento de personas con adicción a drogas desde los Servicios Específicos de primer Nivel (SEPN)			
1	Impulso de **intervenciones estructuradas** de información sobre recursos, detección, motivación, derivación, apoyo psicosocial al tratamiento especializado y al proceso de incorporación social, así como de **apoyo y asesoramiento a la familia** de la persona adicta.	Familias, personas con adicción al alcohol y/o a drogas ilegales.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
2	Refuerzo de **programas de ayuda mutua** entre iguales para la acogida, acompañamiento y atención a las necesidades específicas de jóvenes dependientes del alcohol **(Programa Quirón).**	Jóvenes con problemas de adicción al alcohol.	Asociaciones de alcohólicos rehabilitados con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Intervenciones en el ámbito laboral			
3	Refuerzo de intervenciones estructuradas de detección precoz, motivación y derivación de **personas trabajadoras con adicción a sustancias psicoactivas** para iniciar tratamiento, apoyo jurídico y mediación en posibles conflictos laborales; seguimiento de la situación laboral y del tratamiento especializado y apoyo tutelado de la reincorporación al puesto de trabajo.	Personal empleado en activo con adicción al alcohol y/o a drogas ilegales e hipnosedantes sin receta.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas y mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Tratamiento integral y especializado			
4	Promoción de los **programas y servicios de deshabituación tabáquica** prestados desde el servicio de atención a la persona fumadora en **Atención Primaria y a las unidades o consultas especializadas** de tratamiento del tabaquismo del sistema sanitario de Castilla y León (SACYL).	Personas con adicción al tabaco sin Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).	Consejería de Sanidad.
5	Impulso de actuaciones orientadas al **abandono del hábito tabáquico, en personas atendidas en dispositivos y programas de la red especifica** de atención a las adicciones.	Personas con adicción al tabaco con TUS	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
6	**Detección de casos con trastornos adictivos por uso de drogas ilegales desde las consultas de Atención Primaria y Equipos de Salud Mental, derivación, y abordaje coordinado** con entidades acreditadas para el tratamiento de la adicción a drogas.	Personas con adicción a drogas ilegales.	Consejería de Sanidad, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
7	Realización de **tratamientos farmacológicos y psicosociales** de eficacia probada en centros específicos acreditados y especializados en régimen ambulatorio y residencial.	Personas con adicción al alcohol, tabaco y/o a drogas ilegales.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejo Comarcal de El Bierzo y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
8	Implantación de un **protocolo autonómico de coordinación entre SACYL y la red específica para el tratamiento de la adicción a drogas** que garantice la detección, valoración diagnóstica, derivación, intervención coordinada y el seguimiento de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, asociado a otro trastorno mental grave.	Personas con adicción al alcohol y/o a drogas ilegales con otros trastornos mentales asociados concomitantes.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
9	Realización de **tratamiento integral en centros específicos a mujeres con trastornos adictivos por uso de sustancias que se encuentren embarazadas, y/o con hijos menores de un año,** acompañado de formación de la madre para la crianza temprana y de visitas domiciliarias realizadas regularmente por un profesional entrenado.	Mujeres en tratamiento ambulatorio por adicción al alcohol y/o a drogas ilegales embarazadas y/o con hijos menores de un año.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
10	Impulso de actuaciones orientadas a **mejorar la detección, valoración, abordaje y acceso prioritario de mujeres víctimas de violencia machista,** en los dispositivos de la red específica acreditada, facilitando su **derivación a la red de atención integral a las víctimas de violencia de género** de Castilla y León.	Mujeres con adicción al alcohol y/o a drogas ilegales víctimas de violencia machista.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.

11	Realización de **actuaciones complementarias** a las intervenciones generales, que **contemplen las características diferenciales de mujeres y hombres** en los programas de tratamiento de adicciones.	Pacientes atendidos en los dispositivos de red específica de adicciones acreditada.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
12	Realización de un **abordaje integral y específico** en centros de tratamiento **ambulatorio ajustado a la realidad de jóvenes y adolescentes** que cumplen criterios de adicción a drogas, con o sin medidas de reforma en coordinación con las **Unidades de Intervención Educativa.**	Jóvenes y adolescentes con trastornos adictivos por uso de sustancias en tratamiento ambulatorio, con o sin medidas de reforma.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
13	Adaptación de intervenciones terapéuticas para personas con necesidades específicas de atención (personas de edad avanzada, con patología crónica, sin hogar, con discapacidad intelectual, migrantes, etc).	Personas vulnerables atendidos en los dispositivos de la red específica acreditada.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
Intervenciones en personas con adicción a drogas y con problemas jurídico-penales			
14	**Orientación y asesoramiento legal,** así como sobre opciones de tratamiento, a **personas con adicción a drogas y problemas jurídico-penales y a sus familiares** a través de servicios especializados.	Familiares y personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y con problemas jurídico-penales.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en colaboración con las entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
15	Desarrollo de programas específicos de intervención de eficacia probada en centros penitenciarios que tengan continuidad fuera de la prisión mediante la coordinación y cooperación institucional y profesional.	Personas privadas de libertad con adicción a sustancias psicoactivas.	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
16	Refuerzo de intervenciones específicas de eficacia probada con menores infractores con trastornos adictivos por uso de sustancias, que se encuentren privados de libertad en centros públicos de socialización y reforma.	Menores con trastornos adictivos por uso de sustancias privados de libertad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
Incorporación sociolaboral (áreas familiar, socio-relacional, formativa y ocupacional/laboral)			
17	**Apoyo a las personas** atendidas en los dispositivos específicos acreditados, para **la activación de un nuevo proyecto de vida** sin consumo de drogas, en el marco de un modelo Atención Centrada en la Persona (ACP).	Personas con adicción a drogas en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.

18	**Refuerzo de la intervención con familias de personas con adicción a drogas,** hayan iniciado o no tratamiento, orientadas al apoyo terapéutico, y asesoramiento en el manejo de la adicción.	Familiares y/o personas del entorno afectivo de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
19	Impulso de **actuaciones orientadas a la modificación del estilo de vida** de las personas en tratamiento, mediante actividades para la ocupación del ocio y tiempo libre saludables alternativas al consumo, evitando aquellas que comporten riesgo de recaída.	Pacientes atendidos en los dispositivos de la red específica de adicciones acreditada.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
20	Aplicación de la **gestión por procesos en los programas y servicios específicos de incorporación sociolaboral** de personas en tratamiento, promoviendo el acceso a programas normalizados, teniendo en cuenta que el hecho de ser mujer es una variable de desigualdad en el acceso al empleo y a las posibilidades de autonomía.	Personas en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
21	**Formación académica reglada, realización de talleres y cursos de formación pre laboral, formación profesional ocupacional, técnicas de búsqueda de empleo,** de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Personas en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
22	Orientación, intermediación laboral y acompañamiento, incluyendo **fórmulas de autoempleo y empleo protegido** de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, a través de programas específicos o para colectivos con dificultades especiales para el acceso al mercado de trabajo.	Personas en tratamiento o en proceso de incorporación social con una baja empleabilidad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
23	Procurar **alojamiento** a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Personas en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3- ATENCIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS (POR USO DE SUSTANCIAS, JUEGO PATOLÓGICO Y VIDEOJUEGOS)

OBJETIVO GENERAL 1.b (OG 1.b): Reducir la prevalencia de utilización problemática de las pantallas y de los juegos con apuestas

Objetivos específicos (OE .1.b):

OE .1.b.4. Facilitar el abandono del trastorno por juego patológico y videojuegos mediante programas y servicios atención accesibles, eficaces y de calidad.

OE .1.b.5. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por juego patológico.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Información, orientación, apoyo y seguimiento de personas con trastorno juego patológico			
1	**Refuerzo de la atención psicosocial ambulatoria e incorporación social,** a personas con trastorno por juego patológico, acompañados o no de trastorno adictivo por uso de sustancias leve o moderado, en colaboración con la red de salud mental.	Personas con adicción al juego como diagnóstico principal, acompañado o no de trastorno adictivo por uso de sustancias leve o moderado.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializas del tercer sector.
2	Impulso de la **atención e intervención con las familias** de personas con trastorno por juego patológico, hayan iniciado o no tratamiento.	Familiares y/o personas del entorno afectivo de personas con trastorno por juego patológico.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializas del tercer sector.
Intervenciones en el ámbito laboral			
3	Realización de **intervenciones estructuradas de motivación y derivación de personas trabajadoras con trastornos por uso de sustancias y/o juego patológico,** para iniciar tratamiento, apoyo jurídico y mediación en posibles conflictos laborales, seguimiento de la situación laboral y del tratamiento especializado y apoyo tutelado de la reincorporación al puesto de trabajo.	Personal empleado en activo con trastornos adictivos por uso de sustancias y/o juego patológico.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas y mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Tratamiento integral y especializado			
4	**Mejora de la comunicación y coordinación** entre la **red específica de atención a la adicción a drogas y la red de salud mental,** que facilite la intervención coordinada con pacientes con comorbilidad por trastornos adictivos por uso de sustancias y trastorno por juego patológico.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos acreditados.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y de Sanidad y entidades colaboradoras especializas del tercer sector.
Incorporación sociolaboral (áreas: familiar, socio-relacional, formativa y ocupacional/laboral) (personas con doble adicción comorbilidad: TUS y Juego Patológico)			
5	Apoyo a las personas atendidas en los dispositivos específicos acreditados, para la activación de un nuevo proyecto de vida sin adicciones, en el marco de un modelo Atención Centrada en la Persona (ACP).	Personas con adicción a drogas y al juego en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
6	Refuerzo de la **intervención con familias** de las personas con trastornos adictivos, hayan iniciado o no tratamiento, orientadas a prestar apoyo, información y asesoramiento en el manejo de las adicciones.	Familiares y/o personas del entorno afectivo de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializas del tercer sector.
7	**Impulso de actuaciones orientadas a la modificación del estilo de vida** de las personas en tratamiento, mediante actividades para la ocupación del ocio y tiempo libre saludables, evitando aquellas que comporten riesgo de recaída.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos acreditados de tratamiento.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras especializas del tercer sector.
8	Aplicación de la **gestión por procesos** en los programas y servicios específicos de incorporación sociolaboral de personas en tratamiento, promoviendo el acceso a programas normalizados y teniendo en cuenta que el hecho de ser mujer es una variable de desigualdad en el acceso al empleo y a las posibilidades de autonomía.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos de acreditados de tratamiento.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
9	**Formación académica reglada, realización de talleres y cursos de formación pre laboral, formación profesional ocupacional, técnicas de búsqueda de empleo,** de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos acreditados de tratamiento.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.

10	**Orientación, intermediación laboral y acompañamiento** incluyendo fórmulas de autoempleo y empleo protegido de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, a través de programas específicos o para colectivos con dificultades especiales para el acceso al mercado de trabajo.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos acreditados de tratamiento.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
11	Procurar alojamiento a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico en tratamiento o en proceso de incorporación social.	Pacientes con trastornos adictivos por uso de sustancias y por juego patológico, atendidos en centros específicos acreditados de tratamiento.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4 - FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

OBJETIVO GENERAL 3 (OG 3): Promover la formación, evaluación e investigación en materia de adicciones.

Objetivos específicos (OE 3):

OE 3.1. Promover la formación basada en la evidencia y en los estándares de calidad, en los equipos profesionales y voluntarios que intervienen en adicciones.

OE 3.2. Potenciar la formación sobre adicciones en colectivos profesionales y mediadores relacionados con el campo de las adicciones incluyendo la formación pregrado y postgrado (campo educativo, social y sanitario).

OE 3.3. Mantener los sistemas de información establecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y los propios del Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León, difundiendo con agilidad los datos obtenidos.

OE 3.4. Fomentar la investigación aplicada de calidad en materia de adicciones.

OE 3.5. Realizar pilotajes con evaluación de proceso de los nuevos programas y servicios antes de su implantación generalizada.

OE 3.6. Promover la evaluación de resultados de los programas y servicios impulsados por el Plan de Adicciones y su incorporación en las plataformas de buenas prácticas.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Formación			
1	Elaboración de **píldoras formativas** para difundir los programas y servicios con los que cuenta el Plan de Adicciones entre los equipos profesionales de interés (profesorado, profesionales de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP, Departamentos de orientación (DO), profesionales de atención primaria y salud mental, equipos de CEAS y servicios sociales especializados, AMPAS, asociaciones juveniles, clubs y asociaciones deportivas, juzgados...).	Profesionales y representantes de asociaciones o entidades con capacidad de influencia en el ámbito de las adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en colaboración con las Consejerías de Educación y Sanidad, la Red de planes, la DGT, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, juzgados y otras entidades colaboradoras especializadas.
2	Diseño, realización y evaluación de un **programa anual de formación** en las áreas de prevención, atención, sistemas de información e incorporación social en adicciones con y sin sustancia dirigido preferentemente a capacitar a los equipos profesionales de la red de adicciones, utilizando los formatos, presenciales y on-line.	Profesionales y personal voluntario que participa en el desarrollo del Plan.	Consejerías de Sanidad, Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, agentes sociales y económicos más representativos, entidades del tercer sector y sociedades científicas como responsables más destacados.
3	Creación de un **Registro de profesionales** formados y acreditados en prevención y/o atención en los diferentes ámbitos.	Profesionales formados acreditados en adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
4	Impulso de la formación del **profesorado, los y las profesionales de los servicios de orientación** (EOEP y DO), para el desarrollo de los programas escolares acreditados de prevención, así como la formación de los servicios en estrategias de detección e intervención ante situaciones de consumo problemático de sustancias o el uso problemático de pantallas (incluyéndola en el ***Proyecto Pausa y Reconecta***).	Profesorado de centros educativos, prioritariamente tutores de alumnado de Educación primaria, Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y ciclos formativos.	Consejerías de Educación, de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades.
5	Impulso de la formación de otros **agentes de salud** colaboradores en el campo de las adicciones (monitores de ocio y tiempo libre o deportivos, tráfico, servicios sociales, educación de calle, servicios penitenciarios, justicia, FFAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, hostelería, comercios, profesionales de infancia, profesionales de las farmacias, medios de comunicación, profesionales del ámbito de la discapacidad).	Colectivos cuya labor esté relacionada con el ámbito de las adicciones.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad. Red de planes, Centros de Acción Social (CEAS).

6	Realización de **actuaciones de formación en colaboración con la Consejería de Sanidad** para impulsar la coordinación de las actuaciones tanto en prevención como en el tratamiento de las adicciones, así como potenciar la formación en materia de adicciones desde la **formación sanitaria especializada** (PIR, MIR, EIR, FIR u otras formaciones especializadas).	Profesionales de los Equipos de Atención Primaria, urgencias y emergencias, equipos de salud mental y de los centros de protección, profesionales sanitarios en formación.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
7	Potenciar la formación sobre adicciones dentro de los **grados universitarios** de las áreas de salud, educación, social y medios de comunicación.	Alumnado universitario de las ramas formativas sanitaria, educativa y social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Universidades y entidades colaboradoras especializadas del tercer sector.
8	Incrementar la formación en adicciones de los agentes preventivos en el **medio laboral,** especialmente en los sectores con mayor riesgo.	Personas trabajadoras.	Consejerías de Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades.
9	Impulso en el **Plan Autonómico de Formación del Plan de Seguridad y Confianza Digital.**	Profesorado de centros educativos.	Consejería de Educación con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Sistemas de información			
10	**Explotación y difusión de los datos** correspondientes a Castilla y León **de las encuestas** a estudiantes de Educación Secundaria (ESTUDES) y a la población general de forma domiciliaria sobre consumo de drogas (EDADES), incluyendo la perspectiva de género y la ruralidad.	Población general, responsables institucionales, profesionales y personal voluntario que colaboran con el Plan de adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
11	**Elaboración y difusión anual de la Memoria del Plan** autonómico de adicciones y de los informes del Sistema autonómico de información sobre adicciones (SAIACyL), de los tratamientos con agonistas opiáceos y de los casos atendidos por los programas de prevención indicada y el Programa Ícaro incluyendo la perspectiva de género (inclusión de infografías resumen de difusión para la población general).	Población general, en especial responsables institucionales, profesionales y personas voluntarias implicadas en el Plan de adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
12	**Elaboración y difusión de resultados de estudios y publicaciones** sobre la situación de las adicciones en Castilla y León, así como de las intervenciones y programas que se desarrollen.	Responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Autonómico de adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
13	Impulso del **intercambio de datos** entre los sistemas de información de **SACYL y del Comisionado Regional para la Droga.**	Profesionales de la red de salud mental/EAP y adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

14	**Coordinación con los Servicios de Urgencias hospitalarios y los laboratorios de toxicología** de Castilla y León para el impulso del sistema de Alerta Temprana.	Profesionales de los servicios de urgencias hospitalaria de los laboratorios de toxicología.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Sanidad.
Promoción de buenas prácticas e investigación aplicada			
15	**Promover estudios específicos sobre factores de riesgo** en adicciones en población juvenil, colectivos de riesgo y con necesidades específicas o sobre otras áreas de interés.	Población adolescente y joven de riesgo, población trabajadora de sectores productivos con una mayor prevalencia y/o impacto en terceras personas, población con necesidades especiales, colectivos de profesionales implicados.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y Educación, Universidades de Castilla y León, entidades del tercer sector y colaboradoras y Subdelegación del Gobierno.
16	Potenciar la evaluación del **grado de satisfacción** de las personas usuarias con los programas, servicios y centros del Plan Autonómico de adicciones.	Población general, en especialmente responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan de adicciones.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, entidades del tercer sector y otras entidades públicas y privadas que participan en el Plan.
17	Promover la **evaluación de los programas,** así como su **incorporación en las bases de datos de buenas prácticas** y de programas de calidad.	Entidades que elaboran e impulsan los programas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Red de planes, entidades del tercer sector y otras entidades públicas y privadas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5 - PARTICIPACIÓN SOCIAL, COORDINACIÓN Y COOPERACÓN INSTITUCIONAL

OBJETIVO GENERAL 5 (OG 4): Impulsar y optimizar la coordinación y cooperación entre instituciones y entidades para el desarrollo del Plan de Adicciones de Castilla y León.

Objetivos específicos (OE 4):

OE 4.1. Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías, especialmente la de educación, sanidad y empleo, así como con los centros directivos de la administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.

OE 4.2. Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León a través de la Red de Planes sobre Adicciones, las universidades y la Administración de Justicia.

OE 4.3. Promover la participación social, la coordinación y la cooperación con las entidades privadas del tercer sector y las organizaciones sindicales y empresariales más representativas de Castilla y León.

Nº	Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Coordinación			
1	Participación en la **Conferencia Sectorial y Comisiones Sectoriales** sobre drogas.	Responsables institucionales del Plan Nacional sobre Drogas y el Plan de Adicciones de Castilla y León.	Administración General del Estado y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
2	Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación con la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (PNsD) y con la Delegación del Gobierno en Castilla y León.	Responsables institucionales de la Delegación del Gobierno para el PNsD, de la Delegación del Gobierno en Castilla y León y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Delegación del Gobierno para el PNsD, Delegación del Gobierno en Castilla León y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
3	Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación entre las **consejerías, servicios y organismos autónomos de la Administración autonómica** más directamente implicados en el desarrollo del Plan, para la prevención del consumo de drogas y la atención normalizada e incorporación social de personas con trastornos adictivos.	Responsables institucionales y técnicos de las consejerías, servicios y organismos autónomos más directamente implicados en el desarrollo del Plan.	Consejerías competentes en materia de servicios sociales, educación, sanidad, deportes, juventud, empleo y otras entidades colaboradoras.
4	Mantenimiento de cauces permanentes de comunicación, coordinación, y cooperación con las **corporaciones locales** a través de la **Sección de la Red de planes sobre drogas/adicciones,** así como mediante subvenciones directas, comisiones, grupos de trabajo y otros instrumentos específicamente creados para fines o necesidades concretas.	Responsables técnicos e institucionales de las Corporaciones Locales y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Red de Planes.
5	Comunicación, coordinación y cooperación con la **Administración de Justicia** para la rehabilitación e incorporación social de personas con trastornos adictivos y problemas jurídico-penales.	Responsables institucionales de la Administración de Justicia y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía General del Estado, Consejo regional de la abogacía de Castilla y León y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
6	Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación con las **universidades** de Castilla y León, para la prevención del consumo de drogas y la atención normalizada e incorporación social de personas con trastornos adictivos.	Responsables técnicos e institucionales de las universidades públicas y privadas de las Consejerías y organismos autónomos más directamente implicados en el desarrollo del Plan.	Consejerías competentes en materia de servicios sociales, Universidades públicas y privadas.
7	Impulso o creación de las comisiones locales **de coordinación** en materia de adicciones.	Profesionales de la Red de Planes y de las instituciones públicas y privadas del ámbito de las adicciones de cada territorio.	Red de Planes y entidades colaboradoras.

8	Mantenimiento de cauces permanentes de comunicación y cooperación con la **iniciativa social** a través de convenios de colaboración, comisiones, grupos de trabajo y mediante otros instrumentos específicamente creados para fines o necesidades concretas, en materia de prevención y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y/o juego patológico en los **centros de trabajo.**	Responsables técnicos e institucionales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, entidades del tercer sector, organizaciones sindicales y empresariales más representativas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, entidades colaboradoras del tercer sector y organizaciones empresariales y sindicales más representativas.
9	Participación de la **sociedad civil** de la Comunidad Autónoma a través de la **Sección de atención y prevención de drogodependencias del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León.**	Responsables institucionales de las entidades públicas y privadas representadas en la Sección de atención y prevención de drogodependencias.	Entidades públicas y privadas representadas en la Sección de atención y prevención de drogodependencias.
10	Impulso de la **colaboración con entidades del sector de la diversidad funcional** para facilitar la atención a este colectivo.	Responsables institucionales y técnicos de asociaciones de personas con discapacidad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, entidades del sector de la diversidad funcional y entidades especializadas del tercer sector.
11	Impulso de la **participación en la Comisión Técnica de Coordinación del Juego Responsable de Castilla y León.**	Miembros de la Comisión Técnica de Coordinación del Juego Responsable de Castilla y León.	Consejería de Presidencia.

//06.
EVALUACIÓN

//06.
EVALUACIÓN

La evaluación del Plan de Adicciones de Castilla y León sobre Drogas (2024-2030), se realizará a tres niveles utilizando fundamentalmente como fuentes de datos el Sistema Autonómico de Información sobre Adicciones de Castilla y León (SAIACYL), que incluye indicadores clave y encuestas periódicas establecidas por el **Plan Nacional sobre Drogas,** así como los datos anuales de las actuaciones que se desarrollan en Castilla y León en este ámbito de intervención.

Por un lado, se llevará a cabo una **evaluación continua** con el fin de conocer los progresos que se produzcan en la realización de las acciones clave a través de las memorias anuales del Plan. Por otro lado, se realizará una **evaluación intermedia en el año 2027,** mediante la valoración de la ejecución del plan operativo. Por último, se realizará una **evaluación final** mediante una serie de indicadores clave con los que valorar el grado de cumplimiento de los objetivos del Plan.

El seguimiento anual pretende detectar desviaciones en las acciones previstas, introduciendo las medidas correctoras oportunas que permitan avanzar en la consecución de los objetivos. Asimismo, este seguimiento permitirá la identificación de nuevas necesidades o problemas emergentes que requieran adaptar las intervenciones o diseñar e impulsar nuevas actuaciones en las diferentes líneas estratégicas del Plan.

1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información para evaluar el impacto y los resultados del Plan cuentan con la estandarización y validación suficiente como para garantizar el suministro de datos fiables y objetivamente verificables con los que valorar la evolución de los distintos indicadores seleccionados. Dichas fuentes y su dependencia institucional se enumeran a continuación:

1.a.- Fuentes de información de carácter nacional:

1. Instituto Nacional de Estadística:

- Encuesta de morbilidad hospitalaria.
- Encuesta Nacional de Salud (ENS).
- Encuesta de población activa.
- Registro de defunciones según causa de muerte.

2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD):

- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en población general en España (EDADES).
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES).

3. Dirección General de Salud Pública:

- Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).
- Registro nacional de casos de sida.

4. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF):

- Registro de muertes por consumo de sustancias psicoactivas.
- Víctimas mortales y accidentes de tráfico.

5. Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE):

- Informes del observatorio sobre la juventud.

6. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias:

- Registro anual de intervenciones en drogodependientes en centros penitenciarios.

7. Observatorio Nacional de seguridad Vial. Dirección General de Tráfico:

- Informes anuales sobre muertes en accidentes de Tráfico relacionas con el consumos de sustancias psicoactivas.

8. Otras fuentes:

- Estudio La Adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. HBSC. Auspiciado por la OMS en colaboración con el Ministerio de Sanidad y la universidad de Sevilla.
- Estudio Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. Realizado por UNICEF y con representatividad autonómica.
- Otros posibles estudios relacionados con el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas o con el juego patológico, la adicción a los videojuegos o la utilización problemática de las pantallas que pueda realizarse y ser de interés.

1.b.- Fuentes de información de carácter autonómico:

1. Sistemas de Información sobre Adicciones de Castilla y León:

- Memoria anual del Plan Autonómico de Adicciones de Castilla y León.
- Sistema autonómico de información sobre adicciones SAIACyL (indicadores de admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas y por juego patológico, indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas e indicador de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas).
- Registro de pacientes en tratamiento con agonistas opiáceos en recursos ambulatorios, en comunidades terapéuticas y en centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos.
- Encuestas y estudios de satisfacción de los programas de prevención y de las intervenciones de atención a personas con trastornos adictivos.
- Registro de casos de menores y jóvenes atendidos en los programas de prevención familiar indicada.
- Registro de participantes en los programas de prevención escolar, familiar, extraescolar, con menores en riesgo y comunitarios.

2. Dirección General de Salud Pública:

- Registro regional de sida.
- Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).

3. Gerencia de Servicios Sociales:

- Registro de menores en protección y reforma.
- Sistema de atención a usuarios de servicios sociales (SAUSS).
- Renta garantizada de ciudadanía.

4. Gerencia Regional de Salud:

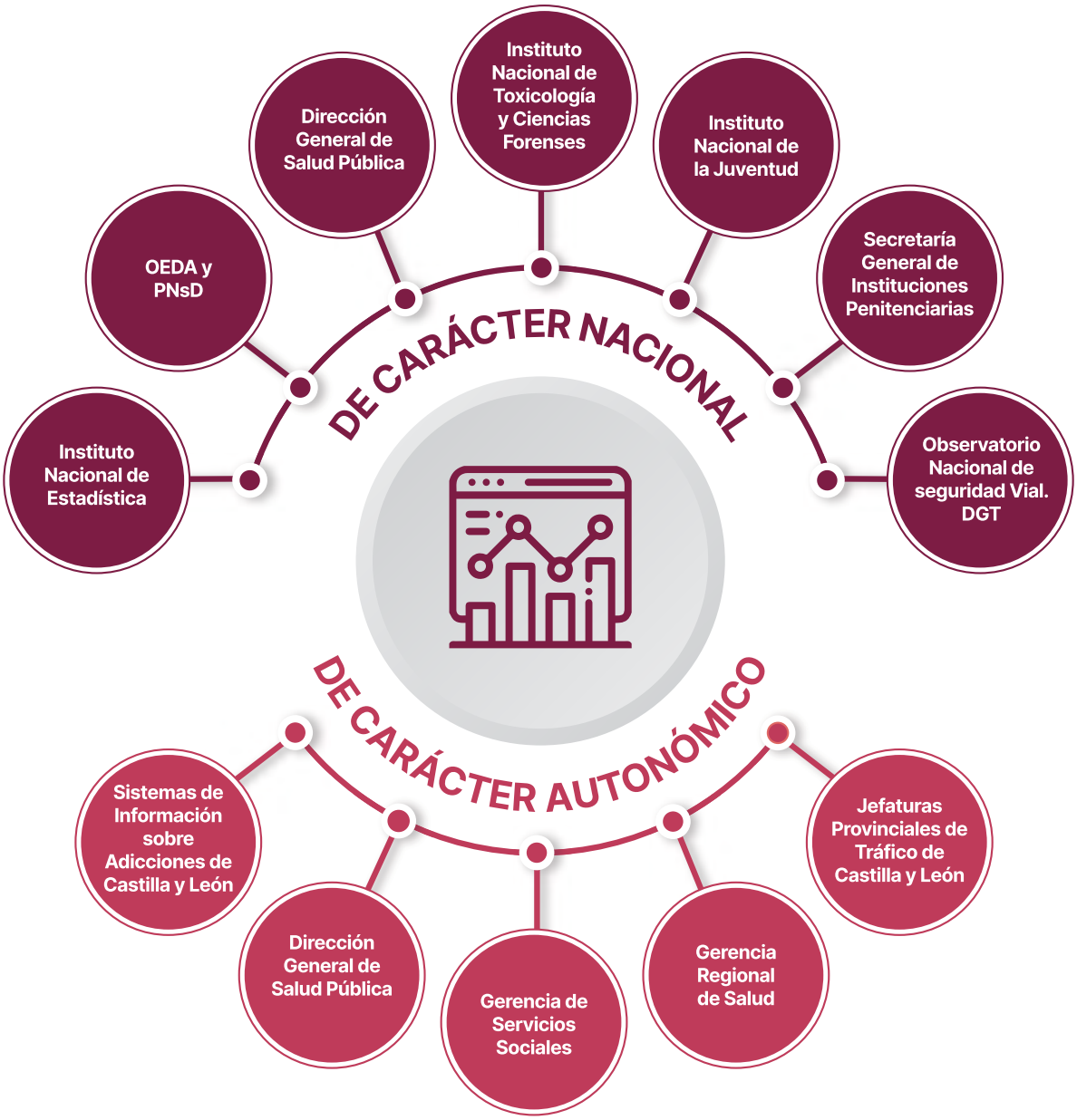
- Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los ingresos hospitalarios.
- Cartera de servicios de Atención Primaria.
- Sistemas de Información de Emergencias sanitarias de Castilla y León.

5. Jefaturas Provinciales de Tráfico de Castilla y León:

- Estadísticas de controles de alcoholemia y otras drogas.

En la evaluación intermedia se analizarán cada una de las actuaciones clave previstas en el plan operativo, valorando su grado de desarrollo y su cobertura.

FUENTES DE INFORMACIÓN



2. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE OBJETIVOS

A continuación, se enumeran los indicadores que se utilizarán para la evaluación final del Plan, especificando el tipo de objetivos que se van a evaluar. Los indicadores se han catalogado en función de si valoran objetivos de proceso (P) o de resultado.

Se clasifican como indicadores de proceso (P), si valoran acciones necesarias para conseguir los resultados previstos, y como indicadores de resultado, si miden los cambios que se quieren obtener, teniendo en cuenta que los resultados pueden ser a corto plazo

(CP), intermedios (IM) y finales (F) o de impacto. Esta clasificación también permite valorar los indicadores en función de su importancia. La relación de indicadores no es rígida ni está definitivamente cerrada. La experiencia en evaluaciones previas muestra que en ocasiones es necesario incorporar nuevos indicadores o introducir ligeras variaciones en los previstos para adaptarse a las exigencias y limitaciones que impone la realidad o a modificaciones en los sistemas de información (registros, encuestas, estudios específicos...).

En la *Tabla 51* se resumen los diferentes indicadores para cada objetivo, así como el tipo de indicador de que se trata, posteriormente se recogen los indicadores asociados a los correspondientes objetivos generales y específicos.

Tabla 51. Indicadores del Plan de Adicciones

OBJETIVOS		Número de indicadores	
		Proceso (P)	Resultados
OBJETIVO ESTRATÉGICO (OE)	OE 1. Mortalidad	-	3 finales (F)
	OE 2. Morbilidad	-	9 finales(F)
	OE 3. Problemas sociales	-	5 intermedios (IM)
OBJETIVO GENERAL 1.a (OG 1.a)	OG 1.a.1 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas	2	6 intermedios (IM) 4 corto plazo (CP)
	OG 1.a.2 Prevalencia de consumos de bebidas energéticas	1	4 intermedios (IM) 1 corto plazo (CP)
	OG 1.a.3 Prevalencia de consumo de tabaco y productos derivados	3	8 intermedios (IM) 4 corto plazo (CP)
	OG 1.a.4 Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta, cannabis y otras drogas ilegales	2	14 intermedios (IM) 11 corto plazo (CP)
OBJETIVO GENERAL 1.b (OG 1.b)	OG 1.b.1 Prevalencia de la utilización problemática de las pantallas	2	4 intermedios (IM)
	OG 1.b.2 Prevalencia de la utilización problemática de los juegos con apuestas	2	8 intermedios (IM)
OBJETIVO GENERAL 2.a (OG 2.a)	OG 2.a. Reducción de los riesgos y de los daños derivados del consumo de drogas	2	7 intermedios (IM) 8 corto plazo (CP)
OBJETIVO GENERAL 2.b (OG 2.b)	OG 2.b. Reducción de los riesgos y de los daños derivados del juego patológico	2	-
OBJETIVO GENERAL 3 (OG 3)	OG 3. Promover la formación, evaluación e investigación en materia de adicciones	4	7 corto plazo (CP)
OBJETIVO GENERAL 4 (OG 4)	OG 4. Impulsar la coordinación y cooperación entre instituciones y entidades	-	3 corto plazo (CP)
TOTAL	**126 indicadores**	**20**	**12 finales** **56 intermedios** **38 corto plazo**

Tipos de Resultados e Indicadores: *F: Indicadores de resultados Finales o de Impacto. IM: Indicadores de resultados intermedios. CP: Indicadores de resultados a corto plazo. P: Indicadores de proceso.*

2.1. Evaluación del Objetivo Estratégico (OE):

En 2030 habrá disminuido la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el consumo problemático y dependencia de las drogas o el uso inadecuado de medicamentos con capacidad adictiva, así como de las adicciones sin sustancia (trastorno por juego patológico y videojuegos) y la utilización problemática de internet y las redes sociales, incorporando en las actuaciones la perspectiva de género.

OE 1.- Mortalidad (IF- Indicadores de resultados finales o de impacto)

- 1. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas.
- 2. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.
- 3. Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

OE 2.- Morbilidad (IF-Indicadores de resultados finales o de impacto):

- 1. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de alcohol.
- 2. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de tabaco.
- 3. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por trastorno por juego patológico o adicción a videojuegos.
- 4. Prevalencia de VIH en población con adicción a drogas que inicia tratamiento por primera vez.
- 5. Prevalencia de sida en la población con adicción a drogas que inician tratamiento por primera vez.
- 6. Proporción de portadores crónicos de hepatitis B en la población con adicción a drogas que inicia tratamiento por primera vez.
- 7. Prevalencia de seropositivos a la hepatitis C en población con adicción a drogas que inicia tratamiento por primera vez.
- 8. Prevalencia de tuberculosis en los últimos 12 meses en población con adicción a drogas.
- 9. Prevalencia de patología dual en la población con trastornos adictivos con y sin sustancia.

OE 3.- Problemas sociales relacionados con el trastorno por uso de sustancias y juego patológico (IM- Indicadores de resultados intermedios).

- 1. Proporción de población con adicción a drogas y/o juego patológico en tratamiento que tiene problemas pendientes con la Administración de Justicia.
- 2. Proporción de población con juego patológico en tratamiento que tiene problemas legales como consecuencia de su adicción.
- 3. Diferencial de la proporción de desempleados en la población con adicción a drogas que se encuentra en tratamiento ambulatorio y la tasa de paro en población activa.
- 4. Proporción de la población con adicción a drogas en tratamiento ambulatorio que vive en alojamientos inestables o precarios.
- 5. Proporción de jóvenes y menores atendidos en los programas de prevención indicada con problemas jurídico-penales.

2.2 Evaluación de los Objetivos Generales y sus correspondientes Objetivos Específicos:

A continuación, se especifican los indicadores que se van a utilizar para valorar la consecución o no del Objetivo General a través de indicadores directos o a través de los indicadores establecidos para los objetivos específicos, de manera que los indicadores se numeran de forma correlativa en función del objetivo general.

OBJETIVO GENERAL 1.a (OG 1.a) REDUCIR LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y ENERGÉTICAS, TABACO Y PRODUCTOS DERIVADOS, HIPNOSEDANTES Y OPIOIDES SIN RECETA, CANNABIS Y OTRAS DROGAS.

OBJETIVO GENERAL 1.A.1 (OG 1.a.1): PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

- 1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas todas las semanas.
- 2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas en el último mes.

Objetivos específicos (OE 1.a.1):

OE 1.a.1.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol:

- 3. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede suponer bastantes o muchos problemas.
- 4. CP) Proporción de la población general que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas cada día puede suponer bastantes o muchos problemas.

OE 1.a.1.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta:

- 5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir bebidas alcohólicas.

OE 1.a.1.3. Reducir la disponibilidad percibida de las bebidas alcohólicas en los menores de edad:

- 6. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.

OE 1.a.1.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas:

- 7. (IM) Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de 14 a 18 años.

OE 1.a.1.5. Promover entornos libres de alcohol para niños y adolescentes

- 8. (P) Número de actuaciones encaminadas a promover este tipo de espacios.

OE 1.a.1.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción al alcohol mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

- 9, 10 y 11. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios de atención específicos (CAD, centros de día, CRA) (3 indicadores uno por recurso).

OE 1.a.1.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por uso de alcohol.

- 12. (P) Proporción de personas con problemas de alcohol que participan en actuaciones de formación e incorporación laboral.

OBJETIVO GENERAL 1.A.2 (OG 1.a.2) PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS.

- 1 y 2. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores).
- 3 y 4. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas combinadas con alcohol en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores).

Objetivos Específicos (OE 1.a.2):

OE 1.a.2.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas energéticas:

- 5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir bebidas energéticas puede suponer bastantes o muchos problemas.

OE 1.a.2.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas energéticas en menores

- 6. (P) Realización de actuaciones para modificar estas normas sociales (Nº de actuaciones)

OBJETIVO GENERAL 1.A.3 (OG 1.a.3) PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO Y DERIVADOS.

- 1 y 2. (IM) Prevalencia de personas que fuman a diario en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores).
- 3 y 4. (IM) Prevalencia de personas que utilizan cigarrillos electrónicos en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores).
- 5. (CP) Proporción de la población general que se ha planteado seriamente dejar de fumar en el último mes.

Objetivos Específicos (OE 1.a.3):

OE 1.a.3.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco y derivados:

- 6. (CP) Proporción de la población general que considera que fumar un paquete de tabaco a diario es muy o bastante arriesgado.
- 7. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que fumar un paquete de tabaco a diario puede suponer bastantes o muchos problemas.

OE 1.a.3.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen la utilización de cigarrillos electrónicos en menores

- 8. (P) Realización de actuaciones para modificar estas normas sociales (Nº de actuaciones)

OE 1.a.3.3. Reducir la disponibilidad percibida del tabaco en los menores de edad:

- 9. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir tabaco.

OE 1.a.3.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco y derivados:

- 10. (IM) Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de estudiantes de 14 a 18 años.
- 11. (IM) Edad de inicio en la utilización de cigarrillos electrónicos en la población de estudiantes de 14 a 18 años.

OE 1.a.3.5. Promover entornos libres de humo de tabaco para niños y adolescentes y en el medio laboral

- 12 y 13. (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para niños y adultos (Nº de actuaciones). (2 indicadores)

OE 1.a.3.6. Facilitar el abandono de la dependencia al tabaco mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.

- 14 y 15. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios de atención específicos (servicios de tratamiento del tabaquismo, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo) (2 indicadores).

OBJETIVO GENERAL 1.a.4 (OG 1.a.4) PREVALENCIA DE CONSUMO DE HIPNOSEDANTES Y ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA Y DROGAS ILEGALES.

- 1-7. (IM) Prevalencia de personas que han consumido en el último mes hipnosedantes y analgésicos opioides sin receta, cannabis y otras drogas ilegales en población general y de estudiantes de 14 a 18 años (7 indicadores).

Objetivos Específicos (OE 1.a.4):

OE 1.a.4.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y resto de drogas ilegales:

- 8-14 . (CP) Proporción de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que considera que el consumo habitual o regular de cannabis, hipnosedantes y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas (7 indicadores).

OE 1.a.4.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de cannabis e hipnosedantes sin receta:

- 15. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir hachís o marihuana.
- 16. (P) Realización de actuaciones para disminuir la tolerancia social al consumo de hiposedantes (Nº de actuaciones).

OE 1.a.4.3 Reducir la disponibilidad percibida de los hipnosedantes sin receta y drogas ilegales:

- 17-19. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales (3 indicadores).

OE 1.a.4.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de distintas drogas:

- 20-22. (IM) Edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en la población de estudiantes de 14 a 18 años (3 indicadores).

OE 1.a.4.5. Promover entornos libres de drogas para niños y adolescentes y entornos laborales

- 23 y 24. (IM) (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para niños y adultos (Nº de actuaciones). (2 indicadores).

OE 1.a.4.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción a las drogas ilegales mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

- 25-26. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas de prevención indicada y servicios de atención específicos (CAD, centros de día y comunidad terapéutica) (2 indicadores).

OE 1.a.4.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastornos adictivos por uso de drogas ilegales.

- 27. (P) Proporción de drogodependientes en tratamiento que participan en actuaciones de formación e incorporación laboral.

OBJETIVO GENERAL 1.b (OG 1.b) REDUCIR LA PREVALENCIA DE UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS Y DE LOS JUEGOS DE APUESTAS.

OBJETIVO GENERAL 1.b.1 (OG 1.b.1): REDUCIR LA PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS.

- 1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que tiene un uso compulsivo de internet.
- 2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que tienen un uso problemático de los videojuegos.

Objetivos Específicos 1.b (OE 1.b.1):

OE 1.b.1.1 Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de las pantallas, especialmente en menores de edad.

- 3. (P) Actuaciones para elevar la percepción de los riesgos de la utilización de las pantallas en población juvenil. (Nº de actuaciones).
- 4. (IM) Prevalencia de la población general de 15 a 65 años que considera que el uso de internet de más de 3 horas diarias genera bastantes o muchos problemas.

OE 1.b.1.2 Promover entornos libres de pantallas en contextos de ocio vinculados a adolescentes y jóvenes.

- 5. (P) Actuaciones en entornos que promuevan esta filosofía. (Nº de actuaciones).

OE 1.b.1.3 Facilitar el abandono del trastorno por videojuegos mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

- 6. (IM) Proporción de altas terapéuticas en los casos atendidos desde los programas de prevención indicada por la utilización problemática de los video juegos.

OBJETIVO GENERAL 1.b.2 (OG 1.b.2): REDUCIR LA PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DEL JUEGO.

- 1 y 2 (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero en formato presencial o por internet (2 indicadores)
- 3 y 4 (IM) Prevalencia de la población general de 15-64 años que ha jugado dinero de forma presencial u on-line (2 indicadores).

Objetivos específicos (OE 1.b.2):

OE 1.b.2.1 Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de los juegos con dinero, especialmente en menores de edad.

- 5. (P) Actuaciones para elevar la percepción del riesgo de los juegos con dinero en población juvenil.
- 6. (IM) Percepción del riesgo del juego con dinero semanal en población general de 15-64 años.

OE 1.b.2.2 Aumentar la edad media del juego con dinero on line y presencial

- 7 y 8 (IM) Edad de inicio de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero en formato presencial o por internet (2 indicadores).

OE 1.b.2.3 Facilitar el abandono del trastorno por juego patológico mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.

- 9. (IM) Proporción de altas terapéuticas en los casos atendidos por juego patológico desde los programas de intervención desde los recursos de atención específicos.

OE 1.b.2.4. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por juego patológico.

- 10. (P) Proporción de personas con juego patológico que precisan apoyo sociolaboral y participan en actuaciones que faciliten su incorporación social laboral.

OBJETIVO GENERAL 2.a (OG 2.a) REDUCIR LOS RIESGOS Y LOS DAÑOS PERSONALES, SANITARIOS Y SOCIALES DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Objetivos Específicos 2.a (OE 2.a):

OE 2.a.1. Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, cannabis y otras drogas.

- 1-2. (CP) Proporción de alcoholemias y controles de otras drogas positivos en controles por accidentes de circulación. (2 indicadores).
- 3- (CP) Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.

OE 2.a.2. Prevenir en los consumidores de drogas los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias.

- 4- (IM) Prevalencia en la población general de personas con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas según AUDIT.
- 5-6. (IM) Prevalencia de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que en los últimos 30 días han consumido 5 o más cañas/copas de alcohol en un periodo de 2 horas (2 indicadores).
- 7-8. (IM) Prevalencia en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años con policonsumo o consumo de dos o más drogas, excluido el tabaco, en el último mes (2 indicadores).
- 9-10.(CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años y de 18 o más años (2 indicadores).
- 11. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales.
- 12. (IM) Proporción de personas con trastorno adictivo por drogas que acuden por primera vez a tratamiento y han utilizado la vía inyectada en el último año o en el último mes.
- 13. (IM) Proporción de personas con trastorno adictivo por drogas que acuden por primera vez a tratamiento por consumo de opioides sintéticos como el fentanilo.

OE 2.a.3. Evitar la exposición al humo de tabaco especialmente en el contexto laboral y familiar.

- 14. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que ha observado fumar tabaco dentro del recinto del centro escolar.
- 15. (CP) Proporción de la población trabajadora que ha observado fumar tabaco dentro del recinto laboral cerrado.

OE 2.a.4. Reducir los daños sufridos por las personas del entorno de la persona con adicción a drogas, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.

- 16. (P) Porcentaje de mujeres que están intentando concebir, embarazadas y en periodo de lactancia incluidas en el Servicio de Atención a la embarazada de Atención Primaria a las que se ha ofrecido consejo sanitario para no fumar y no consumir alcohol.
- 17. (P) Porcentaje de menores que han sufrido abandono o maltrato por el abuso de alcohol u otras drogas por parte de sus progenitores en los que se realizan intervenciones tempranas.

OBJETIVO GENERAL 2.b (OG 2.b) REDUCIR LOS RIESGOS Y LOS DAÑOS PERSONALES, SANITARIOS Y SOCIALES DERIVADOS DEL JUEGO PATOLÓGICO.

Objetivo Específico 2.b (OE 2.b):

Reducir en las personas con juego patológico comportamientos de alto riesgo (uso concomitante de sustancias, incremento en el gasto) y sus consecuencias.

- 1. (P) Porcentaje de personas atendidas por juego patológico que tienen consumo de sustancias en las que se interviene para reducir este.
- 2. (P) Porcentaje de personas atendidas por juego patológico en las que se trabaja la reducción del gasto como estrategia de reducción de los daños.

OBJETIVO GENERAL 3.- PROMOVER LA FORMACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ADICCIONES.

Objetivos Específicos (OE 3):

OE 3.1. Promover la formación basada en la evidencia y en los estándares de calidad, en los equipos profesionales y voluntarios que intervienen en adicciones.

- 1. (P) Realización de un plan anual de formación.
- 2. (CP) Proporción de técnicos del área de drogodependencias (de las administraciones autonómica-local y de las entidades del tercer sector) que participan en al menos una actividad formativa al año.
- 3. (CP) Proporción de técnicos de prevención de la red específica de prevención con formación en el Curriculum Europeo de prevención.

OE 3.2. Potenciar la formación sobre adicciones en colectivos profesionales y mediadores relacionados con el campo de las adicciones incluyendo la formación pregrado y postgrado (campo educativo, social y sanitario).

- 4. (P) Número de cursos realizados con otros profesionales que no sean de la red de adicciones.
- 5. (P) Número de colaboraciones por parte de los y las profesionales que trabajan en el campo de las adicciones en formación pregrado y postgrado sobre este tema.

OE 3.3 Mantener los sistemas de información establecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y los propios del Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León, difundiendo con agilidad los datos obtenidos.

- 6. (CP) Proporción de informes periódicos realizados y difundidos sin un desfase mayor de un año desde la disponibilidad de los datos.
- 7. (P) Número de nuevos canales de comunicación de los resultados de informes o estudios con otros profesionales fuera de la red de adicciones.

OE 3.4 Fomentar la investigación aplicada de calidad en materia de adicciones.

- 8. (CP) Número anual de estudios e investigaciones realizadas en el marco o en colaboración con el Plan Autonómico de adicciones.

OE 3.5 Realizar pilotajes con evaluación de proceso de los nuevos programas y servicios antes de su implantación generalizada.

- 9. (CP) Proporción de programas y servicios pilotados y con evaluación del proceso antes de su generalización.

OE 3.6 Promover la evaluación de resultados de los programas y servicios impulsados por el Plan de adicciones y su incorporación en las plataformas de buenas prácticas.

- 10. (CP) Proporción de programas con evaluación de resultados, incluida la satisfacción
- 11. (CP) Proporción de programas acreditados que se han incorporado a las plataformas de buenas prácticas.

OBJETIVO GENERAL 4 (OG 4). IMPULSAR LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN ENTRE INSTITUCIONES Y ENTIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE ADICCIONES.

Objetivos específicos (OE 4):

OE 4.1. Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías, especialmente la de Educación, Sanidad y Empleo, así como con los centros directivos de la administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.

- 1. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.

OE 4.2. Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León a través de la Red de Planes sobre Adicciones, las universidades y la administración de justicia.

- 2. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.

OE 4.3. Promover la participación social, la coordinación y la cooperación con las entidades privadas del tercer sector.

- 3. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación con las entidades del tercer sector.

Tabla 52. Resumen de objetivos generales e indicadores.

OG 1.a: REDUCIR LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y ENERGÉTICAS, TABACO Y PRODUCTOS DERIVADOS, HIPNOSEDANTES Y OPIOIDES SIN RECETA, CANNABIS Y OTRAS DROGAS			
OBJETIVO GENERAL (OG)	**Indicadores**	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)**	**Indicadores**
OG 1.a.1: PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas todas las semanas. 2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas en el último mes.	**OE 1.a.1.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.**	3. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede suponer bastantes o muchos problemas. 4. (CP) Proporción de la población general que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas cada día puede suponer bastantes o muchos problemas.
		OE 1.a.1.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta.	5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir bebidas alcohólicas.
		OE 1.a.1.3. Reducir la disponibilidad percibida de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.	6. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.
		OE 1.a.1.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas.	7. (IM) Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de 14 a 18 años.
		OE 1.a.1.5. Promover entornos libres de alcohol para niños y adolescentes.	8. (P) Número de actuaciones encaminadas a promover este tipo de espacios.
		OE 1.a.1.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción al alcohol mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.	9. (IM) Proporción de altas terapéuticas en CAD. 10. (IM) Proporción de altas terapéuticas en centros de día. 11. (IM) Proporción de altas terapéuticas en, CRA).
		OE 1.a.1.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por uso de alcohol.	12. (P) Proporción de personas con problemas de alcohol que participan en actuaciones de formación e incorporación laboral.

OBJETIVO GENERAL (OG)	Indicadores	OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	Indicadores
OG 1.a.2: PREVALENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS	1. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas, en los últimos 30 días, en la población general. 2. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas, en los últimos 30 días, en la población de estudiantes de 14 a 18 años. 3. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas combinadas con alcohol, en los últimos 30 días, en la población general. 4. (IM) Prevalencia de personas que consumen bebidas energéticas combinadas con alcohol, en los últimos 30 días, en la población de estudiantes de 14 a 18 años.	**OE 1.a.2.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas energéticas.**	5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir bebidas energéticas puede suponer bastantes o muchos problemas.
		OE 1.a.2.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas energéticas en menores.	6. (P) Realización de actuaciones para modificar estas normas sociales (Nº de actuaciones).
OG 1.a.3 PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO Y DERIVADOS	1. (IM) Prevalencia de personas que fuman a diario en la población general, en los últimos 30 días. 2. (IM) Prevalencia de personas que fuman a diario en la población de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. 3. (IM) Prevalencia de personas que utilizan cigarrillos electrónicos en la población General, en los últimos 30 días. 4. (IM) Prevalencia de personas que utilizan cigarrillos electrónicos en la población de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. 5. (CP) Proporción de la población general que se ha planteado seriamente dejar de fumar en el último mes.	**OE 1.a.3.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco y derivados.**	6. (CP) Proporción de la población general que considera que fumar un paquete de tabaco a diario es muy o bastante arriesgado. 7. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que fumar un paquete de tabaco a diario puede suponer bastantes o muchos problemas.
		OE 1.a.3.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen la utilización de cigarrillos electrónicos en menores.	8. (P) Realización de actuaciones para modificar estas normas sociales (Nº de actuaciones).
		OE 1.a.3.3. Reducir la disponibilidad percibida del tabaco en los menores de edad.	9. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir tabaco.
		OE 1.a.3.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco y derivados.	10. (IM) Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de estudiantes de 14 a 18 años. 11. (IM) Edad de inicio en la utilización de cigarrillos electrónicos en la población de estudiantes de 14 a 18 años.

OBJETIVO GENERAL (OG)	Indicadores	OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	Indicadores
		OE 1.a.3.5. Promover entornos libres de humo de tabaco para niños y adolescentes y en el medio laboral.	12. (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para niños (Nº de actuaciones). 13. (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para adultos Nº de actuaciones).
		OE 1.a.3.6. Facilitar el abandono de la dependencia al tabaco mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.	14. (IM) Proporción de altas terapéuticas servicios de tratamiento del tabaquismo. 15. (IM) Proporción de altas terapéuticas en unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo.
OG 1.a.4 PREVALENCIA DE CONSUMO DE HIPNOSEDANTES Y ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA Y DROGAS ILEGALES	1-7. (IM) Prevalencia de personas que han consumido en el último mes hipnosedantes y analgésicos opioides sin receta, cannabis y otras drogas ilegales en población general y de estudiantes de 14 a 18 años (7 indicadores).	**OE 1.a.4.1. Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de hipnosedantes y opioides sin receta, cannabis y resto de drogas ilegales.**	8-14 (CP) Proporción de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que considera que el consumo habitual o regular de cannabis, hipnosedantes y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas (7 indicadores).
		OE 1.a.4.2. Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de cannabis e hipnosedantes sin receta.	15. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir hachís o marihuana. 16. (P) Realización de actuaciones para disminuir la tolerancia social al consumo de hiposedantes (Nº de actuaciones).
		OE 1.a.4.3 Reducir la disponibilidad percibida de los hipnosedantes sin receta y drogas ilegales.	17-19 (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales (3 indicadores).
		OE 1.a.4.4. Retrasar la edad de inicio en el consumo de distintas drogas.	20-22. (IM) Edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en la población de estudiantes de 14 a 18 años (3 indicadores).

OBJETIVO GENERAL (OG)	Indicadores	OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	Indicadores
		OE 1.a.4.5. Promover entornos libres de drogas para niños y adolescentes y entornos laborales.	23. (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para niños (Nº de actuaciones). 24. (IM) (P) Realización de actuaciones para fomentar estos espacios para adultos (Nº de actuaciones).
		OE 1.a.4.6. Facilitar el abandono del consumo problemático y la adicción a las drogas ilegales mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.	25. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas de prevención indicada 26. (IM) Proporción de altas terapéuticas en servicios de atención específicos (CAD, centros de día y comunidad terapéutica).
		OE 1.a.4.7. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastornos adictivos por uso de drogas ilegales.	27. (P) Proporción de drogodependientes en tratamiento que participan en actuaciones de formación e incorporación laboral.

OG 1.b) REDUCIR LA PREVALENCIA DE UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS Y DE LOS JUEGOS DE APUESTAS			
OBJETIVO GENERAL (OG)	**Indicadores**	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)**	**Indicadores**
OG 1.b.1: REDUCIR LA PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS	1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que tiene un uso compulsivo de internet. 2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que tienen un uso problemático de los videojuegos.	**OE 1.b.1.1 Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de las pantallas, especialmente en menores de edad.**	3. (P) Actuaciones para elevar la percepción de los riesgos de la utilización de las pantallas en población juvenil. (Nº de actuaciones). 4. (IM) Prevalencia de la población general de 15 a 65 años que considera que el uso de internet de más de 3 horas diarias genera bastantes o muchos problemas.
		OE 1.b.1.2 Promover entornos libres de pantallas en contextos de ocio vinculados a adolescentes y jóvenes.	5. (P) Actuaciones en entornos que promuevan esta filosofía. (Nº de actuaciones).
		OE 1.b.1.3 Facilitar el abandono del trastorno por videojuegos mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.	6. (IM) Proporción de altas terapéuticas en los casos atendidos desde los programas de prevención indicada por la utilización problemática de los video juegos.
OG 1.b.2: REDUCIR LA PREVALENCIA DE LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DEL JUEGO	1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero en formato presencial. 2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero en formato internet. 3. (IM) Prevalencia de la población general de 15-64 años que ha jugado dinero de forma presencial. 4. (IM) Prevalencia de la población general de 15-64 años que ha jugado dinero de forma on-line.	**OE 1.b.2.1 Elevar la percepción del riesgo asociada a la utilización de los juegos con dinero, especialmente en menores de edad.**	5. (P) Actuaciones para elevar la percepción del riesgo de los juegos con dinero en población juvenil. 6. (IM) Percepción del riesgo del juego con dinero semanal en población general de 15-64 años.
		OE 1.b.2.2 Aumentar la edad media del juego con dinero on line y presencial.	7. (IM) Edad de inicio de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero en formato presencial. 8. (IM) Edad de inicio de la población de estudiantes de 14 a 18 años que juega dinero por internet.
		OE 1.b.2.3 Facilitar el abandono del trastorno por juego patológico mediante programas y servicios de atención accesibles, eficaces y de calidad.	9. (IM) Proporción de altas terapéuticas en los casos atendidos por juego patológico desde los programas de intervención desde los recursos de atención específicos.
		OE 1.b.2.4. Promover la incorporación social y laboral de las personas con trastorno por juego patológico.	10. (P) Proporción de personas con juego patológico que precisan apoyo sociolaboral y participan en actuaciones que faciliten su incorporación social laboral.

OG 2.a. REDUCIR LOS RIESGOS Y LOS DAÑOS PERSONALES, SANITARIOS Y SOCIALES DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	**Indicadores**
OE 2.a.1. Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, cannabis y otras drogas.	1. (CP) Proporción de alcoholemias positivas en controles por accidentes de circulación. 2. (CP) Proporción de controles de otras drogas positivos en controles por accidentes de circulación. 3. (CP) Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.
OE 2.a.2. Prevenir en los consumidores de drogas los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias.	4. (IM) Prevalencia en la población general de personas con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas según AUDIT. 5. (IM) Prevalencia de la población general que en los últimos 30 días han consumido 5 ó más cañas/copas de alcohol en un periodo de 2 horas. 6. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que en los últimos 30 días han consumido 5 ó más cañas/copas de alcohol en un periodo de 2 horas. 7. (IM) Prevalencia en la población general con policonsumo o consumo de dos o más drogas, excluido el tabaco, en el último mes. 8. (IM) Prevalencia en la población de estudiantes de 14 a 18 años con policonsumo o consumo de dos o más drogas, excluido el tabaco, en el último mes. 9. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años. 10. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en personas de 18 o más años. 11. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales. 12. (IM) Proporción de personas con trastorno adictivo por drogas que acuden por primera vez a tratamiento y han utilizado la vía inyectada en el último año o en el último mes. 13. (IM) Proporción de personas con trastorno adictivo por drogas que acuden por primera vez a tratamiento por consumo de opioides sintéticos como el fentanilo.
OE 2.a.3. Evitar la exposición al humo de tabaco especialmente en el contexto laboral y familiar.	14. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que ha observado fumar tabaco dentro del recinto del centro escolar. 15. (CP) Proporción de la población trabajadora que ha observado fumar tabaco dentro del recinto laboral cerrado.
OE 2.a.4. Reducir los daños sufridos por las personas del entorno de la persona con adicción a drogas, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.	16. (P) Porcentaje de mujeres que están intentando concebir, embarazadas y en periodo de lactancia incluidas en el Servicio de Atención a la embarazada de Atención Primaria a las que se ha ofrecido consejo sanitario para no fumar y no consumir alcohol. 17. (P) Porcentaje de menores que han sufrido abandono o maltrato por el abuso de alcohol u otras drogas por parte de sus progenitores en los que se realizan intervenciones tempranas.

OG 2.b. REDUCIR LOS RIESGOS Y LOS DAÑOS PERSONALES, SANITARIOS Y SOCIALES DERIVADOS DEL JUEGO PATOLÓGICO	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	**Indicadores**
OE 2.b. Reducir en las personas con juego patológico comportamientos de alto riesgo (uso concomitante de sustancias, incremento en el gasto) y sus consecuencias.	1. (P) Porcentaje de personas atendidas por juego patológico que tienen consumo de sustancias en las que se interviene para reducir este. 2. (P) Porcentaje de personas atendidas por juego patológico en las que se trabaja la reducción del gasto como estrategia de reducción de los daños.

OG 3. PROMOVER LA FORMACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ADICCIONES	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	**Indicadores**
OE 3.1. Promover la formación basada en la evidencia y en los estándares de calidad, en los equipos profesionales y voluntarios que intervienen en adicciones.	1. (P) Realización de un plan anual de formación. 2. (CP) Proporción de técnicos del área de adicciones (administraciones autonómica-local y entidades del tercer sector) que participan en al menos una actividad formativa al año. 3. (CP) Proporción de técnicos de prevención de la red específica de prevención con formación en el Curriculum Europeo de prevención.
OE 3.2. Potenciar la formación sobre adicciones en colectivos profesionales y mediadores relacionados con el campo de las adicciones incluyendo la formación pregrado y postgrado (campo educativo, social y sanitario).	4. (P) Número de cursos realizados con otros profesionales que no sean de la red de adicciones. 5. (P) Número de colaboraciones por parte de los y las profesionales que trabajan en el campo de las adicciones en formación pregrado y postgrado sobre este tema.
OE 3.3 Mantener los sistemas de información establecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y los propios del Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León, difundiendo con agilidad los datos obtenidos.	6. (CP) Proporción de informes periódicos realizados y difundidos sin un desfase mayor de un año desde la disponibilidad de los datos. 7. (P) Número de nuevos canales de comunicación de los resultados de informes o estudios.
OE 3.4 Fomentar la investigación aplicada de calidad en materia de adicciones.	8. (CP) Número anual de estudios e investigaciones realizadas en el marco o en colaboración con el Plan Autonómico de adicciones.
OE 3.5 Realizar pilotajes con evaluación de proceso de los nuevos programas y servicios antes de su implantación generalizada.	9. (CP) Proporción de programas y servicios pilotados y con evaluación del proceso antes de su generalización.
OE 3.6 Promover la evaluación de resultados de los programas y servicios impulsados por el Plan de adicciones y su incorporación en las plataformas de buenas prácticas.	10. (CP) Proporción de programas con evaluación de resultados, incluida la satisfacción. 11. (CP) Proporción de programas acreditados que se han incorporado a las plataformas de buenas prácticas.

OG 4. IMPULSAR LA COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN ENTRE INSTITUCIONES Y ENTIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE ADICCIONES.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OE)	**Indicadores**
OE 4.1. Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías, especialmente la de Educación, Sanidad y empleo, así como con los centros directivos de la administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.	1. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.
OE 4.2. Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León a través de la Red de Planes sobre Adicciones, las universidades, y la administración de justicia.	2. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.
OE 4.3. Promover la participación social, la coordinación y la cooperación con las entidades privadas del tercer sector.	3. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación con las entidades del tercer sector.

//07.
FINANCIACIÓN

//07.
FINANCIACIÓN

La financiación del Plan de adicciones de Castilla y León 2024-2030 se ajustará a los objetivos, líneas estratégicas y acciones clave previstas en el plan, considerando para ello la evidencia científica disponible, el seguimiento y la evaluación de las actuaciones desarrolladas. La financiación tendrá en cuenta el abordaje integral, multidisciplinar e intersectorial de las conductas adictivas en las que están implicadas diferentes administraciones públicas, así como otras representativas de la sociedad (entidades del tercer sector, sociedades científicas, colegios profesionales, universidades, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales).

Para la financiación de las actuaciones específicas en materia de adicciones que son responsabilidad de la Administración de la Comunidad de Castilla y León se prevé una dotación económica global en sus presupuestos generales de **122.754.870 euros, distribuida de la siguiente forma por anualidades:**

ANUALIDAD	DOTACION ECONÓMICA
2024	16.467.998 €
2025	16.880.767 €
2026	17.202.923 €
2027	17.555.678 €
2028	17.869.521 €
2029	18.207.247 €
2030	18.570.736 €
TOTAL	**122.754.870 €**

A efectos presupuestarios, por actuaciones específicas en materia de adicciones se consideran aquellas que se realizan específicamente para prevenir las adicciones en diversos ámbitos, para formar específicamente en este campo a profesionales y personas voluntarias, para atender las necesidades de tratamiento y de reinserción social de las personas con adicciones mediante recursos específicos y para la realización de estudios específicos en materia de adicciones y de las consecuencias derivadas de las mismas.

No se consideran para el cómputo presupuestario las actuaciones que se realizan con carácter general o para colectivos con necesidades especiales y de las que se pueden beneficiar personas con adicciones, tampoco las que abordan con mayor o menor intensidad el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas junto con otros problemas o necesidades.

El objetivo de dichos fondos será garantizar el mantenimiento de los centros, servicios, programas y prestaciones específicas, que han demostrado su eficacia y viabilidad, que se vienen desarrollando, así como el adecuado sostenimiento de las nuevas actuaciones que están previstas realizar u otras que sea preciso implantar por la detección de problemas emergentes o nuevas necesidades.

//ANEXOS.

//ANEXO I.

RESUMEN DE LA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN LAS INTERVENCIONES SOBRE EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, POR JUEGO PATOLÓGICO Y PARA PREVENIR LA UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS (INTERNET, REDES SOCIALES, VIDEOJUEGOS)

Coordinación: Víctor José Villanueva-Blasco y Susana Redondo Martín.

Investigador Principal Universidad Internacional de Valencia (UIV): Víctor José Villanueva-Blasco.

Equipo de Investigación UIV: Lorena Belda Ferri, María Cristina Escamilla Robla, Dalila Eslava Pérez, Raquel Gallego González, Sandra Gómez Martínez, Bárbara González Amado, Begoña Iranzo Ejarque, Manuel Isorna Folgar, Joaquín Mateu Mollá, Leticia María Olave Porrúa, Miriam Otero Requeijo, Amparo Suay Madrid, Sergio Veiga Rodeiro.

NOTA: el presente apartado está redactado considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores que conforman su desarrollo. De esta forma el uso indistinto de sustantivos – en género masculino o femenino – carece de intención discriminatoria alguna y en todos los casos el uso es de carácter inclusivo".

1. PREVENCIÓN

1.1. EVIDENCIA SOBRE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.1.1. Principios de la prevención eficaz

Es recomendable que cualquier programa de prevención incluya principios y criterios de calidad en prevención con base en la evidencia científica, tanto en su diseño como en su implementación. Algunos de los principios que deben considerar los programas preventivos son:

a) deben estar basados en teorías contrastadas.

b) ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir en número e intensidad los factores de riesgo.

c) deben adaptarse a cada población concreta para tratar la naturaleza específica su problema adictivo.

d) deben delimitar claramente los beneficiarios de su acción.

e) deben orientarse hacia los entornos más idóneos para realizar la prevención, en función de la población beneficiaria y los objetivos que contempla.

f) deben promover la adopción de estilos de vida saludables y la adquisición de habilidades personales.

g) deben planificarse a largo plazo, como una estrategia estable y sostenida en el tiempo, y desde perspectivas integrales (influencias familiares, sociales, de medios de comunicación, etc.).

h) deben emplear componentes, estrategias, técnicas y metodologías que hayan demostrado su efectividad.

i) deben incorporar en su diseño, desarrollo y evaluación la perspectiva de género, aspectos de etnicidad, vulnerabilidad específica y consideración de la etapa de desarrollo evolutivo en la que se aplica.

j) deben contemplar intervenciones metodológicamente bien diseñadas y evaluadas, con base en la evidencia científica.

k) deben ir acompañados de la formación adecuada.

1.1.2. Prevención escolar

La prevención escolar es de las estrategias más desarrolladas, ya que los centros educativos proporcionan un entorno óptimo para intervenir de forma coste-efectiva. Además

de programas escolares de calidad aplicados con fidelidad, es preciso que los centros educativos cuenten con una política escolar sobre drogas en la que se enmarquen dichos programas. Un componente clave de esa política escolar es disponer de una ***normativa del centro*** sobre el consumo de drogas, así como de ***protocolos de control*** de su cumplimiento y establecimiento de medidas educativas si se infringen, que identifiquen los lugares o periodos temporales en los que el consumo de drogas es más frecuente o probable.

La evidencia existente señala que los programas preventivos escolares que mostraron mayor eficacia cuentan con las siguientes características:

a) estar basados en modelos de competencia e influencia social.

b) abordan la influencia social del consumo, entrenan en habilidades personales y sociales (como habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y resistencia al uso de sustancias), abordan las percepciones de los riesgos, y desmienten conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa y las expectativas del consumo de sustancias.

c) tienen una metodología activa.

d) usan la combinación de soporte oral, escrito y audiovisual.

e) son implementados por profesorado y/o profesionales conjuntamente, o con la participación de iguales.

f) duración de 10-15 sesiones estructuradas.

g) contaban con sesiones de refuerzo. Asimismo, distintos organismos internacionales recomiendan incluir la perspectiva de género en los programas de prevención debido a los distintos patrones de consumo, consecuencias y factores de riesgo y de protección existentes entre mujeres y hombres.

Los ***programas meramente informativos*** son menos eficaces que los basados en teoría de aprendizaje social y con una metodología activa. Por ello, se recomienda adoptar métodos interactivos en los programas preventivos. Su aplicación debe llevarse a cabo por una persona capacitada en el campo de la prevención de drogodependencias, por tanto, la formación del profesorado sobre el consumo de drogas es otra estrategia que hay que potenciar. Los efectos positivos de los programas son limitados y tienden a atenuarse con el paso del tiempo, por lo que son recomendables las sesiones de refuerzo y la sostenibilidad en el tiempo de las intervenciones preventivas.

1.1.3. Prevención familiar

Las intervenciones preventivas en el ámbito familiar se pueden llevar a cabo durante todo el ciclo vital. Los principales factores de protección frente al consumo de drogas son:

a) Apego seguro.

b) Prácticas parentales de supervisión.

c) Monitoreo y disciplina.

d) Cohesión familiar.

e) Comunicación prosocial.

Por su parte, los principales factores de riesgo son:

a) Exposición, disponibilidad de las sustancias y actitudes de las familias favorables o permisivas ante las drogas.

b) Mala gestión de los conflictos familiares.

c) Estilos parentales negligentes o autoritarios.

d) Prácticas parentales inapropiadas (uso de violencia, exigencia en discordancia con la etapa de desarrollo).

e) Bajo control de las emociones por parte de los progenitores.

f) Psicopatologías graves y/o trastornos relacionados con el alcohol y las sustancias por parte de los padres.

En consecuencia, las medidas que habría que implantar dentro del contexto familiar son:

a) Entrenar a los padres y madres en la detección temprana de problemas de salud mental de sus hijos, niños y adolescentes.

b) Desarrollar programas para familias cuyo padre y/o madre tenga problemas de salud mental; c) Fomentar la resiliencia en la familia, en la escuela y en la sociedad.

d) Fomentar valores sociales sanos, saludables y de supervivencia.

e) Potenciar la estructura familiar y otras redes sociales de apoyo.

f) Entrenar a los padres y madres para que sus hijos e hijas incrementen su autocontrol.

g) Fomentar el apoyo emocional dentro de la familia, ofreciendo recursos de resistencia a las posibles presiones por parte del grupo de iguales.

Las características de los programas de prevención familiar eficaces son:

a) Desarrollan los componentes de habilidades de crianza, conocimiento y posicionamiento sobre sustancias y la comunicación familiar.

b) El personal que lo imparte son profesionales cualificados y formados.

c) La metodología de aplicación es familiar, grupal y comunitaria, ofreciendo interacciones de carácter positivo entre los progenitores y los hijos (sesiones conjuntas padres-hijos, que cambian las dinámicas familiares).

d) La población beneficiaria se centra en la adolescencia temprana (12-14 años) o en la adolescencia tardía (15-18 años).

Los programas que sólo se centran en la educación de los padres y madres no resultan tan efectivos como aquellos que desarrollan competencias de la familia. Asimismo, la adherencia es un factor decisivo para que un programa preventivo familiar sea efectivo. Algunas de las estrategias para incrementar la atención y adherencia son:

a) realizar un reembolso sobre los gastos que tienen que realizar en transporte.

b) realizar actividades complementarias con los miembros de la familia que no participan en el programa pero que los acompañen.

c) disponibilidad de servicio de guardería.

d) el lugar y horario donde se desarrolle el programa sea afín a la comunidad.

1.1.4. Prevención laboral

Desde el punto de vista económico, se ha demostrado que la implantación de programas efectivos de intervención frente a las drogas en el ámbito laboral supone un beneficio mínimo de 5 euros por cada euro invertido (proporción que puede llegar a ser de 15:1). Esto indica que el coste-beneficio debería incitar a las empresas a incluirlos dentro de sus políticas generales de salud.

Los programas de prevención de consumo de drogas en el ámbito laboral suelen tener múltiples componentes, incluidas actividades de prevención y políticas de regulación del consumo de alcohol y otras drogas, así como el asesoramiento y derivación al tratamiento. Los estudios sobre su eficacia son escasos, hallándose evidencia consistente para algunas intervenciones, mientras para otras no es concluyente.

A. Evidencia consistente.

- Intervenciones psicosociales: Combinan enfoques cognitivos, conductuales, sociales y de apoyo. La evidencia señala que son eficaces para reducir las tasas de lesiones, mejorar el conocimiento sobre el alcohol y las consecuencias de su consumo. Concretamente la Entrevista motivacional (psicosocial) redujo las tasas de consumo alcohol. La promoción de la salud resultó más efectiva para reducir el uso indebido de alcohol que el enfoque punitivo de pruebas aleatorias de drogas y alcohol.

- Pruebas aleatorias de drogas y alcohol. Eficaz para reducir los daños y el consumo, así como las lesiones por accidentabilidad asociada. Sin embargo, no fomentan la confianza y perjudican la relación empleado-empleador.

B. Evidencia limitada.

- Intervenciones basadas en la web. Ofrecen reducciones significativas en el consumo de alcohol, presentando bajo costo, fácil acceso y anonimato.

C Evidencia inconsistente.

- Intervenciones breves dirigidas. Se asocian con una reducción en el uso de sustancias, pero los cambios no son sostenibles en el tiempo.

1.1.5. Prevención a través de medios de comunicación y campañas

Las ***campañas informativas*** en los medios de comunicación tienen una gran visibilidad pública llegando a grandes y heterogéneas audiencias, con un coste por habitante muy bajo. Sobre los distintos enfoques, algunas se orientan a la información, mientras otras buscan la sensibilización a través de experiencias reales. Sin embargo, las campañas informativas son poco eficaces, especialmente en jóvenes, ya que la mera transmisión de información no lleva a un cambio de conducta si no va acompañada de otras medidas. Incluso existe el riesgo de efectos iatrogénicos.

Las campañas son eficaces si son de suficiente intensidad y se mantienen en el tiempo, siendo necesaria una adecuada selección de la audiencia y diseño del mensaje. El canal de difusión debe considerar a qué subgrupos específicos se orienta. Algunos estudios han mostrado la rentabilidad de combinar formatos televisivos y medios online, siendo este último el medio más rentable, seguido de una combinación de visualización online y televisión. El uso de la televisión de forma aislada es menos rentable. También es importante que la población destinataria se sienta identificada con los personajes, narrativas y mensajes con que han sido diseñadas las campañas. Los mensajes tienen que ser consistentes, breves, continuos y mantenidos en el tiempo, transmitidos por múltiples canales, e incidiendo en las consecuencias negativas del consumo de drogas en la salud física y mental.

Diversos estudios señalan que el ***marketing mediático*** que realiza la industria a través de los medios de comunicación genera efectos significativos sobre el consumo. En consecuencia, se sugiere incrementar el nivel de alfabetización sobre comunicación del marketing en las políticas escolares y las políticas públicas de supervisión de la comunicación de marketing en los medios de comunicación. Visibilizar las estrategias utilizadas por parte de la industria en el uso de las redes sociales para proporcionar información errónea y falsas noticias (*fake news*) sobre las drogas puede ser una estrategia adecuada.

1.1.6. Prevención ambiental y comunitaria

1.1.6.1. Prevención ambiental del alcohol

La publicidad del alcohol es una de las estrategias de la industria más efectiva para captar nuevos consumidores. Esta publicidad se orienta a normalizar la conducta de consumo y fomentar creencias erróneas sobre las bondades de su consumo, logrando reducir la percepción de riesgo, normalizando e incrementando su consumo.

La prohibición de la publicidad es una medida muy eficaz para reducir el consumo. Entre las principales medidas que se pueden adoptar, encontramos:

a) Prohibir la publicidad del alcohol en lugares públicos (transporte público, establecimientos de alimentación, vallas publicitarias, etc.).

b) Prohibir la financiación o publicidad directa o indirecta del alcohol a nivel de eventos (deportivos, musicales, culturales, sociales u otros).

c) Prohibir la publicidad en los medios de comunicación de masas.

d) Prohibir la publicidad indirecta o encubierta del alcohol (financiación de eventos; uso de las bebidas 0.0, o de baja graduación para sortear la regulación publicitaria; monitorizar la publicidad a través de las redes sociales e indirecta a través de personajes públicos).

e) Prohibir la publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (promociones 2×1, hora feliz, etc.).

Otras posibles medidas orientadas a la regulación de la promoción, venta y consumo de alcohol pueden ser:

a) Incorporar advertencias sanitarias en el envase de las bebidas.

b) Limitar la densidad de los establecimientos de suministro de alcohol, ya sea a través de la restricción de concesión de licencias o de la zonificación.

c) Establecer un sistema de control de los puntos de venta legales y restricción de horarios, y supervisar el cumplimiento de la normativa, sancionando su incumplimiento.

d) Prestar especial atención a locales orientados específicamente a la venta de alcohol en el entorno próximo a espacios donde se realiza botellón o zonas de ocio nocturno.

e) Control exhaustivo de venta de alcohol en tiendas 24 horas, gasolineras, etc., restringiendo la venta de alcohol a partir de las 8 de la tarde.

f) Regular y controlar la venta online para que no sea posible que lo compren los menores.

g) Erradicar los puntos de venta ilegal de alcohol.

h) Asegurar la restricción de acceso de menores a las zonas de venta y consumo de alcohol.

i) Diseñar una política de gestión de la dispensación del alcohol en los locales de venta y suministro. Estas medidas precisan asimismo de otras medidas complementarias de control e inspección para su cumplimiento efectivo.

Otra estrategia eficaz para disminuir el consumo de alcohol es incrementar su precio a través de los impuestos sobre el alcohol.

Esta reducción del consumo es más notable en grupos vulnerables, especialmente en jóvenes y en grandes consumidores de bebidas alcohólicas.

1.1.6.2. Prevención ambiental del tabaco

En el caso del tabaco, una regulación más restrictiva permitiría una mayor reducción del consumo. Algunas propuestas en este sentido con base en la evidencia científica son:

a) Disminuir el número de máquinas expendedoras de tabaco, no dando nuevas autorizaciones en los bares, o teniendo un número limitado de ellas por un número concreto de habitantes.

b) Mantener o disminuir el número de estancos con licencia.

c) Aumentar el precio de los productos del tabaco (no sólo cigarrillos de cajetilla).

d) Limitar la publicidad directa e indirecta (prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria).

e) Envasado genérico.

f) Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco y promover la ampliación de espacios libres de humo (por ejemplo: en espectáculos públicos de tipo deportivo, cultural, musical u otros tipos, acotados en un recinto e incluso al aire libre).

Mención especial tienen las medidas orientadas a mejorar la protección de los niños y adolescentes frente al humo de segunda y tercera mano, así como desnormalizar el consumo de tabaco.

La legislación debe avanzar en la protección de los menores en espacios tales como:

a) vehículos particulares.

b) parques, espectáculos y atracciones infantiles y en sus alrededores (incluso aunque sean al aire libre).

c) en las inmediaciones de las guarderías.

Otra medida de especial interés es prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud, hospitales y centros docentes, ampliando la delimitación de estos alrededores como espacios sin humo, incluyendo zonas de aparcamiento. Hay evidencia de su efecto en el descenso del consumo y mejora del papel ejemplar de los profesionales sanitarios y educativos.

1.1.6.3. Prevención ambiental del cannabis y otras drogas ilegales

En relación con el cannabis y productos cannábicos, tenemos como referencia lo aprendido de la regulación del alcohol y del tabaco. En consecuencia, las medidas a adoptar son:

a) Regular la publicidad y promoción (directa e indirecta) del cannabis y productos relacionados en las revistas y webs procánnabis, así como cualquier otro medio de difusión de masas, o a través de los clubes y congresos cannábicos.

b) Regular de manera más restrictiva la venta o intercambio de productos orientados al cultivo y/o consumo de esta sustancia, así como de la sustancia en sí misma.

c) Regular administrativa o legislativamente un modo ágil de cerrar páginas que hacen apología del cultivo, autocultivo, venta y consumo del cannabis.

Respecto a otras drogas ilegales, las medidas de control y persecución de la venta y tráfico de drogas son medidas eficaces porque reducen el suministro, lo que disminuye su disponibilidad, su consumo y los efectos dañinos asociados.

1.1.6.4. Prevención comunitaria del consumo de drogas

La evidencia sobre las intervenciones comunitarias efectivas para reducir el consumo de sustancia identifica tres componentes comunes: movilización comunitaria, aplicación de leyes y campañas en medios de comunicación coordinadas. Las familias, los equipos profesionales, las personas investigadoras y responsables de la formulación de políticas tienen que trabajar juntas.

En este sentido, el modelo islandés de prevención plantea seis ejes esenciales para la realización de una adecuada prevención comunitaria:

1) enfoque ascendente (desde la comunidad a la organización).

2) enfoque basado en datos sobre el consumo y los problemas, recientes y locales.

3) enfoque multicomponente (intervenciones en diferentes contextos de forma coordinada).

4) factores específicos (monitorización de los padres, madres en relación al ocio, salidas, y menor oportunidad de participar en conductas de riesgo).

5) actividades de ocio supervisadas.

6) horarios de toque de queda.

Sin embargo, se señala que este modelo solo puede funcionar si se tiene en cuenta dos factores moderadores:

a) la legislación nacional sobre el alcohol.

b) las características contextuales y culturales locales, por lo que es necesario valorar si el contexto permite implementar algunas de sus actuaciones.

Otro de los modelos clave de prevención comunitaria es el programa Community That Care (CTC) que plantea analizar el grado de motivación de la comunidad para realizar las intervenciones, de manera que se iniciarán cuando la comunidad esté preparada, creando estructuras estables de coordinación con los principales implicados y posteriormente plantea la realización de un programa multicomponente que intervenga en los principales ámbitos de socialización de la población adolescente y joven.

1.1.6.5. Prevención del consumo de sustancias en contextos de ocio

1.1.6.5.1. Intervenciones en contextos de ocio previas al consumo de sustancias

La evidencia respalda la eficacia de la ***gamificación de estrategias de prevención.*** A nivel de diseño, hay evidencia de que el juego repetido o reiterado mejora los resultados y que existe un mayor impacto si los objetivos de cambio comportamental están claramente definidos. Sin embargo, en el caso de los videojuegos ha de tenerse en cuenta que un diseño contextual deficiente puede provocar que la información se malinterprete o incluso provoque efectos iatrogénicos. Por ello, es importante la personificación del avatar de usuario, el feedback al jugador acerca de sus avances en el juego y la concreción de los objetivos de cambio para evitar malinterpretaciones.

Respecto a la evidencia sobre las intervenciones de ***ocio alternativo de aventuras*** no es concluyente, en parte por lo complicado de su evaluación. Además, la aplicabilidad de esta medida es limitada al tener que ofrecer un programa muy variado y con actividades costosas.

La evidencia acerca la relación entre la ***práctica de deporte*** y el consumo de sustancias es contradictoria. Algunos estudios señalan que una mayor participación en deportes se asocia con un mayor consumo de alcohol durante la adolescencia y adultez temprana. Otros estudios señalan que el efecto de esta relación puede depender del tipo de deporte, apuntando que los deportes de equipo muestran mayores tasas de consumo. Estos hallazgos son importantes porque se llama la atención sobre el tipo de actividad física a proponer, ya que podría influir sobre los resultados preventivos.

En base a la evidencia existente, entre los factores que determinan la eficacia del deporte como estrategia preventiva, pueden incluirse:

a) la estructuración de la actividad.

b) la duración y frecuencia de realización.

c) el enfoque combinado con otras estrategias y programas preventivos o de desarrollo de habilidades sociales.

d) la involucración de familias y personas educadoras.

El fomento de actividades deportivas debe basarse en modelos de no normalización del consumo de drogas, con apoyo de diferentes agentes sociales (p. ej., padres, profesores de educación física, entrenadores de clubes deportivos, etc.) que pueden influir en los procesos motivacionales hacia la práctica de actividad física y brindar consejos breves sobre otros temas de salud como el consumo de drogas (legales e ilegales).

Los ***programas de ocio nocturno alternativo*** se fundamentan en la idea de que la asistencia a actividades paralelas al ocio nocturno durante las noches de los fines de semana es incompatible con la participación en ambientes de consumo de sustancias durante dichas horas nocturnas, sin embargo, este hecho no está claro que se consiga. Su carácter transdisciplinar hace que puedan ser promovidos y realizados desde distintas áreas municipales, lo que supone la dificultad de la coordinación de distintos agentes preventivos y el establecimiento de objetivos y metodologías apropiadas para prevenir el consumo de drogas. En ocasiones, esto puede generar efectos iatrogénicos, ya que pueden favorecer la exposición de adolescentes más pequeños a contextos de mayor riesgo al permanecer en un horario más tardío en el medio comunitario.

1.1.6.5.2. Intervenciones en contextos de ocio concomitantes al consumo de sustancias

La ***capacitación del personal de ocio nocturno y hostelería*** se centra en la transmisión de pautas orientadas a cumplir con la legalidad sobre la dispensación de alcohol,

reconocimiento de clientes menores de edad, a servir alcohol de manera controlada y responsable, por ejemplo, desalentando las conductas de promoción (ej. invitación a chupitos, hora feliz, 2×1), o promover el consumo acompañado de algún tipo de alimento que ralentice el servicio entre el consumo de una bebida y otra. También puede ofrecerse capacitación para un reco-nocimiento temprano de posibles casos de intoxicación y rechazar el servicio de alcohol excesivo a clientes con signos de embriaguez. Igualmente se orientan a la gestión de daños derivados del consumo excesivo de alcohol, como lesiones por peleas o caídas, o sugerir a la clientela que no conduzca tras consumir, promoviendo otro tipo de transporte.

La evidencia de la efectividad de estas medidas no es concluyente. Se ha observado que la capacitación del personal apenas tiene un efecto mínimo sobre el consumo de alcohol de la clientela, aunque este aumenta si la formación es obligatoria para el personal y el personal es estable, la gerencia del local está motivada a la implantación de estas medidas e involucrada en la capacitación, y la acción es respaldada por entidades municipales y apoyada con control policial. También se ha observado un impacto muy limitado en la reducción del número de accidentes asociados a la conducción bajo los efectos del alcohol.

Por su parte, las acciones de ***distribución de información presencial a través de folletos, flyers o tarjetas en entornos de ocio*** donde se consumen sustancias permiten distribuir información sobre las posibles consecuencias y riesgos del consumo de alcohol y otras sustancias, tanto entre consumidores como no consumidores. La evidencia es limitada y no permite concluir su eficacia, siendo considerado por el EMCDDA poco probable que tenga impacto positivo sobre la reducción de daños.

El ***análisis de sustancias*** es una estrategia de reducción de daños que permite a los consumidores de drogas ilícitas conocer la composición de la sustancia que tienen previsto consumir y, en base a ello, tomar una decisión informada sobre la conveniencia o no de su consumo. Este tipo de intervenciones permite llegar e intervenir con una población de difícil acceso, como son los consumidores de sustancias ilegales, realizar una intervención breve y facilitar su derivación a otros servicios.

La evidencia sobre la eficacia del *drug checking* es muy limitada, pero se ha señalado que el cambio de actitud e intención de consumo se ve favorecido cuando se complementa con asesoramiento individualizado. También existe evidencia débil sobre su utilidad para reducir la frecuencia de sobredosis o problemas derivados al aumentar el conocimiento a través del asesoramiento proporcionado. Sin embargo, algunos autores advierten que esta medida puede enviar un mensaje contradictorio a los jóvenes, pudiendo interpretarse que se promueve el consumo como algo seguro y normalizado.

Finalmente, la ***presencia policial en contextos de ocio*** es una medida de control y disuasión para asegurar el cumplimiento de normativas y otras acciones de reducción de daños. La evidencia señala la efectividad de esta medida para disminuir la presencia de

menores de edad en los locales, la conducción bajo los efectos del alcohol y los comportamientos agresivos, especialmente cuando se trataba de intervenciones selectivas y concentradas en los "puntos calientes" de la vida nocturna.

1.2. EVIDENCIA SOBRE PREVENCIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE PANTALLAS: INTERNET Y VIDEOJUEGOS

1.2.1. Prevención escolar y familiar

El uso excesivo y problemático de dispositivos electrónicos y pantallas en niños, niñas y adolescentes ha aumentado en las últimas décadas, convirtiéndose en un tema relevante dada la evidencia existente del impacto negativo que su uso excesivo tiene en el desarrollo saludable de las y los menores. Esto es especialmente relevante al considerar que la edad en la que comienzan a emplearse estos dispositivos es cada vez más temprana, estimándose una media de uso que supera las dos horas al día en menores de 8 años; incrementándose este tiempo a medida que aumenta la edad.

Los programas de prevención escolar abordan el ***Uso Problemático de Internet (UPI)*** o de pantallas desde la promoción de competencias psicosociales, el conocimiento de los riesgos y la reducción de síntomas asociados. Los componentes efectivos utilizados en estos programas preventivos se centran en concienciar sobre las consecuencias negativas y proporcionar habilidades de autorregulación, control del tiempo de uso, aportar recomendaciones del buen uso y alternativas de tiempo libre. Por su parte, los programas escolares de prevención a la adicción a videojuegos señalan como componentes eficaces controlar el tiempo de juego, fomentar otro tipo de actividades de tiempo libre, abordar sus características adictivas y trabajar complementariamente con las familias.

Asimismo, la familia tiene un papel fundamental en la educación del uso saludable de la tecnología, actuando como reguladores del uso de pantallas (teléfono móvil, internet, videojuegos). Las estrategias de crianza identificadas como más eficaces para reducir el riesgo de un uso excesivo y problemático de las pantallas en menores conjugan el enfoque de la Parentalidad Positiva y la Digital Parenting, incorporando componentes como la comunicación familiar, establecimiento de límites, supervisión activa, modelado de comportamientos adecuados, educación y alfabetización digital, siendo elementos comunes a los programas de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El término específico, ***"Digital Parenting"*** o *"mediación parental"* hace referencia a las prácticas que las y los progenitores emplean para regular y supervisar el acceso de las y los menores a la tecnología y a los medios digitales. Las principales estrategias de Digital Parenting son:

a) Comunicación familiar eficaz, entendida como la capacidad de interactuar y expresarse de manera abierta, clara, respetuosa y efectiva entre sí, y la forma en que los padres guían a sus hijos en el mundo digita.

b) Establecimiento de límites y reglas, mostrando un enfoque firme pero equilibrado, con límites claros y coherentes sobre el tiempo de pantalla y el tipo de contenido permitido y con consecuencias claras y efectivas.

c) Supervisión activa, entendida como la práctica de monitorear de manera proactiva las actividades, relaciones y experiencias de los menores, en este caso el uso de pantallas, con el propósito de brindar orientación, apoyo y seguridad, inhibiendo contenidos inadecuados que contribuyan a prevenir o mitigar su uso excesivo y problemático.

d) Modelado de comportamientos adecuados en relación con el uso de pantallas y dispositivos digitales, mostrando un uso responsable y equilibrado de las pantallas, proporcionando a sus hijos e hijas un ejemplo de autorregulación.

e) Detección del uso problemático de pantallas, prestando atención a los signos de uso problemático de los medios digitales.

Otra estrategia que puede desarrollarse tanto desde el ámbito educativo como familiar es la educación y alfabetización digital, promoviendo la capacitación y enseñanza sobre cómo hacer empleo de las tecnologías e internet de manera segura, responsable y efectiva. Esta incluiría:

a) Conciencia digital, orientada a hacer comprender las implicaciones de vivir en una sociedad digital, incluyendo la importancia de la privacidad en línea, la seguridad cibernética y los posibles peligros en línea.

b) Habilidades técnicas, orientadas a enseñar a utilizar dispositivos electrónicos, aplicaciones y herramientas en línea de manera efectiva, incluyendo cómo buscar información, comunicarse en línea y crear contenido digital.

c) Evaluación crítica, enfocada en fomentar la capacidad para evaluar de manera crítica la información en línea, discernir fuentes confiables de información y reconocer noticias falsas o desinformación.

d) Seguridad en línea, promoviendo prácticas seguras en línea, como la gestión de contraseñas, la configuración de perfiles de privacidad y la identificación de posibles amenazas cibernéticas, como el acoso en línea.

e) Respeto y ética en línea, enseñando sobre el comportamiento ético en línea, incluyendo el respeto hacia otros usuarios, la prevención del ciberacoso y la comprensión de las consecuencias de las acciones en línea.

1.2.2. Prevención a través de medios de comunicación y campañas

Las intervenciones mediáticas y las campañas pueden desempeñar un papel importante en la prevención del uso problemático de pantallas, especialmente cuando se integran

estrategias basadas en la teoría del cambio de comportamiento, la participación de los padres y el apoyo social.

Algunas campañas se centran en la promoción de hábitos saludables y la reflexión sobre el uso de la tecnología, mientras otras se enfocan en la sensibilización sobre la protección de datos y la prevención de la violencia digital en entornos educativos. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender cuáles son las estrategias más efectivas en diferentes grupos de edad y contextos culturales.

1.2.3. Prevención ambiental y comunitaria

En el contexto de Internet, la prevención ambiental se refiere a la creación de entornos digitales que promuevan la seguridad y la educación en línea. Esto implica no solo la implementación de medidas técnicas para filtrar contenido perjudicial, sino también la promoción de la conciencia y la capacitación de la comunidad para reconocer y abordar los riesgos asociados con la navegación en línea.

Algunos enfoques están orientados a promover la autorregulación en los videojuegos, tanto online como en formato físico. Para ello, sugieren la personalización de advertencias en los juegos en función del tiempo que los jugadores dedican a ellos; o la mediación de software que introduce intervenciones directas para modificar los comportamientos problemáticos, la implementación de sistemas antifatiga que supervisan el tiempo que un usuario pasa en línea y disminuyen el rendimiento en los juegos una vez que se ha excedido el límite de tiempo permitido, o el bloqueo durante un periodo de tiempo tras rebasar ese tiempo límite. Asimismo, se contempla la inclusión de mensajes de advertencia específicos en las calificaciones de los juegos, como el código PEGI. Otras medidas planteadas son el control de los cibercafés, la limitación de sus horarios de apertura o la prohibición de su ubicación cerca de escuelas. Sin embargo, aún no se ha evaluado la efectividad de estas medidas.

A pesar de no haber amplia evidencia, la existente sugiere que la educación brindada a las familias de adolescentes, junto al desarrollo de políticas y estrategias comunitarias pueden contribuir a un uso responsable y saludable de la tecnología. Existe evidencia de que jugar a determinados videojuegos de tipo educativo puede ser beneficioso para el desarrollo de los menores, además de ofrecer notables posibilidades educativas, mejorando la autoeficacia y adquisición de contenidos procedimentales y conceptuales, habilidades espaciales y la resolución de problemas.

1.3. EVIDENCIA SOBRE PREVENCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO

1.3.1. Prevención escolar y familiar

A pesar de que el juego patológico es una actividad regulada no permitida a menores, en los últimos años su uso se ha normalizado debido a su accesibilidad y a la publicidad. Si bien la edad de inicio en el juego patológico se sitúa en la adolescencia media y tardía, cuando se trata de juego patológico online, surge a una edad más temprana, teniendo en cuenta que una mayoría comienzan a jugar en grupo, con apuestas colectivas, sobre todo apuestas deportivas.

Los jóvenes están expuestos a una amplia gama de estrategias de marketing de apuestas en su entorno diario, incluyendo publicidad en televisión, patrocinio de deportes y equipos, y promociones de apuestas gratuitas, donde a menudo asocian el glamur al juego de apuestas, y animan a los jóvenes adultos a jugar sin ningún tipo de advertencia sobre juego responsable o de información sobre el juego problemático. La posibilidad del uso de internet en dispositivos móviles aumenta la accesibilidad al juego de azar, así como su intensidad. Al jugar de manera online, existe menos control por parte de los padres y el adolescente puede hacerlo bajo el anonimato.

La investigación destaca como factores de riesgo la exposición a la publicidad del juego, el inicio antes de los 18 años, jugar con mayor intensidad, el seguir a través de las plataformas online a los tipsters, escasa mediación parental, que el juego se perciba como un comportamiento normalizado entre padres y amigos. A nivel publicitario, algunas de las estrategias más influyentes son la promoción de bonos y ofertas especiales, la presencia de celebridades y deportistas en las campañas publicitarias, y la accesibilidad y facilidad de uso de las plataformas de apuestas deportivas.

En consecuencia, la literatura señala como componentes efectivos de los programas preventivos:

a) identificar y reducir los sesgos cognitivos y falsas creencias.

b) sensibilizar sobre los intereses económicos y sobre el funcionamiento de la publicidad.

c) fomentar la conciencia sobre los riesgos que supone esta práctica.

d) promover habilidades para no exponerse a estas conductas.

También se señala que aquellos programas que consideran al grupo de iguales, profesores y familia en la intervención presentan mayor efectividad y mantenimiento a largo plazo. Es muy importante tener en cuenta que la industria del juego intenta ocupar un espacio en el ámbito de la prevención, no abordando adecuadamente los riesgos reales asociados con el juego, ni reconociendo la responsabilidad de la industria del juego.

La educación familiar es adecuada para ayudar a crear conciencia sobre las posibles consecuencias no deseadas del juego. Aunque la evidencia científica es muy limitada, se señala que las características de los programas de prevención familiar para drogas se podrían extrapolar a la prevención del juego patológico. También se señala que combinar programas escolares y familiares es más efectivo que hacer escuelas de padres.

1.3.2. Prevención a través de medios de comunicación y campañas

Este tipo de medida sirve para incrementar la conciencia social sobre el problema del juego excesivo, tanto en los adolescentes como en los adultos. La mayoría ha utilizado redes sociales y plataformas streaming, presentan una orientación eminentemente informativa y centrada en evitar el inicio del juego de azar y sus consecuencias. Cuando se dirigen a los jóvenes deben incluirse mensajes tanto para ellos como para sus padres, de cara a detectar si tienen un problema ellos mismos, sus amistades o alguien en el entorno familiar. Algunas medidas a aplicar serían:

a) Realizar campañas informativas en los medios de comunicación sobre las consecuencias negativas del juego.

b) Informar a los jóvenes y a sus padres de las consecuencias negativas del juego.

c) Enseñar a la población a poder detectar si ellos, o personas cercanas, tienen un problema de juego.

d) Denunciar las campañas informativas sesgadas, directas o indirectas, de la industria del juego.

Aunque el nivel de evidencia de estas campañas es moderado, estas pueden facilitar información para el acceso a los recursos de atención y tratamiento existentes en el entorno próximo.

1.3.3. Prevención ambiental y comunitaria

El hecho de que el juego genere o no problemas de salud pública en una región dependerá de las relaciones entre las instalaciones de juego, la actividad de juego y las circunstancias contextuales de los jugadores individuales y la comunidad local. A este respecto, la evidencia señala siete áreas sobre las que intervenir para reducir el juego patológico:

1) precio y fiscalidad.

2) disponibilidad.

3) accesibilidad.

4) marketing, publicidad, promoción y patrocinio.

5) ambiente y tecnología.

6) información y educación.

7) tratamiento y apoyo.

Respecto al precio y la fiscalidad, se han propuesta varias acciones, como son:

a) Incrementar los impuestos sobre los premios que se obtienen sobre el juego.

b) Poner una cantidad mínima del coste de la apuesta y que esta sea baja, considerando que si la apuesta es baja el premio no puede ser elevado y, por tanto, el proceso de reforzamiento no es tan potente.

c) No poder utilizarse tarjeta de crédito, ni haber cajeros cerca de donde se juega, aunque esto no es aplicable al juego online.

d) Limitar el pago de premios importantes, escalonando el pago de estos a lo largo del tiempo (de varios años).

En relación con la disponibilidad, accesibilidad, la evidencia señala que las restricciones a la disponibilidad general de las actividades de juego, así como medidas selectivas para evitar que los jugadores gasten de más, son efectivas. De modo que la regulación y disminución del número de establecimientos de juego y apuestas, así como del número de máquinas de juego o apuestas, son medidas efectivas. En este sentido, algunas medidas que se pueden llevar a cabo son:

a) Implantar un número máximo de establecimientos de juegos de azar o de apuestas en función del número de habitantes.

b) Prohibir la apertura de locales de juego cerca de colegios, institutos, u otros lugares frecuentados por menores.

c) Endurecer las medidas para abrir un local de juego o de apuestas, así como para nuevas empresas online y tener un control estricto de las cantidades jugadas, premios, pérdidas, etc., de los participantes.

La regulación del acceso al juego también es una de las medidas más eficaces para reducir el gasto en juego y los problemas asociados.

Algunas medidas que pueden contemplarse son:

a) Subir la edad mínima para jugar a los 21 años (hay clara evidencia de la efectividad de la restricción de acceso a las salas de juego con el aumento de la edad).

b) Identificación de la persona adulta para que pueda tener acceso al juego a través de un dispositivo que le permita jugar que tiene que accionar el propietario o persona encargada del local en ese momento.

c) Control de las personas que acceden al salón de juego de apuestas, o a las máquinas de juego o apuestas.

d) Restringir el horario de apertura de los locales.

Otra medida de regulación del acceso es la posibilidad de que el propio jugador se pueda auto prohibir acceder a las salas de juego. La autoexclusión tiene efectos sobre la asistencia a los locales, gasto, frecuencia de juego, reducción de su severidad de juego, menos problemas psicológicos relacionados con el juego y mayor control de su vida.

En este sentido, debe facilitarse la auto prohibición, teniendo en los locales de juego o apuestas información sobre cómo hacerla y modelo para hacerla. También puede aplicarse una prohibición administrativa o judicial por problemas legales debidos al juego, problemas psicopatológicos debidos al juego, o problemas familiares debidos al juego.

Respecto al marketing, publicidad, promoción y patrocinio, actualmente, la publicidad del juego se orienta sobre todo al juego online y a grupos vulnerables. La publicidad del juego lleva a la población a verlo como una conducta normalizada y percibirlo como una conducta aceptada, poco dañina y que se puede hacer sin riesgo. La publicidad del juego está muy unida al deporte y a su emisión cuando las propias casas de apuestas promocionan o financian eventos deportivos. Es un modo directo de hacer publicidad del juego de azar sin ningún tipo de restricción.

Hay evidencia que señala que la estricta regulación de la publicidad del juego online tiene un claro impacto en la cantidad jugada. De ahí la relevancia de regular la publicidad del juego. Los espacios y lugares donde habría que prohibir la publicidad del juego son:

a) TV, radio, prensa, revistas y otros medios de comunicación, tanto escritos como online.

b) Redes sociales e influencers.

c) Soportes fijos en la calle, áreas comerciales, lugares para eventos sociales o deportivos.

d) Transporte público.

e) Supermercados, tiendas o lugares de venta de cualquier producto.

f) Colegios, institutos u otros centros en donde haya menores.

g) Eventos deportivos, musicales, culturales, sociales o de otro tipo.

En relación con el ambiente y la tecnología, el diseño del juego facilita que muchos crean que si siguen jugando les tocará, infraestiman lo que llevan gastado, ponen en marcha la ilusión de habilidad, de control, superstición, etc. Las medidas a implantar serían:

a) Reducir el número y variedad de máquinas de juego o apuestas disponible en cada local.

b) Prohibir regalar dinero para jugar, tanto en juego presencial como online;

c) Limitar los juegos acumulativos.

d) Reducir o eliminar la música, ruidos y luces en las máquinas recreativas con premio mientras se está jugando.

También las advertencias sobre las consecuencias negativas que acarrean los juegos de azar ha mostrado ser eficaz. Las medidas de advertencia que deben estar en los locales de juego y apuestas son:

a) Tener carteles bien visibles indicando los riegos que tienen los juegos de azar.

b) Indicar en los carteles del local un número de teléfono para pedir ayuda si se tienen problemas de juego.

c) En toda máquina de juego debe estar bien visible una pegatina en la que se indiquen las consecuencias negativas del juego y un teléfono para pedir ayuda en caso de tener problemas con el juego.

Es evidente que además se precisa tener un régimen sancionador con una aplicación sistemática y consistente de las sanciones a lo largo del tiempo.

1.4. EVIDENCIA SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PREVENCIÓN EN ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA

El ***consumo de sustancias psicoactivas*** se encuentra más extendido en hombres que en mujeres, con la excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides. Sin embargo, diversos estudios señalan que el porcentaje de mujeres que presentan consumo de riesgo de alcohol es superior al de hombres.

En población adolescente, durante las últimas décadas se ha reducido la brecha entre hombres y mujeres en el consumo de algunas drogas, sobre todo en la adolescencia. Sin embargo, esto no se explica sólo por un incremento del consumo de ciertas sustancias (especialmente las legales) por parte de las chicas, sino porque las tasas de prevalencia de consumo por parte de los chicos han disminuido.

Los programas de prevención, tratamiento y reducción de daños, estos deben adoptar una perspectiva de género que considere las necesidades y particularidades específicas de cada género. En el caso de los programas de prevención escolar basados en el modelo de influencia social, los estudios no son concluyentes en determinar si tienen efectos diferenciales por sexo, aunque la mayor parte de ellos consiguen mejores resultados en las chicas.

En el diseño de los programas de prevención hay que considerar las diferencias existentes en función del sexo para el consumo de drogas. Concretamente, tanto para el alcohol como para el cannabis, la transición del inicio al uso regular se produce más rápidamente en las mujeres que en los hombres (efecto telescópico), lo que se relaciona con que estas desarrollen una mayor prevalencia de problemas con consumos menores. Asimismo, las mujeres muestran una mayor sensibilidad a los efectos subjetivos del cannabis, sobre todo en dosis bajas, metabolizan la nicotina en el hígado más rápidamente que los hombres, sin embargo, el alcohol lo metabolizan con más lentitud.

También es importante considerar diversos factores relacionados con el género. Las normas de género determinan en cierta medida las conductas de consumo de drogas en hombres y mujeres. Esto explicaría el mayor consumo de tabaco en chicas, como resultado de las campañas de publicidad que asocian fumar con el empoderamiento de las mujeres, la delgadez y su atractivo sexual; o un mayor consumo de drogas ilegales o patrones de consumo abusivo de alcohol en chicos asociados al riesgo, el atrevimiento o la competitividad.

Algunos estudios también resaltan diferencias en el consumo de drogas entre personas cisgénero y transgénero. Para las personas transgénero, el consumo de sustancias psicoactivas puede ser una estrategia de regulación emocional para hacer frente a experiencias traumáticas y al estrés asociado con el estigma, los prejuicios y el acoso que sufren.

En relación con el ***juego de azar, o gambling,*** se han logrado identificar patrones y tendencias que arrojan conocimiento sobre cómo el género influye en el juego de azar y sus consecuencias. Los hombres todavía mantienen un riesgo considerablemente mayor en comparación con las mujeres. Estos tienden a involucrarse más en el juego de azar, con mayor propensión a ser jugadores en línea, hacer mayor gasto económico cuando juegan, muestran mayor inclinación hacia las apuestas deportivas y los juegos de habilidad, y presentan mayor prevalencia de daños.

Por su parte, las mujeres tienen menor riesgo de iniciarse en el juego, son más influenciadas por los anuncios de juegos de azar y a jugar a juegos gratuitos, prefieren juegos de azar como la lotería y el bingo, son más propensas a experimentar comorbilidades emocionales y psiquiátricas; y presentan mayor probabilidad de dificultades económicas relacionadas con el juego (dificultades para pagar las facturas, deudas relacionadas con el juego, o bancarrota relacionada con el juego).

Sin embargo, estas diferencias en función del sexo son dependientes de otros factores sociodemográficos. Por ejemplo, los niveles educativos más bajos se asociaron con problemas de juego, especialmente para las mujeres. Asimismo, las mayores dificultades económicas que presentan las mujeres podrían relacionarse con una menor independencia económica, una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, y/o que el juego se usa más comúnmente como un mecanismo de afrontamiento entre las mujeres. Asimismo, las influencias culturales y sociales desempeñan un papel importante en las elecciones de juego. El pensamiento supersticioso es un predictor significativo del problema del juego en ambos géneros, pero parece que el razonamiento probabilístico normativo (baja susceptibilidad a la falacia de los jugadores) y la percepción de la rentabilidad económica del juego son mejores predictores en adolescentes varones.

Respecto a las diferencias en función del género para ***el uso de Internet,*** los hombres tienden a presentar una mayor inclinación hacia el uso de videojuegos, mientras que las mujeres muestran una mayor probabilidad de involucrarse en transacciones comerciales y participar en redes sociales. Algunos estudios señalan que la mayor inclinación de los hombres hacia los juegos en línea, su mayor vulnerabilidad a desarrollar conductas relacionadas con la adicción, junto con la exposición constante a estrategias de marketing los hace más vulnerables a desarrollar trastorno por juego patológico o adicción a los videojuegos en comparación con las mujeres. En el caso de las mujeres, influyen más los factores emocionales y los problemas relacionados con las redes sociales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar tanto las diferencias de género en el riesgo general como las particularidades en las manifestaciones de uso problemático de Internet en hombres y mujeres al abordar este fenómeno creciente.

2. DETECCIÓN PRECOZ

2.1. EVIDENCIA SOBRE ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIONES BREVES EN ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA

2.1.1. En centros sanitarios

Es esencial identificar lo antes posible los casos de consumo de sustancias para evitar la progresión del consumo y el impacto de múltiples consecuencias asociadas. El modelo ***SBIRT*** (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), tiene como objetivos realizar una detección precoz, intervención breve y derivación a tratamiento o intervenciones especializadas desde Atención Primaria. Su aplicación ha ofrecido resultados positivos en la reducción del consumo a corto plazo y enfermedades asociadas al consumo en población general. También ha mostrado ser una estrategia efectiva en la reducción del consumo de sustancias y en la prevención de adicciones en adolescentes.

Atendiendo a los pasos del modelo SBIRT, a pesar de disponer de instrumentos validados que se han mostrado adecuados para la detección del consumo de las distintas sustancias, su uso no está lo suficientemente extendido en la praxis profesional. Para la detección del consumo de drogas, que en general cumplen criterios de excelencia psicométrica están el ***CRAFFT*** (Substance Abuse Screening Instrument); la versión de 10 items y de 20 items del *Drug Abuse Screening Test;* y el *Drug Use Disorders Identification Test*. Respecto a las medidas para la detección del consumo de alcohol que presentan mejores propiedades psicométricas, se señalan el *AUDIT* (Alcohol Use Disorder Identification Test), el *AUDIT-Consumption*, el *Alcohol Urge Questionnaire,* el *CAGE* (Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opened Screening Tool), y el *Michigan Alcohol Screening Test*. Para medir el consumo de tabaco se encuentran el *Hooked On Nicotine Checklist*, el *FTND* (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) y el *mFTQ* (Modified Fagerstrom Tolerance Questionnaire). Y para cannabis, se incluyen el *ASSIST* (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Text), y el *SIP-D* (Short Inventory of Problems - Modified for Drug Use).

En el segundo paso del modelo SBIRT, en función del consumo de riesgo detectado y los recursos disponibles se elige entre consejo/intervención breve (cuando consumo no se ha iniciado o el consumo es muy bajo) o intervención o tratamiento (cuando el consumo es moderado o alto, con riesgo muy alto). Aunque el consejo breve muestra una mejor relación coste-efectividad, el efecto de las intervenciones aisladas suele ser de menor duración, por lo que se recomienda la repetición y sesiones de refuerzo. También se subraya la importancia de incluir a los padres, madres o tutores tanto en la intervención con la población adolescente como en sesiones paralelas sólo para padres, madres o tutores. En el tercer paso del modelo se halla la derivación cuando la persona presenta un trastorno adictivo o probabilidad muy alta de desarrollarlo a los servicios de referencia de adicciones, a salud mental o incluso si fuera necesario a unidades de desintoxicación.

Respecto a qué profesional debería ser encargado de aplicar el modelo SBIRT, no se encuentran recomendaciones o pautas explícitas, pero sí existe consenso en que los profesionales de Atención Primaria son fundamentales en la ejecución del modelo, siendo en muchas ocasiones el profesional de enfermería el que realiza el primer paso de screening y el médico el que realiza la intervención breve o la derivación a tratamiento especializado, si fuera preciso. También se señala que este tipo de actuaciones deben ser implantadas dentro de un marco institucional donde se realice una política integral en materia de prevención y salud pública, señalándose como retos en su implantación: a) Necesidad de instrumentos de cribado breves, fáciles de aplicar y que estén validados en población adolescente; b) Determinar los tiempos de cribado, las edades, el procedimiento y los profesionales idóneos para realizarlo; c) Desarrollar e implantar pautas específicas y concretas para adolescentes y progenitores, así como desarrollar material de apoyo, programas para formar y empoderar a los profesionales de la salud; d) En los casos de derivación a tratamiento especializado, contar con dispositivos cualificados y debidamente adaptados para atender a los adolescentes con alto riesgo de trastorno adictivo (con sustancia o sin ella) o que ya lo padezcan.

Respecto a la eficacia de las intervenciones breves, si se han encontrado efectos positivos para el alcohol en el contexto de atención primaria en población adulta (en comparación con entornos de urgencias o de traumatología), máxime si se aplican sesiones de refuerzo. Sin embargo, no existe suficiente evidencia para respaldar la eficacia de la intervención breve en atención médica ambulatoria para reducir la frecuencia y severidad del consumo de otras drogas, ni a corto ni a largo plazo.

Respecto a las **intervenciones breves** realizadas específicamente para el consumo de **cannabis,** tanto con adolescentes, jóvenes y adultos, los datos son inconsistentes. Algunos autores señalan que las intervenciones breves tradicionales pueden no ser apropiadas para abordar el consumo de cannabis. Por tal motivo, estos autores recomiendan desarrollar un cribado específico para el cannabis y una intervención breve específica. En pacientes en tratamiento de agonistas opioides (metadona y buprenorfina), consumidores de alcohol y otras drogas, se han hallado cambios significativos en las puntuaciones de riesgo de consumo antes y después de realizar la intervención breve (siendo los efectos modestos para la reducción del consumo de alcohol y otras drogas, pero manteniéndose a los 3 meses de seguimiento).

En cuanto a la modalidad de las intervenciones breves (informatizadas o llevadas a cabo por un clínico) también aparecen datos inconsistentes, posiblemente por aspectos relacionados con la fidelidad de la aplicación, el uso de herramientas de detección validadas y el proceso de derivación a tratamiento especializado. Finalmente, entre las restricciones más importantes de cara a su implementación se señala la escasez de tiempo, la falta de confianza en la propia habilidad para explotar estas cuestiones y ayudar a los pacientes a reducir su consumo y la carencia de formación especializada.

Finalmente, en relación con las intervenciones breves aplicadas al **juego patológico,** hay indicios de que permiten un cambio pequeño pero significativo en la conducta problema. De hecho, algunos de los estudios analizados comparaban las intervenciones breves con las de una mayor duración sin encontrar diferencias de relevancia entre ellas. En decir, a pesar de la limitada evidencia actual, las intervenciones breves y autoguiadas para el juego patológico podían tener efectos positivos.

2.1.2. Intervenciones por medios electrónicos

Únicamente el 20% de las personas con un trastorno por uso de sustancias utilizan servicios de salud mental y adicción. En este sentido, las intervenciones por medios electrónicos, ya sea a través de aplicaciones móviles, páginas web, programas en línea o mensajes de texto, es una de las alternativas más eficientes en comparación con las intervenciones habituales. Este tipo de intervenciones pueden aumentar el número de personas que reciben tratamientos estandarizados basados en evidencia, minimizar el tiempo de los terapeutas y disminuir el coste del tratamiento. Además, supera algunos de los obstáculos que plantean las intervenciones en persona, como la falta de dispo-

nibilidad de servicios de tratamiento, existencia de programas de tratamiento, pero sin plazas disponibles, conflictos de tiempo, dificultades económicas, miedo al estigma y el requisito de la abstinencia como meta terapéutica.

Las intervenciones por medios electrónicos destinadas al consumo de sustancias suelen consistir en dos modelos:

a) las intervenciones autónomas no guiadas por medio de Internet.

b) las intervenciones por medio de Internet como una estrategia complementaria al tratamiento habitual.

En ambos casos se han demostrado efectos positivos y esperanzadores en consumidores de nicotina, alcohol y cannabis. La evidencia también apunta a que las intervenciones complementarias (intervención por Internet + intervención habitual) son más eficaces en comparación con las intervenciones independientes no guiadas (intervención por Internet).

Otro medio electrónico disponible son las plataformas electrónicas, denominadas e-Health, o e-Salud, las cuales consisten en la prestación de servicios sanitarios e información a través de programas basados en Internet, monitorización remota, teleconsulta y atención asistida por dispositivos móviles.

Parece que cuando las intervenciones se realizan desde plataformas electrónicas de eHealth, se obtienen mejores resultados en cuanto a participación del paciente y resultados clínicos, especialmente cuando existe mayor interacción entre médico y paciente. Asimismo, las intervenciones grupales dirigidas por profesionales sanitarios desde plataformas ***eHetalth*** también se han mostrado eficaces para reducir el consumo de cannabis y drogas ilícitas entre adultos. También las intervenciones individuales a través del teléfono móvil se han mostrado eficaces para la reducción del consumo de sustancias. Finalmente, el uso de chatbots como herramientas de salud es algo incipiente, pero empiezan a vislumbrarse como herramientas complementarias de consejo breve en relación con el consumo de sustancias.

Por su parte, las intervenciones online para juego patológico incluyen módulos extraídos de los modelos cognitivo-conductuales, con intervenciones como la entrevista motivacional, el aumento de conciencia sobre aspectos contextuales vinculados a las conductas problema, la identificación y debate de pensamientos distorsionados, la relajación, la resolución de problemas, la regulación emocional, la prevención de recaídas y el feedback del proceso. Es decir, el abordaje es muy similar a si fuera presencial, pero el medio online permite todas las ventajas anteriormente señaladas de accesibilidad y adherencia. Respecto a su eficacia, estas intervenciones online para juego patológico muestran efectos positivos sobre los síntomas propios del trastorno, sobre la frecuencia de juego y la cantidad de dinero perdida, sobre todo cuando cuentan con un terapeuta que ofrece apoyo y dinamizaba avances.

Respecto a las intervenciones a través de medios electrónicos para el abordaje del uso problemático de pantallas, la evidencia señala la eficacia de estas a través del teléfono móvil ***(mHealth)*** para niños y adolescentes en la reducción del tiempo frente a la pantalla.

2.2 EVIDENCIA SOBRE DISMINUCIÓN DE RIESGOS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ADICCIONES CON Y SIN SUSTANCIA

2.2.1. Disminución de riesgos y reducción de daños en el consumo de sustancias

La ***National Harm Reduction Coalition (NHRC)*** plantea trabajar para minimizar los efectos nocivos de las drogas en lugar de ignorarlos o condenarlos, considerando que el potencial de riesgo depende tanto de las características de la persona y sus expectativas, como del tipo y dosis de droga consumida, el patrón de consumo y las circunstancias ambientales y sociales.

Los ***Programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIJ)*** tienen como objetivo proporcionar jeringas estériles y agujas hipodérmicas y otros equipos de inyección, como medida para prevenir el riesgo de infección, contraer enfermedades infecciosas como la hepatitis viral B y C y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hay evidencia de calidad moderada de que los PIJ son efectivos para la prevención del VHC y el VIH.

Entre los diversos modelos de prestación de servicios del PIJ, se recomienda el uso complementario de unidades móviles, ya que los PIJ móviles atraen clientes con características sociales diversas y que muchas veces no son alcanzados por otros modelos de servicio. Asimismo, este tipo de dispositivos ofrecen educación sobre reducción de daños, pruebas y asesoramiento sobre el VIH, proporcionan referencias y derivaciones a diversos servicios de salud y adicciones, pueden ofrecer intervenciones especializadas a bordo (p. ej., atención primaria, tratamiento del VIH, gestión de casos) y ofrecer consejos para reducir los riesgos relacionados con la inyección.

2.2.2. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias en contextos de ocio

La instalación de ***sistemas de bloqueo de arranque por alcoholemia,*** denominada de inmovilización automática, imposibilita el arranque del vehículo si el conductor no proporciona una muestra de aliento y esta es inferior a la una concentración de alcohol permitida. La principal población destinataria de esta medida son conductores que acumulan sanciones por conducción bajo los efectos del alcohol. La evidencia disponible apoya

la eficacia de los dispositivos de bloqueo de arranque para la disminución de la reincidencia de la conducción bajo los efectos del alcohol, tanto de conductores reincidentes como de infractores noveles. Sin embargo, debido a la metodología empleada la evidencia es limitada respecto a su eficacia para reducir la tasa de accidentes. Los expertos recomiendan complementarla con intervenciones psicológicas para aumentar su efecto en el tiempo. Por ejemplo, las ***intervenciones breves relacionadas con el consumo de alcohol*** son efectivas en la reducción del consumo de alcohol y la conducción bajo sus efectos.

Otra medida son los ***controles de alcoholemia no sancionadores,*** que se fundamentan en la idea de que el conocimiento de los niveles de concentración de alcohol en sangre permitirá aumentar la percepción de riesgo de las personas, de manera que pudieran valorar con esta información su intención de conducir o de buscar otras alternativas de desplazamiento. La efectividad de esta medida es limitada, habiendo indicios de la intención informada de conducir de los individuos antes y después de realizar la prueba de alcoholemia. Pero se precisa una mejor evaluación, ya que no se cuantifica con indicadores de reducción de daño (número de accidentes o ingresos en urgencias hospitalarias).

Las estrategias preventivas más efectivas en materia de alcohol y conducción, según nivel de recomendación, son:

A. Intervenciones muy recomendadas (evidencia sólida de efectividad).

- Controles aleatorios de alcoholemia.
- Tasa legal de alcoholemia baja.
- Regulación normativa de límites de alcoholemia permitida para la conducción.
- Mantenimiento (o aumento) de la edad mínima legal para beber.
- Intervenciones multidisciplinarias a nivel de la comunidad.

B. Intervenciones recomendadas (hay suficiente evidencia de efectividad).

- Regulación normativa de límites de alcoholemia para la conducción más bajos para jóvenes o noveles.
- Programas formativos para expendedores de bebidas alcohólicas (Dispensación Responsable de Alcohol-DRA)
- Permiso de conducción graduado.
- Suspensión administrativa del permiso de conducción.
- Sistemas de control de alcohol sobre el encendido del vehículo (“interlock” o “alcolock”).

C. Intervenciones con efectividad no evidenciada, (no recomendadas):

- Intervenciones "de iguales" en el ámbito escolar/universitario.
- Conductor designado o alternativo.

2.2.3. Reducción de riesgos y daños en juego patológico

La reducción de daños está muy extendida en la adicción a sustancias, pero apenas existe literatura acerca de la reducción de daños en juego patológico, y aún menos evidencia sobre su eficacia. En general, se tiende a adaptar lo que ha resultado eficaz en la intervención con drogodependientes, siendo esta una importante limitación.

En ***juego patológico,*** la reducción de riesgos y daños tiene como objetivo reducir las consecuencias negativas que tiene sobre la persona. Las estrategias utilizadas se orientan a reducir la intensidad y frecuencia de las apuestas, incrementar el periodo temporal entre sesiones de juego y que la cantidad de tiempo y dinero invertido en una sesión de juego sea cada vez menor.

En este sentido, las técnicas de control estimular son las más extendidas en reducción de riesgos y daños de juego patológico:

a) Control económico de la cantidad de dinero del que dispone la persona. Este control puede ser gestionado por un familiar o por alguna otra persona implicada en la intervención.

b) Eludir los entornos de riesgo, evitando aquellas lugares o momentos más propensos a emitir la conducta de juego. Por ejemplo, evitar pasar cerca de salones de juegos, o bares o espacios donde haya máquinas de juego. También la relación con amistades que son jugadoras.

c) Autoprohibición de entrar a casinos y centros de juego mediante la propia inscripción en un registro de prohibidos en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego. Esto sirve para que la persona no pueda entrar en casas de apuestas físicas o casinos, ni tampoco apostar en casas de apuestas online.

En adolescentes y jóvenes hay que tener en cuenta que muestran una alta prevalencia de juego online, incrementándose los entornos que aumentan la accesibilidad al juego. Desde la perspectiva del control de estímulos, el objetivo sería el aprendizaje del uso controlado de Internet sin acceder a páginas de juego.

3. TRATAMIENTO

3.1. EVIDENCIA SOBRE TRATAMIENTO EN ADICCIONES CON SUSTANCIA

3.1.1. Intervenciones psicosociales

La evidencia sobre el ***tratamiento psicosocial de las personas con un trastorno por dependencia al alcohol,*** indica que la terapia cognitivo-conductual combinada con entrevista motivacional, así como las intervenciones breves, el manejo de contingencias, el abordaje familiar y el apoyo comunitario han demostrado ser eficaces para disminuir la frecuencia e intensidad del consumo o los síntomas del síndrome de abstinencia (craving). Las estrategias más útiles fueron el feedback personalizado, la entrevista motivacional basada en los principios de Marlatt y Gordon, la fijación de objetivos o metas, las tareas para casa, la resolución de problemas y la prevención de recaídas.

También hay evidencia de que, para el tratamiento del alcohol, la terapia cognitivo-conductual no obtuvo resultados superiores a la entrevista motivacional o el *manejo de contingencias*. Asimismo, la eficacia del *Mindfulness/atención plena* y de la *Terapia de Aceptación y Compromiso* es equiparable a la observada en otras modalidades terapéuticas consolidadas, lo que las hace especialmente interesantes para pacientes con una insuficiente respuesta clínica a los tratamientos estándar o que sufren condiciones psicopatológicas comórbidas y requieren un enfoque distinto. Por su parte, no hay evidencia suficiente para los grupos de autoayuda dinamizados en ausencia de un profesional (grupos de apoyo mutuo).

El abordaje del ***consumo problemático de alcohol u otras sustancias en los adolescentes*** está menos estudiado, aunque hay evidencias que apoyaban enfoques individuales (terapia cognitivo conductual, entrevista motivacional, mindfulness/atención plena, psicoeducación, entrenamiento en toma de decisiones [resolución de problemas] y terapia breve), familiares (sesiones de counselling grupal para facilitar las dinámicas positivas en el seno de la familia y reducir el empleo abusivo de alcohol) y organizativas (integración comunitaria).

Respecto a las intervenciones psicosociales para el tratamiento de la ***dependencia al tabaco*****,** la evidencia señala como eficaces el refuerzo motivacional, la psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales de amplio espectro y el manejo de contingencias. Respecto a la ***dependencia al cannabis,*** la terapia cognitivo-conductual y el manejo de contingencia se han mostrado eficaces para reducir el consumo de cannabis en consumidores que padecían trastornos mentales comórbidos y los síntomas psicológicos, como trastornos de ansiedad, del espectro psicótico y depresión mayor.

Respecto a las intervenciones psicosociales para el abordaje de la ***dependencia a estimulantes,*** aunque las formas de intervención breve son eficaces, lo son en menor me-

dida que la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual, tanto solas como separadas y en formato presencial u ***online.*** Con estas se logra una disminución del consumo de metanfetaminas y mejoraban los síntomas psiquiátricos asociados. También se observa una reducción de los daños al usar en menor medida la vía parental para su consumo. En lo concerniente a la tasa de retención en el tratamiento, el manejo de contingencias ha demostrado ser la mejor opción.

También hay evidencia de que el tratamiento en modalidad de ingreso hospitalario generaba mejorías en la salud mental, un aumento de la empleabilidad y una mejora en el apoyo social percibido; así como una reducción en el consumo de drogas. Estos elementos se alzaron como factores predictores del buen pronóstico en lo concerniente a posibles recaídas, con impacto notable sobre la autoeficacia, la capacidad de vivir una existencia autónoma en el propio hogar, el desarrollo académico y la calidad de vida.

3.1.2. Tratamientos farmacológicos

Entre los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia al alcohol,*** la evidencia señala que:

- El *acamprosato* tiene un efecto de larga duración positivo respecto al consumo de la sustancia, especialmente si el paciente dispone de una red social consistente y de calidad. Además, hay evidencias de que este compuesto aumenta la probabilidad de abstinencia.
- El *nalmefeno* es eficaz para reducir el consumo de alcohol cuando concurren factores de buen pronóstico, por lo que es necesario explorarlos con precisión al escogerlo como opción terapéutica.
- El *topiramato* es eficaz para reducir el consumo en atracón o binge drinking, una modalidad común entre los más jóvenes, con un efecto equiparable al de la gabapentina sobre este mismo indicador. Adicionalmente, el ibudilast obtuvo resultados prometedores sobre esta forma de consumo intensivo del alcohol.
- La *naltrexona* mostró su capacidad para propiciar beneficios tanto en la cantidad de alcohol consumido como en la frecuencia de ingesta, incluyendo un efecto adicional sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, hay indicios de que su eficacia depende de la severidad de la adicción.
- Para el *baclofeno* se observaron efectos dependientes de la dosis de manera diferencial en los hombres y las mujeres, de modo que los varones requerían mayor concentración del compuesto que las mujeres para obtener el beneficio esperado.
- Para el *oxibato* se hallaron mejorías particularmente restringidas a las personas con síntomas graves.
- Respecto a la *ketamina*, la evidencia científica es insuficiente.

En lo concerniente a los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia al tabaco,*** la evidencia señala:

- La *vareniclina* es el compuesto con mayor eficacia en el contexto de la monoterapia, aunque los resultados más favorables tuvieron lugar en las formas combinadas: *vareniclina+bupropión* (por encima del bupropión solo), *vareniclina+terapia de reemplazo para la nicotina* (mejor que esta última por separado) y la *mecamilamina+terapia de reemplazo para la nicotina* (superior a la naltrexona sola). La vareniclina tiene un efecto importante sobre el cese, mientras que este no se reproduciría para la naltrexona o el topiramato.
- El *bupropión*.
- La *citisina* es eficaz en el abandono del tabaco a largo plazo (al menos 6 meses), aunque las tasas de abandono fueron modestas. Ha demostrado no ser inferior en eficacia a la vareniclina. Se observa una mayor presencia de efectos adversos que con otras terapias (principalmente náuseas, vómitos y trastornos del sueño).
- El *topiramato* incide sobre aspectos relacionados con los mecanismos de aprendizaje subyacentes a la conducta adictiva, incidiendo consecuentemente en el consumo.
- La *naltrexona* muestra efectos positivos sobre el número de cigarrillos consumidos o el *craving;* extendiéndose el efecto en este último caso al consumo de alcohol combinado con tabaco.

Los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia al cannabis,*** la evidencia señala:

- La intervención más habitual fue con *cannabidiol* (CBD), encontrándose que dosis específicas de 800 mg/día pueden generar efectos de modulación sobre el nivel de anandamida (endocannabinoide), mientras que las de 400 mg y las de 800 mg diarios incidirían positivamente sobre los niveles de creatinina y potenciarían el mantenimiento de la abstinencia.
- El *nabiximol*, el cannabidiol y el PF-04457845 (inhibidor de los ácidos grasos amidas) limitaron el consumo. En concreto, el nabiximol es especialmente beneficioso en las mujeres.
- El *dronabinol* minimiza los síntomas del síndrome de abstinencia y aumenta la adherencia al tratamiento.
- La *vareniclina* reduce el número de días consecutivos de consumo o el síndrome de abstinencia.
- La *gabapentina* redujo el craving relacionado con la exposición a estímulos condicionados a las situaciones de consumo.
- El uso de *progesterona* (únicamente en las mujeres) redujo el craving e incrementó la abstinencia.

- La *clozapina* ejerce un efecto discreto en la reducción del craving.
- La *buspirona*, la *venlafaxina* y el *topiramato* causaron más eventos adversos que el resto de sustancias; siendo el topiramato el que se relacionó con más abandonos durante el proceso terapéutico.
- La *nabilona* no mostró resultados favorables.

Respecto a los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia a la cocaína,*** la evidencia señala:

- Los *fármacos antidepresivos inhibidores* selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, en especial el citalopram) son útiles, todas las dosis convencionales generan efectos positivos, pero concentraciones de 40 mg/día son las que obtienen mejores resultados.
- El *CBD,* la evidencia respecto al uso es insuficiente; aunque se ha señalado un efecto positivo sobre dimensiones cognitivas (memoria y atención), por lo que su uso dependería del perfil de afectación que se establezca en la hipótesis diagnóstica. Así mismo, se han hallado efectos sobre aspectos como las sensaciones de refuerzo asociadas al consumo de cocaína, el uso abusivo de esta droga, las respuestas conductuales posteriores a su administración, los síntomas de ansiedad y la protección hepática.
- El *bupropión*, el *topiramato* y los *psicoestimulantes* generaban un impacto beneficioso sobre la capacidad para mantener la abstinencia a medio plazo.
- La *galantamina*, el *ondansetrón*, los *agonistas opiáceos*, los *psicoestimulantes*, la *N-acetilcisteína*, el *disulfiram* y los *antidepresivos* no alcanzan actualmente evidencia suficiente para recomendar su uso.

Respecto a los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia a las metanfetaminas,*** la evidencia señala:

- No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de ningún fármaco para combatir el síndrome de abstinencia asociado al cese en el uso de metanfetaminas.
- El *riluzole* disminuye el *craving*, los síntomas del síndrome de abstinencia y los de naturaleza anímica.
- La *buprenorfina* es más eficaz para reducir el craving que la metadona.
- El *topiramato* reduce la severidad de la adicción.
- La *amineptina* (antidepresivo tricíclico) reduce la tasa de abandono del tratamiento y mejora su estado general de salud.

- En personas con un trastorno del espectro psicótico, la *risperidona* ejerce un efecto beneficioso sobre los síntomas psicóticos positivos (como las alucinaciones, los delirios, etc.) y el *aripiprazol* sobre los negativos (anímicos y cognitivos).
- El metilfenidato minimiza el *craving* y los síntomas depresivos.

En lo concerniente a los tratamientos farmacológicos para el abordaje de la ***dependencia a opiáceos,*** la evidencia señala:

- La *naloxona*, la *metadona* y la *morfina* son las mejores opciones. Estos compuestos inciden sobre aspectos funcionales conocidos como mantenedores de las conductas problema, por lo que presentan una enorme utilidad como complementos de las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al abordaje de los vínculos entre estados emocionales y conductas condicionadas.
- La *metadona* fue el tratamiento con mejores resultados en líneas generales, siendo superior a la buprenorfina (agonista parcial) para afianzar la adherencia terapéutica, mientras que esta última mejoró los resultados obtenidos por la naltrexona.
- La *N-Acetilcisteína* reduce los síntomas depresivos de estos pacientes y contribuye de esta manera al tratamiento.

Además, los ***tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opiáceos*** **(TSO)** son los más efectivos tanto para el consumo como para la reducción de los daños asociados a este y las muertes por sobredosis. Existe una gran cantidad de evidencia sobre los efectos beneficiosos del TSO para reducir los daños relacionados con el consumo intravenoso como el VIH y las infecciones bacterianas, además de mejorar el acceso a los servicios.

3.1.3. Intervenciones mixtas

La evidencia de los ***tratamientos mixtos*** que incluyen tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales han demostrado ser más eficaces que por separado. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual dirigida a personas con trastorno por dependencia al alcohol u otra sustancia, incluyendo tratamiento farmacológico con naltrexona, acamprosato, la metadona, disulfiram y diferentes combinaciones de estos.

3.2. EVIDENCIA SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES CON SUSTANCIA

En España, en 2020, la mayoría de las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol y drogas ilegales fueron varones, representando el 74% cuando la sustancia principal fue alcohol y el 78% cuando fue cannabis. Es decir, las mujeres en

conjunto representan aproximadamente el 20-25% de toda la actividad de la atención en adicciones. Este hecho, históricamente repetido, hace que los dispositivos estén mayoritariamente orientados a la atención hacia los hombres. Sin embargo, hay evidencias de que el género puede modular los distintos aspectos clínicos del ***Trastorno por uso de sustancias*** **(TUS),** incluyendo prevalencia, expresión de síntomas, comorbilidad, curso clínico, gravedad, elección del tratamiento y pronóstico. Por ejemplo, varias investigaciones han señalado que las mujeres, a pesar de presentar consumos menores que los hombres, progresan más rápido que estos hacia el abuso y la dependencia. A este fenómeno se le denomina "telescoping effect".

Respecto al ***acceso a tratamiento,*** se observan diferencias de género en la latencia de acceso, referida a la diferencia entre la edad de inicio del consumo y la edad de demanda de tratamiento, mostrando los hombres una latencia superior tanto para el alcohol como para el cannabis. Igualmente hay evidencia de que las mujeres que experimentan trastornos por abuso de sustancias suelen buscar tratamiento con menos frecuencia que los hombres a lo largo de su vida, debido a que enfrentan diversas barreras específicas de género. Estas incluyen responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, el embarazo, el estigma social, la presión familiar, la falta de apoyo social, la vulnerabilidad a sufrir abusos y violencia, así como la limitación de recursos económicos. A este respecto, los programas terapéuticos clásicos no están diseñados desde una perspectiva de género, obviando necesidades específicas de las mujeres: víctimas de violencia, especialmente de género; necesidades específicas de tipo emocional, sexual, reproductivo o de cuidado de sus hijos e hijas. En cuanto a la dimensión económica, muchas no tienen posibilidades de acceder a transporte, lo que limita el acceso a los servicios tanto de tratamiento como de servicios sociales. O les falta información sobre los recursos a los que pueden acceder.

Cuando las mujeres ingresan en tratamiento, en comparación con los hombres, presentan un mayor deterioro clínico, psiquiátrico y psicosocial, así como una peor calidad de vida en general. Por tanto, de cara a la adherencia terapéutica, es esencial el abordaje de estos aspectos de salud.

El contexto en el que se produce el consumo también es determinante. Cuando el consumo se da en pareja, la mujer adicta tiene dificultades para demandar tratamiento y mantenerse en este, sobre todo cuando la pareja facilita la continuación del uso de drogas, siendo este aspecto también determinante de las recaídas.

Para el tratamiento de ***dependencia al alcohol,*** no se han encontrado diferencias en la respuesta de hombres y mujeres al tratamiento con naltrexona, aunque señala que esta produce una mayor reducción del deseo de consumir alcohol en las mujeres que en los hombres. Respecto a los tratamientos farmacológicos para ***dejar de fumar,*** su eficacia suele ser menor en las mujeres, con la excepción de la vareniclina, a pesar de que las mujeres realizan más intentos de cesación que los hombres. La vareniclina es el tratamiento más eficaz en las mujeres, en comparación con los parches de nicotina o el bupropión.

Respecto al ***riesgo de recaídas,*** algunos estudios han evidenciado que la respuesta neuronal al estrés hace a las mujeres más vulnerables a las recaídas que los hombres. Sin embargo, a las mujeres les resulta más difícil dejar de fumar que a los hombres ya que metabolizan la nicotina más rápido. Por el contrario, la disminución de estrógenos y progesterona durante la fase folicular del ciclo menstrual puede aumentar el síndrome de abstinencia de la nicotina, suponiendo un mayor riesgo de recaídas. Por tanto, el momento adecuado para intentar de dejar de fumar sería después de la ovulación, durante la fase lútea, cuando los niveles estrógenos y progesterona están más altos.

En lo que respecta a la ***comorbilidad*** con otros trastornos mentales, es mayor en las mujeres, especialmente en ansiedad y depresión. En el caso de los hombres se ha observado en mayor medida comorbilidad con personalidad antisocial. Las intervenciones que abordan ambos problemas conjuntamente obtienen mejores resultados entre las mujeres.

3.3. EVIDENCIA SOBRE TRATAMIENTO EN JUEGO PATOLÓGICO

3.3.1. Tratamientos psicosociales

Las intervenciones psicosociales constituyen un eje terapéutico para quienes padecen juego patológico; especialmente cuando se dirigen a la reestructuracion de creencias o pensamientos irracionales o cuando proponen alternativas conductuales incompatibles con la conducta problema.

La evidencia sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales para el juego patológico señala resultados positivos consistentes para la *terapia cognitivo-conductual,* ofreciendo mejoras en la calidad de vida, síntomas ansioso-depresivos, menor cantidad de dinero invertida y sobre el consumo secundario de alcohol.

Los beneficios de la terapia cognitivo-conductual mejoraron cuando se acompañaba de técnicas inspiradas en la atención plena (mindfulness), sobre todo a largo plazo. También la *entrevista motivacional* aplicada junto a la desensibilización sistemática en la imaginación ha mostrado resultados favorables para reducir los síntomas propios del trastorno por juego patológico. La *práctica de ejercicio físico* también parece prometedora, aunque todavía se carece de evidencia científica sólida.

Respecto a los agentes que deben implementar las intervenciones psicosociales, las proporcionadas por personal cualificado muestran efectos superiores en cuanto a la reducción de problemas asociados a la conducta de juego. Entre ellas, destacaron la prevención de recaídas, la reestructuración cognitiva, la sustitución conductual, el control de estímulos, el refuerzo motivacional, la definición de objetivos, la psicoeducación, el feedback sobre procesos de evaluación, el balance decisional, el estímulo del apoyo

social, la solución de problemas, la automonitorización de los pensamientos, la desensibilización en la imaginación, la terapia de exposición, la regulación financiera, la comparación social y el entrenamiento en habilidades sociales.

En el caso de las ***opciones autoaplicadas***, la intensidad (número de sesiones y periodicidad) predijo su impacto sobre la salud, siendo las más duraderas las que propiciaron mejores resultados. Sin embargo, comparando estas intervenciones autoaplicadas (en las que el paciente participa de manera autoguiada) con las intervenciones aplicadas por un terapeuta cara a cara son menos eficaces.

3.3.2. Tratamientos farmacológicos

La evidencia científica del tratamiento farmacológico del juego patológico es escasa e inconcluyente. En su mayor parte se concentra en los antagonistas opiáceos y en los antidepresivos, encontrando resultados inconsistentes y habitualmente inferiores a los atribuibles a la intervención psicosocial. Entre la escasa evidencia existente, se señala:

- Los *antagonistas opiáceos* mostraron un efecto pequeño pero relevante al compararse con la condición de placebo, no hallándose relación significativa para los compuestos antidepresivos (fluvoxamina, paroxetina, sertralina y bupropión), los antipsicóticos (olanzapina) o de otra naturaleza (como el antiepiléptico topiramato).
- Para el *nalmefeno* y la *naltrexona*, la evidencia de su eficacia es débil, sobre todo en pacientes con dependencia al alcohol, lo cual sucede con alta frecuencia en el juego patológico.
- El *litio* y la *naltrexona* pueden ser eficaces en pacientes con trastorno bipolar tipo I o II. No obstante, la eficacia de ambos tratamientos es inferior a las intervenciones psicosociales (terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional).
- Asimismo, los *antagonistas opiáceos* y el *topiramato*, sobre todo al combinarse con intervenciones de tipo cognitivo-conductual, son prometedores.

3.4. EVIDENCIA SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TRATAMIENTO DE JUEGO PATOLÓGICO

El juego y las apuestas son una actividad cada vez más extendida en nuestra sociedad y, aunque en el pasado se consideraba un problema exclusivo de hombres, actualmente ya no es así. Según la *Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados* (FEJAR), existe una mayor culpabilización y censura social hacia las mujeres con adicción al juego en comparación con los hombres, lo que hace que las mujeres sean más reacias a buscar ayuda. Sin embargo, es más frecuente la recuperación en el caso de las mujeres.

A este respecto, se necesitan medidas para derribar las barreras de género que dificultan la decisión de acudir en busca de ayuda profesional y fomentar la inclusión de las mujeres en el tratamiento del juego patológico. FEJAR señala la necesidad de intervenciones específicas para abordar con más exactitud la adicción al juego en mujeres, como programas terapéuticos diseñados para abordar las motivaciones y las consecuencias más comunes del colectivo de mujeres jugadoras, fomentar la regulación emocional y empoderarlas.

4. INCORPORACIÓN SOCIAL

4.1. EVIDENCIA SOBRE INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES CON SUSTANCIA

El consumo de sustancias está relacionado con múltiples consecuencias, tanto en el área de la salud física, como mental, así como con problemas sociales de inserción social y económicos. Por ello, las intervenciones destinadas a promover la incorporación social, entendida como cualquier intervención de carácter social orientada a integrar en la comunidad, deben ser intrínsecas a los tratamientos por consumo de drogas.

Así, la vivienda, educación, desarrollo de capacidades personales, mejora de habilidades sociales, empleabilidad, estatus socioeconómico y relaciones sociales se convierten en los pilares de la integración social como determinantes sociales de salud.

4.1.1. Intervenciones psicosociales

Los programas de ***captación activa e intervención en medio abierto*** están orientados hacia aquellos drogodependientes que no pueden superar su adicción y que han ido desarrollando un funcionamiento al margen de la red asistencial y social normalizada. Además de proporcionar asistencia, se pretende motivar a acercarse hacia la red asistencial y facilitar el posible enganche hacia tratamiento y la atención integral de su problemática. En ocasiones, el trabajo motivacional no es suficiente como para facilitar el acceso de las personas a la red, por lo que el acompañamiento se postula como un mecanismo adecuado y complementario a la derivación.

Los programas de ***apoyo residencial*** se establecen como mecanismos terapéuticos de apoyo para disminuir las patologías relacionadas con el modo de vida derivado de la interacción entre consumo de drogas y exclusión social, evitando el deterioro físico y mental. Entre estos, se hallan programas de tratamiento y rehabilitación hospitalaria, donde las personas viven en el hospital, en una casa, hostal, etc. Normalmente reciben intervenciones psicosociales diversas, grupos de trabajo, actividades prácticas y profesionales formativas, programas estructurados de actividades diarias, etc. Este tipo de intervenciones tienen potencial para incrementar el empleo, reducir el consumo de sustancias

y mejorar la validad de vida y las relaciones sociales y familiares. Asimismo, la relación entre el consumo de drogas y el acceso a una vivienda es un factor social determinante.

Hay evidencia de que las personas sin techo que tienen problemas de consumo de sustancias o trastornos relacionados, redujeron su consumo de sustancias, la recaídas y disminuyeron el uso de los servicios de salud, cuando se les proporcionaba una vivienda. La evidencia señala que la residencia en comunidades terapéuticas mejora las relaciones familiares y sociales, así como la empleabilidad.

Los programas de ***autonomía personal*** pretenden aumentar las capacidades y el desempeño de la persona frente a situaciones generadoras de vulnerabilidad y exclusión. Contemplan dos líneas de acción preferentes:

a) actuaciones que faciliten los aprendizajes necesarios para favorecer el nivel de independencia social suficiente que les permita acceder a los recursos normalizados.

b) promoción de actividades orientadas a la incorporación y permanencia en el entorno familiar, social y laboral próximo.

Para ello, algunas de las acciones contempladas son:

a) Pautas y entrenamiento de comportamiento socialmente efectivo.

b) Pautas y entrenamiento para la convivencia familiar.

c) Pautas y entrenamiento para la adaptación social en el medio laboral.

d) Pautas y entrenamiento para el control de los impulsos.

e) Pautas y entrenamiento para la resolución de conflictos.

f) Pautas para la prevención de recaídas.

g) Pautas para el manejo de situaciones de desánimo; h) Pautas para el mantenimiento del equilibrio psicológico.

i) Pautas para la clarificación de metas.

j) Educación para la salud (pautas para la prevención y el autocuidado en aspectos de salud).

k) Formación psico-afectiva y afectivo-sexual.

El ***manejo de casos o gestión de casos*** (*Case management approaches*) se dirige a mejorar la coordinación y la continuidad en la prestación de servicios y de apoyo a las personas con un trastorno por consumo de sustancias. Se les ayuda a identificar los servicios necesarios y a seleccionar el más apropiado para su recuperación, a través de la continuación en el tratamiento y el adecuado seguimiento de su participación. La gestión

de casos tiene efectos significativos en la inclusión social de las personas que padecen un trastorno por consumo de sustancias, así como en la reducción del consumo y de comportamientos problemáticos.

El ***abordaje de refuerzo comunitario*** (Community reinforcement approach [CRA]) incorpora entrenamiento en habilidades, resolución de problemas y asertividad, relaciones familiares y counselling sobre empleo y vocación. La evidencia indica de forma robusta que el CRA conjuntamente con el manejo de contingencias (MC) es un abordaje eficaz para lograr abstinencia a cocaína. La evidencia también señala que las técnicas de CM son más efectivas para el tratamiento de opioides y cocaína que para tabaco y policonsumidores.

El ***apoyo de la familia*** en la cobertura de necesidades básicas y el apoyo afectivo que ofrece son esenciales en los procesos de integración social. Algunas de las medidas que pueden adoptar en este sentido son: a) Asesoramiento y formación a las familias, sobre aspectos que ayuden al fomento de la autonomía de la persona y de cada uno de los miembros del núcleo familiar; y, b) Orientación y mediación familiar, facilitando intervenciones terapéuticas, de carácter individual o grupal, que fomenten su autoestima, la descarga emocional y la gestión de las emociones negativas, así como la desculpabilización.

Finalmente, el ***abordaje del estigma*** es necesario. Para reducir el auto-estigma, las terapias de aceptación y compromiso son efectivas; mientras que, para reducir el estigma social, la entrevista motivacional y las historias positivas de otras personas con trastornos por abuso de sustancias resultaron efectivas para reducir los estereotipos de la población en general.

4.1.2. Intervenciones educativas

Existe una relación estrecha y bidireccional entre el consumo de sustancias y el desempleo. El consumo de sustancias se relaciona con problemas para encontrar empleo o mantenerse en el mismo. Mientras que el desempleo actúa como factor de riesgo para el consumo de sustancias.

En consecuencia, los **programas de formación profesional** son necesarios para eliminar las barreras que afectan a los consumidores de drogas. Hay evidencia que indica que tener empleo predice de forma significativa la finalización de un tratamiento por consumo de drogas de forma exitosa.

La ***inserción laboral*** contempla itinerarios personalizados, sistemas de formación profesional, talleres de aumento de la empleabilidad, medidas de acción positiva para facilitar el acceso al empleo, como pueden ser las contrataciones de inserción donde se prestan ayudas económicas a las empresas que contratan a estas personas, la reforma del sistema de bonificaciones o pago de cuotas a la Seguridad Social, apoyo a la creación de ser-

vicios específicos de orientación y apoyo en la búsqueda de empleo, centros especiales de empleo y empresas de inserción socio-laboral.

4.1.3. Intervenciones en juzgados

La ***regularización de la situación jurídica*** de las personas drogodependientes, así como las actuaciones que favorecen la adopción de ***medidas alternativas*** al cumplimiento de penas de prisión, disminuyen los factores de vulnerabilidad y favorecen el proceso de incorporación social. Estas actuaciones consisten, mayoritariamente, en:

a) Asesoramiento de jueces y fiscales.

b) Localización y revisión de diligencias y expedientes.

c) Identificación de los abogados asignados de oficio y entrevistas con éstos para establecer la defensa.

d) Elaboración de informes psicosociales y clínicos.

e) Apoyo y asistencia a los juicios.

f) Coordinación con personas o entidades que tengan relación con el drogodependiente, tales como centros de tratamiento o inserción, centros penitenciarios, etc.

4.2. EVIDENCIA SOBRE INCORPORACIÓN SOCIAL EN JUEGO PATOLÓGICO

Es escasa la evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales en personas afectadas por el juego patológico. Algunas investigaciones basándose en el análisis de la depresión, la ansiedad, el distrés mental, las consecuencias emocionales y conductuales negativas, la evaluación de la relación y el ajuste de pareja, encontraron que la terapia cognitivo-conductual, la terapia de pareja, la terapia familiar, la terapia de grupo, el asesoramiento financiero, la educación sobre el juego responsable y el apoyo emocional, mostraban eficacia para dicha finalidad. Además, estas intervenciones fueron llevadas a cabo a través de autoayuda, guiadas por terapeutas, cara a cara, y/o de forma remota.

4.3. EVIDENCIA SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO EN INCORPORACIÓN SOCIAL EN ADICCIONES CON SUSTANCIA

A nivel social, el estigma es una de las variables que dificulta en mayor medida que las mujeres busquen ayuda y acudan a tratamiento, en comparación con los hombres. Esta actitud negativa hacia las mujeres no solamente proviene de la comunidad en su conjun-

to, si no de los equipos profesionales que trabajan en el ámbito. Del mismo modo, incluir a las familias en las sesiones terapéuticas facilitará que comprendan la situación por la que están pasando y que las acepten una vez hayan finalizado su tratamiento.

Por otra parte, el acceso a programas de tratamiento puede verse limitado porque presentan sentimientos de culpa y de vergüenza derivados del estigma asociado con su condición de mujeres adictas, la baja autoestima, sentimientos de soledad, sintomatología depresiva y ansiosa, o cualquier otro trastorno relacionado. En este sentido, se señala la importancia de diseñar acciones dirigidas a entrenar habilidades de afrontamiento del estrés, la ansiedad, la vergüenza y la baja autoestima.

En la misma línea, las mujeres que se encuentran en prisión tienen necesidades específicas y diferenciadas de los hombres. Las intervenciones en mujeres consumidoras de drogas que han delinquido tienen mejores efectos en la reducción de la reincidencia cuando los programas se aplican en el momento de transición a la libertad, en comparación con los tratamientos recibidos una vez en libertad.

Las variables que más se relacionan con la efectividad de estos programas son el carácter transicional de la intervención, que se trata de intervenciones centradas en el género, proporcionando apoyo en la comunidad desde los programas de ***"case management",*** el uso de terapias cognitivo-conductuales y que facilitan el acceso a servicios de tratamiento de consumo de sustancias y salud mental.

También hay evidencia de que las mujeres que han participado en programas de tratamiento por consumo de drogas con orientación de género muestran una importante reducción en su consumo de sustancias y es más probable que se mantengan en centros residenciales para el cuidado de su salud mucho más tiempo, y es menos probable que vuelvan a prisión en los 12 primeros meses durante su libertad condicional. Cuando estos programas incorporan un componente relacionado con el desarrollo psicoemocional de estas mujeres, atendiendo a posible sintomatología traumática, resultan más eficaces que las comunidades terapéuticas.

Una vez estas mujeres se encuentran fuera de prisión, determinantes sociales como el acceso a una vivienda estable, empleo y necesidades relacionadas con el entorno y relaciones familiares, son los que mejor predicen el éxito de los tratamientos. En este sentido, las propuestas que pueden establecerse son:

a) Ampliación de la red de centros de alojamiento temporal para mujeres con factores de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.

b) Apoyo psicológico que contribuya a lograr la autoestima y autonomía personal.

c) Actuaciones encaminadas a la sensibilización de los profesionales cuyo trabajo tiene relación con mujeres en cuyas trayectorias de vida hay factores de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.

d) Actuaciones de sensibilización a la opinión pública sobre la corresponsabilidad social en los fenómenos de exclusión de las mujeres.

4.4. EVIDENCIA SOBRE ATENCIÓN A COLECTIVOS VULNERABLES EN ADICCIONES CON SUSTANCIA

4.4.1. Intervenciones con personas recluidas en centros penitenciarios

El consumo de drogas es más prevalente entre las personas encarceladas que en la población general, ya sea previo a su encarcelamiento o una vez dentro del centro penitenciario. La droga más consumida en prisión es el cannabis, seguida de la heroína, la cocaína y de las anfetaminas.

La evidencia científica señala que las intervenciones psicológicas logran reducir significativamente la reincidencia, el consumo de sustancias y las recaídas. Entre las que han mostrado efectividad, se señalan:

- La evidencia es unánime en señalar que las ***comunidades terapéuticas*** son una de las intervenciones más eficaces, logrando reducir la reincidencia y previniendo las recaídas, al menos, en el primer año tras la excarcelación.
- El ***tratamiento ambulatorio*** puede ser una alternativa a la prisión. La privación de libertad dificulta la integración social de estas personas al reducir su actividad en la sociedad, que conjuntamente con las dificultades para encontrar trabajo y el desarraigo familiar, se traduce en una mayor probabilidad de reincidencia.
- La ***entrevista motivacional*** es efectiva en la reducción del consumo (incluso a largo plazo), pero no mostró un efecto significativo sobre la reincidencia cuando es implementada como única intervención. Se necesita más investigación para llegar a conclusiones más robustas.
- La ***terapia cognitivo-conductual*** es efectiva en la reducción de la reincidencia, pero es menos efectiva para la reducción del consumo de drogas. En comparación con las comunidades terapéuticas, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual es menor.

Por su parte, las ***intervenciones farmacológicas*** logran reducir las probabilidades de una sobredosis en personas reclusas, el consumo de drogas ilícitas y la reincidencia en conductas criminales. Entre las principales intervenciones farmacológicas, se señalan:

- La evidencia es consistente para la eficacia del tratamiento de sustitución de opioides en la reducción del consumo de opioides, una reducción de conductas de riesgo como son el consumo vía intravenosa y de jeringuillas compartidas en prisión, y en

la adhesión al tratamiento una vez en libertad. Los resultados sobre su efectividad en la reducción de la conducta criminal y la vuelta a prisión no son concluyentes, encontrándose hallazgos contradictorios

- Los tratamientos farmacológicos con naltrexona no son efectivos en la reducción del consumo, aunque hay evidencia de que logran reducir de la conducta criminal.
- Los tratamientos con *agonistas (metadona y buprenorfina)* no son efectivos ni en la reducción del consumo ni de la actividad criminal, comparado con las intervenciones psicosociales.

4.4.2. Intervenciones con personas migrantes

La literatura científica advierte de cómo los procesos migratorios a menudo se encuentran modulados por variables de diversa índole que pueden suponer un factor de riesgo para la adicción. Entre los factores de riesgo identificados, se señala:

a) Estrés migratorio.

b) Trauma, experiencias adversas y trastornos mentales.

c) Desplazamiento forzado.

d) Acceso limitado a servicios de salud mental y adicciones.

e) Aislamiento social.

f) Presión cultural y normas.

g) Desempleo o empleo precario.

h) Pobreza extrema.

i) Falta de información y educación sobre adicciones.

Estos factores de riesgo pueden interactuar entre sí y variar según la población migrante y su contexto. Por tanto, debe realizarse una aproximación individualizada a cada casuística para propiciar una respuesta ajustada a las necesidades de la persona. A continuación, se presentan aquellos aspectos clave para tener en cuenta para el diseño de intervenciones con población migrante:

a) ***Acceso equitativo a servicios de salud,*** eliminando las barreras de acceso (lingüísticas, culturales y administrativas). Además, se debe prestar atención a la capacitación de los profesionales en la atención a poblaciones migrantes.

b) ***Evaluación culturalmente sensible.*** Los profesionales de la salud deben utilizar enfoques de evaluación que sean sensibles a la cultura y al contexto migratorio. Esto

incluye utilizar instrumentos de evaluación validados culturalmente y tener en cuenta las diferencias culturales en la presentación de los síntomas.

c) Diseñar ***intervenciones culturalmente adaptadas*** a grupos raciales o étnicos minoritarios. Pueden incluir adaptaciones en el contenido tomando en cuenta los valores culturales, creencias y prácticas relacionadas con la salud y la adicción; del formato y la entrega de los programas de tratamiento, así como la incorporación de terapeutas y facilitadores que sean culturalmente competentes.

d) ***Enfoque interdisciplinario,*** involucrando a diferentes profesionales de la salud y expertos en migración y adicciones. Esto permite abordar las múltiples dimensiones y necesidades de los individuos, como el trauma relacionado con la migración, los desafíos socioeconómicos y las barreras de acceso a servicios de salud.

e) La ***terapia individual y la terapia grupal*** pueden ser efectivas. La terapia individual permite abordar problemas específicos y proporcionar apoyo personalizado, mientras que la terapia grupal fomenta el apoyo social y la conexión con otros individuos que enfrentan desafíos similares. Ambos enfoques pueden complementarse y adaptarse a las necesidades individuales y culturales de la población migrante.

f) ***Participación de la comunidad.*** Involucrar a la comunidad migrante en el diseño e implementación de programas de tratamiento puede mejorar la efectividad y la relevancia cultural de las intervenciones. La participación comunitaria puede ayudar a reducir el estigma asociado a las adicciones y promover la aceptación de los servicios de salud.

5. BIBLIOGRAFÍA

Con el objetivo de no sobrecargar el documento, la bibliografía utilizada en esta revisión está disponible en el siguiente enlace y en el código QR:

Bibliografía Plan Autonómico de Castilla y León sobre adicciones 2024/2030

//ANEXO II.

RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES (por uso de sustancias/por juego patológico) EN CASTILLA Y LEÓN

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e integración social del drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada ley, se dispone que el SAISDE se estructura, al menos, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan autonómico la tarea de desarrollar detalladamente el sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

El sistema que se presenta a continuación incluye una oferta suficiente de *programas,* servicios y centros de atención de calidad para el tratamiento de los problemas derivados de trastornos adictivos con entidad clínica reconocida por las clasificaciones internacionales de enfermedades vigentes. La Red de Atención a las Adicciones incluye centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León, complementados con recursos privados *debidamente acreditados,* así como con programas de intervención avalados por la evidencia o con soporte empírico suficiente, cuando las necesidades de la población así lo determinen y con el fin de ampliar y diversificar la oferta de atención. Esta red incluye el abordaje de trastornos adictivos por uso de sustancias y/o por juego patológico.

La población diana de la *Red especifica acreditada de Atención a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias,* es aquella que, con independencia de la edad, tiene diagnóstico clínico de adicción a sustancias psicoactivas asociado o no a juego patológico. En el caso de adolescentes de entre 10 y 21 años con trastorno por uso de sustancias *leve o moderado,* son atendidos por los *servicios de referencia de prevención indicada*.

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e Integración Social del drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada ley, se dispone que el SAISDE se estructura, al menos, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan autonómico la tarea de desarrollar detalladamente el sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

El sistema que se presenta a continuación incluye una ***oferta suficiente*** de programas, servicios y centros de atención de calidad para el tratamiento de los problemas derivados de trastornos adictivos con entidad clínica reconocida por las clasificaciones internacionales de enfermedades vigentes. La Red de Atención a las Adicciones incluye centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León, complementados con recursos privados ***debidamente acreditados,*** así como con programas de intervención avalados por la evidencia o con soporte empírico suficiente, cuando las necesidades de la población así lo determinen y con el fin de ampliar y diversificar la oferta de atención. Esta red incluye el abordaje de trastornos adictivos por uso de sustancias y/o por juego patológico.

La población diana atendida desde la ***Red especifica acreditada de Atención a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias,*** son las personas que, con independencia de la edad, tengan diagnóstico clínico de adicción a sustancias psicoactivas asociado o no a juego patológico. En el caso de adolescentes de entre 10 y 21 años con trastorno por uso de sustancias leve o moderado son atendidos por los ***Servicios de Referencia de Prevención (SRP) en los programas de prevención familiar indicada.***

CIRCUITO TERAPÉUTICO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES* EN CASTILLA Y LEÓN

*Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS) y por juego patológico (TJP)



RECURSOS GENERALES DE ATENCIÓN **(2)**

RECURSOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN (TUS) **(3)**

Usuarios de la Red de atención a las adicciones:

(1) Personas cuyo diagnóstico principal es el trastorno por juego patológico (TJP) sólo o acompañado de consumo leve o moderados de drogas.

(2) Personas cuyo diagnóstico principal es un trastorno adictivo, ya sea por uso de sustancias (TUS), por juego patológico (TJP) o con ambos diagnósticos (TUS+TJP)

(3) Personas cuyo diagnóstico principal es el trastorno adictivo por uso de sustancias (TUS), acompañados o no de trastornos por juego patológico. (Recursos específicos de atención -TUS- de segundo y tercer nivel)

1. PRIMER NIVEL

El primer nivel es la principal puerta de entrada al sistema y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean a la persona con adicción de entre todos los que forman parte de la red de atención. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, acompañados o no de trastornos por juego patológico a los servicios especializados para iniciar tratamiento, así como la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de la persona adicta y de su familia.

Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías diferenciadas: **recursos generales** del nivel de Atención Primaria de Salud y de servicios sociales y **recursos específicos** con programas de atención a personas con adicción con distinto nivel de exigencia.

La configuración de este nivel por centros, servicios y programas, con indicación de la accesibilidad, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de ellos, es la siguiente:

1.1. EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (E.A.P.S.)

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

b) Demarcación territorial: Zona básica de salud y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

c) Principales funciones:

- Detección precoz de consumos de riesgo y problemas de salud por trastorno moderado o uso problemático de sustancias adictivas, en especial relacionados con el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y/o trastornos por juego patológico.
- Derivación de casos al segundo nivel para iniciar o continuar tratamiento.
- Consejo sanitario antitabaco en fumadores habituales e intervenciones breves en pacientes con consumos de riesgo de alcohol.
- Educación sanitaria para disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y conductas de juego patológico.
- Prevención, control y seguimiento, en estrecha colaboración con el nivel especializado del sistema de salud, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados a trastornos adictivos.

d) Derivaciones: a los servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias (servicios específicos de primer nivel), programas de atención a personas con trastornos por juego patológico a los recursos de tratamiento del segundo nivel.

1.2. EQUIPOS DE ACCIÓN SOCIAL BÁSICA (CEAS)-EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES ESPECÍFICOS

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

b) Demarcación territorial: zona básica de acción social y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

c) Principales funciones:

– Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.

– Detección precoz de personas con trastornos por uso de sustancias moderados o graves y/o trastornos por juego patológico.

– Derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.

– Atención a la problemática social de la persona adicta y de su familia.

– Apoyo al proceso de incorporación social.

d) Derivaciones: a los servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias (servicios específicos de primer nivel,) programas de atención a personas con trastornos por juego patológico y a los recursos de tratamiento del segundo nivel.

1.3. SERVICIOS ESPECÍFICOS DE PRIMER NIVEL -SEPN- (SERVICIOS GENERALES DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN, APOYO Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS)

Son el recurso de referencia en el primer nivel y a él deben derivarse las personas que necesitan una intervención motivacional de cierta intensidad y los casos, que, por sus características, dificultades o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del primer nivel.

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema, en particular del primer nivel.

b) Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

– Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.

– Detección precoz y captación, preferentemente activa, de personas con problemas de dependencia del alcohol y de otras drogas, asociados o no a juego problemático.

– Motivación y derivación de casos al segundo nivel de atención para iniciar tratamiento.

– Apoyo al proceso de incorporación social.

– Apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo de la persona con adicción.

– Educación destinada a disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.

– Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de incorporación social, en colaboración con los recursos generales y especializados, que incluya la activación de un nuevo proyecto de vida sin adicciones.

d) Derivaciones: a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

1.4. SERVICIOS DE MEDIACIÓN, ORIENTACIÓN, ASESORAMIENTO Y MOTIVACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Los servicios de referencia a nivel autonómico de mediación, orientación, asesoramiento y motivación de personas afectadas por trastornos adictivos por uso de sustancias y/o por juego patológico en el ámbito laboral están gestionados por los agentes sociales más representativos de Castilla y León.

a) Acceso: directo o por derivación de la red de mediadores y de otros recursos para la intervención en adicciones en el ámbito laboral.

b) Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

c) Principales funciones:

– Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.

– Detección precoz y captación de personas trabajadoras con trastornos por uso de sustancias y/o trastornos por juego patológico.

– Apoyo jurídico y mediación en los posibles conflictos laborales.

– Motivación y derivación de personas trabajadoras que fuman y/o que abusan del alcohol, incluyendo el uso de hipnosedantes, a intervenciones de deshabituación.

– Motivación y derivación de personas con trastornos por uso de otras sustancias y/o por juego patológico a centros y servicios generales o específicos del segundo nivel de atención para iniciar tratamiento, así como a programas de apoyo psicosocial para personas con problemas de juego.

– Seguimiento de la situación laboral y del tratamiento seguido por la persona trabajadora con trastornos adictivos.

– Apoyo tutelado para la reincorporación al puesto laboral de la persona trabajadora rehabilitada.

d) Derivaciones: a los Equipos de Atención Primaria de Salud, a los centros y servicios de tratamiento general o especializado del segundo nivel de atención y a programas de atención a personas con trastorno por juego patológico.

1.5. SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO A PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS Y CON PROBLEMAS JURÍDICO-PENALES

Estos servicios proporcionan un apoyo técnico especializado a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, con problemas jurídico-penales, con objeto de mejorar su desarrollo personal y su participación en la vida comunitaria.

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema, en particular del primer nivel.

b) Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

– Orientación legal a la persona con adicción y a su familia.

– Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.

– Detección y captación de personas con trastornos adictivos.

– Motivación y derivación de casos para iniciar tratamiento.

– Información y asesoramiento en materia de adicción a sustancias a los profesionales de la Administración de Justicia.

d) Derivaciones: a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

1.6. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA SOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS

La función básica de los servicios de emergencia social es conectar, acoger y realizar una intervención de baja exigencia con personas con trastornos adictivos por uso de sustancias en situación de vulnerabilidad social, con el fin de atender sus necesidades básicas, socio sanitarias, mejorar su calidad de vida y, si es posible, ponerlas en contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red de atención a las adiciones.

a) Acceso: directo con accesibilidad y flexibilidad máximas. Grado de exigencia bajo.

b) Demarcación territorial: variable, pudiendo ser provincial o menor dependiendo del tipo de servicio de que se trate y teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

- Suministro de preservativos, jeringuillas y otros útiles de consumo.
- Servicios de higiene personal y lavandería.
- Espacios de estancia y descanso, con la posibilidad de incluir zona de dormitorio en algunos casos.
- Suministro de comidas y bebidas.
- Suministro de diversa información útil, en especial sobre recursos de atención a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.
- Educación destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Atención de diversa índole: jurídica, social, laboral, etc., sirviendo de nexo de unión entre la persona con trastorno adictivo por uso de sustancias y el Sistema de Salud y de Servicios Sociales.

d) Derivaciones: a los SEPN, al nivel de Atención Primaria del Sistema de Salud y de Servicios Sociales y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

1.7. PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO POR JUEGO PATOLÓGICO

Son el recurso de referencia en el primer nivel para las personas con adicción al juego y a él deben derivarse las personas que necesitan una intervención motivacional de cierta intensidad.

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema, en particular del primer nivel.

b) Demarcación territorial: variable, provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación, preferentemente activa, de personas con trastorno por juego patológico.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel de atención para iniciar tratamiento.

- Intervención psicosocial de apoyo al tratamiento ambulatorio de personas con adicción al juego, asociado o no al consumo leve o moderado de drogas, en colaboración con los servicios de psiquiatría del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo de la persona con trastorno por juego patológico, esté recibiendo o no atención.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de incorporación social, en colaboración con los recursos generales y especializados.
- Asesoramiento legal y financiero.
- Reducción de los daños asociados al juego patológico.

d) Derivaciones: a los recursos de tratamiento del segundo nivel.

2. SEGUNDO NIVEL

El segundo nivel del sistema es el eje sobre el que se vertebra buena parte del proceso de atención a los trastornos adictivos por uso de sustancias (TUS) acompañados o no de trastornos por juego patológico, a través de equipos ambulatorios multidisciplinares, que son los encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado.

Estos planes requieren con frecuencia la coordinación y utilización de otros dispositivos de atención del sistema. Los recursos ambulatorios de referencia para el tratamiento de las personas con trastornos adictivos por uso de sustancias son los centros específicos de atención ambulatoria en Drogodependencias (CAD), también denominados Servicios de atención ambulatoria especializada a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.

La oferta de tratamiento del segundo nivel se caracteriza por su diversidad y globalidad, ya que en ella tienen cabida de una forma integral intervenciones sanitarias, tanto médicas como psicológicas y de enfermería, así como de incorporación social. También es característica de este nivel la flexibilidad de acceso y de enfoque terapéutico, en el que conviven tratamientos con sustitutivos de distinto nivel de exigencia y programas libres de drogas.

Los recursos que forman parte de este nivel presentan **diferente grado de especialización** en trastornos por uso de sustancias, pudiendo agruparse de acuerdo con este criterio del siguiente modo:

- Recursos especializados de carácter general: Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

– Recursos específicos para el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por uso de sustancias: CAD, UTAS, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo, centros de día y programas de atención en centros penitenciarios.

El acceso, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de los recursos de este nivel son los que se presentan a continuación:

2.1. CENTROS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA EN DROGODEPENDENCIAS (CAD) - (SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA A PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS)

Son el recurso de referencia en el segundo nivel de atención para realizar tratamientos ambulatorios sociosanitarios a personas con diagnóstico de trastornos adictivos por uso de sustancias, acompañados o no de trastornos por juego patológico con el fin último de apoyar un proyecto de vida sin adicción y su incorporación familiar y social. A los CAD se deben derivar los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que, por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del primer y segundo nivel.

a) Acceso: directo o por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

b) Demarcación territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

– Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos de opiáceos.

– Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.

– Realización de curas y atenciones básicas.

– Intervención ambulatoria sociosanitaria a personas con trastornos adictivos por uso de sustancias que presenten comorbilidad con adicción al juego, en estrecha colaboración con los servicios de psiquiatría del Sistema de Salud de Castilla y León.

– Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.

– Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.

– Apoyo para la activación de un nuevo proyecto de vida sin adicciones.

– Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de incorporación social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

d) Derivaciones: a los SEPN, a los dispositivos de atención del tercer nivel y a los recursos generales y especializados de incorporación sociolaboral.

2.2. UNIDADES PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

A las unidades para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo (UTA) se deben derivar los casos de dependencia del alcohol más complejos acompañados o no de trastornos por juego patológico, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que, por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

a) Acceso: por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

b) Demarcación Territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

– Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de pacientes con dependencia alcohólica.

– Tratamiento de los trastornos mentales asociados a la dependencia del alcohol, incluida la comorbilidad por trastorno por juego patológico.

d) Derivaciones: a las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, a los programas de atención a personas con trastorno por juego patológico, a las Unidades de hospitalización psiquiátrica, a los centros residenciales de rehabilitación de personas adictas al alcohol y a los recursos generales y servicios de formación y apoyo para la incorporación sociolaboral de personas con drogodependencia.

2.3. UNIDADES O CONSULTAS ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Estas unidades o consultas de referencia, intra o extrahospitalarias, atienden los casos más complejos de personas fumadoras: alta dependencia de la nicotina, fracasos previos en los intentos de dejar de fumar, problemas graves de salud relacionados con el uso del tabaco, trastornos mentales asociados, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, etc.

a) Acceso: por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud o de otras consultas de atención especializada.

b) Demarcación territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica y tratamiento intensivo multicomponente, psicosocial y farmacológico.

2.4. CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS

Los centros de día son recursos que prestan un tratamiento intensivo, altamente estructurado y exigente. Prestan una intervención psicoterapéutica, de estancia diurna y continuada orientada a la incorporación sociolaboral de las personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.

a) Acceso: directo y por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

b) Demarcación territorial: provincia.

c) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, deshabituación y rehabilitación de personas con diagnóstico de trastornos adictivos por uso de sustancias, acompañados o no de trastornos por juego patológico en régimen intermedio, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Apoyo para la activación de un nuevo proyecto de vida sin adicciones.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de incorporación social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

d) Derivaciones: a los recursos del tercer nivel y a los recursos generales y servicios de formación y apoyo para la incorporación sociolaboral de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.

2.5. EQUIPOS DE SALUD MENTAL

a) Acceso: por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

b) Demarcación territorial: Distrito Psiquiátrico y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

c) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación de personas con diagnóstico de trastorno por adictivo por uso de sustancias (TUS), acompañados o no de trastornos por juego patológico, especialmente de aquellos que presentan las personas adictas al alcohol.
- Tratamiento de los trastornos mentales asociados a las adicciones.
- Atención ambulatoria a las urgencias psiquiátricas provocadas por el abuso y dependencia de las drogas.
- Evaluación diagnóstica y tratamiento de adicciones sin sustancia.

d) Derivaciones: a los SEPN, en especial a los específicos para pacientes con dependencia alcohólica, a los programas de atención a personas con trastorno por juego patológico, a las UTAS, a los CAD y a los recursos del tercer nivel.

2.6. PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS

Ofrecen una variada gama de prestaciones asistenciales, algunas de ellas específicas, a la población de reclusos con trastornos adictivos por uso de sustancias.

a) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación en el propio centro penitenciario, ya sea en régimen ambulatorio/centro de día o en módulo terapéutico.
- Tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Motivación y derivación de casos para iniciar o continuar tratamiento fuera de la prisión.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Realización de programas de reinserción social de la población reclusa con problemas de adicción, en colaboración con los recursos comunitarios de incorporación social.

2.7. SERVICIOS DE FORMACIÓN Y APOYO PARA LA INCORPORACIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS

Ofrecen una variada gama de prestaciones de apoyo técnico a personas con adicción a drogas rehabilitadas o en proceso de rehabilitación para su incorporación al mundo laboral. Estos servicios se dirigen especialmente a personas en riesgo de vulnerabilidad social y/o baja empleabilidad, con especial atención a las procedentes del medio penitenciario.

a) Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema.

b) Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

c) Principales funciones:

- Formación académica a través de cursos reglados, formación cultural y entrenamiento en habilidades para la vida en centros de tratamiento.
- Formación pre-laboral y técnicas de búsqueda de empleo en centros de tratamiento.
- Formación profesional ocupacional en profesiones consideradas yacimientos de empleo.
- Formación para el empleo, potenciando la inclusión en escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo y programas del Fondo Social Europeo (FSE).
- Orientación e intermediación laboral a través de programas y servicios dirigidos a personas con dificultades especiales para acceder al mercado laboral.
- Inserción laboral a través de distintas fórmulas, autoempleo y empleo protegido incluido.
- Orientación, apoyo psicosocial y seguimiento del afectado y de su familia.
- Soporte residencial a través de distintas fórmulas: pisos, centros específicos de reinserción, residencias y casas de acogida.

d) Derivaciones: a los recursos y oportunidades generalistas de incorporación social y laboral que existen en la comunidad.

3. TERCER NIVEL

El tercer nivel del sistema está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, acompañados o no de trastornos por juego patológico.

A estos dispositivos se accede por derivación de centros o servicios de tratamiento especializado del segundo y tercer nivel. Está integrado por los siguientes recursos:

3.1. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH)

a) Acceso: por derivación de los ESMD, UTA, CAD y centros de día.

b) Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

c) Función: desintoxicación hospitalaria de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias.

d) Derivaciones: a los recursos que enviaron el paciente a la unidad o a los dispositivos de atención del tercer nivel (Comunidad Terapéutica - CT o Centro Residencial para la Rehabilitación de personas con adicción al alcohol - CRA).

3.2. UNIDADES DE PATOLOGÍA DUAL

a) Acceso: por derivación desde los ESMD, UTA, CAD y desde otros dispositivos de la red de salud mental.

b) Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

c) Función: tratamiento integrado de la descompensación clínica aguda de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias y con otros trastornos mentales asociados.

d) Derivaciones: a los recursos que enviaron el paciente a la unidad o a los dispositivos de atención del tercer nivel (comunidad terapéutica o CRA).

3.3. CENTROS RESIDENCIALES PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIÓN A TODO TIPO DE SUSTANCIAS (COMUNIDAD TERAPÉUTICA-CT). SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN RÉGIMEN RESIDENCIAL A PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS

A través de estos servicios se proporciona una atención integral, continuada, intensiva y adaptada a las necesidades de las personas con trastornos por uso de sustancias, acompañados o no de trastornos por juego patológico, con el fin de potenciar sus ca-

pacidades para favorecer un proyecto de vida sin drogas y su incorporación familiar y social.

a) Acceso: por derivación de recursos de atención del segundo y tercer nivel.

b) Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

c) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Atención a personas con comorbilidad por trastornos adictivos por uso de drogas y adicción al juego en estrecha colaboración con los servicios de psiquiatría del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Realización de curas y atenciones sanitarias básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación pre-laboral y profesional ocupacional para personas en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a personas en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales de la persona que ha recibido tratamiento tras su salida de la comunidad.
- Apoyo a la activación de un nuevo proyecto de vida sin consumo perjudicial de sustancias.

d) Derivaciones: al recurso ambulatorio del segundo nivel que realizó la derivación o donde le corresponda al paciente por su lugar de residencia en el resto de los casos.

3.4. CENTROS RESIDENCIALES PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIÓN AL ALCOHOL (CRA). SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN RÉGIMEN RESIDENCIAL A PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS POR USO DE SUSTANCIAS

A través de estos servicios se proporciona una atención integral, continuada, intensiva y adaptada a las necesidades de las personas con problemas de adicción al alcohol, acompañados o no de trastornos por juego patológico con el fin de potenciar sus capacidades para favorecer un proyecto de vida sin alcohol y otras drogas y su incorporación familiar y social.

a) Acceso: por derivación de recursos atención del segundo y tercer nivel.

b) Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

c) Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas con problemas de adicción al alcohol.
- Atención a personas adictas al alcohol con comorbilidad por trastornos adictivos por uso de otras drogas y/o adicción al juego en estrecha colaboración con los servicios de psiquiatría del Sistema de Salud de Castilla y León.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- Realización de curas y atenciones básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación pre-laboral y profesional ocupacional para personas en tratamiento por problemas de adicción al alcohol con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a personas en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales de la persona que ha recibido tratamiento tras su salida del centro residencial.

– Apoyo para la activación de un nuevo proyecto de vida sin consumo de alcohol y otras drogas.

d) Derivaciones: al recurso ambulatorio del segundo nivel que realizó la derivación o que le corresponda al paciente por su lugar de residencia en el resto de los casos.

3.5. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP)

a) Acceso: desde los servicios hospitalarios de urgencias o por derivación de los ESMD y de las UTA.

b) Demarcación territorial: Área de Salud y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

c) Funciones:

– Desintoxicación hospitalaria de pacientes con adicción al alcohol.

– Atención a las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas.

d) Derivaciones: a los recursos de atención del segundo y tercer nivel (CT y CRA).

//ANEXO III.

RED DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y UTILIZACIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS PANTALLAS

La Ley 3/2007 que modifica la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2007, de 7 de marzo, establece que dentro de las competencias del Comisionado Regional para la Droga (CRD) se encuentra la de impulsar actuaciones de prevención, así mismo establece que las corporaciones locales también tienen entre sus competencias el desarrollo de actuaciones en este ámbito en coordinación con el CRD ya sea directamente o en colaboración con entidades del tercer sector especializadas.

Por esta razón el nuevo ***Plan sobre Adicciones de Castilla y León*** incluye entre otras novedades una definición de la ***Red de Prevención de Adicciones*** (REPA) con el objetivo de fomentar la profesionalización de los equipos de prevención y el impulso de una formación de calidad entre los mediadores o agentes de salud que complementariamente puede colaborar en el trabajo de prevención. El acceso a ambos niveles se puede realizar de forma directa, aunque en general las personas y familias que participan en las intervenciones promovidas por el segundo nivel vienen derivadas desde algunos de los servicios o recursos del primer nivel.

Así mismo, aquellos casos, de adolescentes y principalmente jóvenes de hasta 21 años, que desde los ***Servicios de Referencia de Prevención*** (SRP) puedan ser detectados como personas con un trastorno adictivo, se derivarán a los recursos de tratamiento ambulatorio acreditados para iniciar el tratamiento que precisen. De esta forma la Red de Prevención de Adicciones (REPA) se coordina y enlaza con la Red de Atención a personas con Adicciones (RAD), promoviendo la atención continuada a lo largo del proceso evolutivo del trastorno adictivo desde que aparece el consumo problemático hasta la adicción.

La ***Red de Prevención de Adicciones*** (REPA) se constituye en dos niveles:

1. PRIMER NIVEL O NIVEL BÁSICO

a) Recursos incluidos: agentes de salud de la red de servicios sociales y sanitarios y del medio comunitario.

- **Servicios sociales** de primer nivel, (equipos de acción social básica (EASB) que desarrollan su actividad en los CEAS) y de segundo nivel, (equipos multidisciplinares específicos (EMS): PIF, EDIS y EPAP).
- **Servicios Sanitarios** de atención primaria, urgencias y emergencias.
- **Centros** de los sistemas de **protección a la infancia y de atención y reinserción de jóvenes infractores.**
- **Centros educativos.**
- **Asociaciones juveniles.**
- **Dispositivos o unidades de asesoramiento psicológico de las universidades.**
- **Agentes de salud comunitarios formados** en actuaciones específicas de prevención (profesorado de autoescuela, profesionales de hostelería y restauración, profesionales de supermercados y tiendas, monitores deportivos y de ocio y tiempo libre, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, delegados sindicales, mediadores universitarios...).

b) Tipos de actuaciones que desarrollan:

- Sensibilización, información sobre los efectos de las drogas, pantallas y el juego patológico.
- Asesoramiento sobre la utilización problemática de las drogas, as pantallas y los juegos con dinero y apuestas, con pautas básicas de comportamiento.
- Realización de intervenciones (programas u actuaciones universales y selectivas estructuradas) previa formación acreditada por el Comisionado Regional para la Droga.
- Detección de casos con utilización problemática de drogas, pantallas o juegos con dinero y apuestas.
- Derivación de casos con problemas por consumo de drogas o uso de pantallas y juegos con dinero a los recursos especializados de prevención indicada, según los protocolos establecidos.

2. SEGUNDO NIVEL O ESPECIALIZADO

a) Recursos incluidos: profesionales principalmente del ámbito de la psicología, la educación o la sanidad con formación (Curriculum Europeo de prevención o/y otra formación acreditada de calidad en prevención, y formación en los programas específicos) y experiencia en el campo de la prevención de adicciones y la reducción de los daños.

- **Comisionado Regional para la Droga y Secciones de drogas de las Gerencias Territoriales de servicios Sociales.**
- **Red de planes sobre adicciones** (anteriormente Red de planes sobre drogas). Ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales con plan sobre adicciones aprobado.
- **Servicios de Referencia de Prevención** - Prevención Indicada Acreditados (SRP).
- Red de atención a personas con trastornos adictivos – RAD (CAD, UTA, Centros de tratamiento ambulatorio de alcohol, equipos de salud mental, otras entidades) con formación específica en prevención que realizan programas familiares selectivos (Alfil, PCF) con las familias y sus hijos.
- **Otras entidades especializadas** en prevención de adicciones (profesionales especializados de los principales agentes sociales y de asociaciones o entidades del tercer sector especializadas).

b) Tipos de actuaciones que desarrollan:

- Elaboración, selección de programas o intervenciones basadas en la evidencia, e impulso de las mismas.
- Desarrollo de los programas acreditados grupales de prevención universal, selectiva y reducción de los riesgos.
- Realización de intervenciones familiares universales, selectivas e indicadas con población infanto-juvenil prioritariamente de 10 a 21 años.

RED DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES



**Profesionales con formación específica en prevención, a ser posible en Curriculum Europeo de Prevención (EMCCDA) u otra formación acreditada.*

[1] EASB (Equipos de acción social básica), CEAS (Centros de Acción Social).

[2] EME (Equipos multidisciplinares especificos), PIF (Programas de Intervención Familiar), EDIS (Equipos de inclusión social), EPAP (Equipos para la promoción de la autonomía personal).

//ANEXO IV.

PROGRAMAS Y TALLERES DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS EN POBLACIÓN JOVEN SIN ADICCIONES ACREDITADOS POR EL COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA

1. ÁREA DE PREVENCIÓN

ÁMBITO EDUCATIVO

Programa: CONSTRUYENDO SALUD
Población diana: alumnado de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).
Nº de sesiones: 18 sesiones (11/12 sesiones obligatorias) para 1º ESO y 11 sesiones (10 sesiones obligatorias) para 2º ESO.
Tipo de agentes preventivos: profesorado de 1º-2º ESO y miembros de los Departamentos de Orientación.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Inscripción en la página web del Centro Superior de Formación del Profesorado.

Programa: DISCOVER
Población diana: alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria y de 1º, 2º, 3º y 4º de ESO.
Nº de sesiones: dependiendo del curso entre 9-13 sesiones (el número de sesiones obligatorias oscila entre las 8 sesiones para 5º de Educación Primaria y las 10 sesiones para 3º ESO).
Tipo de agentes preventivos: profesorado de 5º y 6º de Educación Primaria y de 1º, 2º, 3º y 4º de ESO. Miembros de los Equipos Psicopedagógicos y de los Departamentos de Orientación.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Inscripción en la página web del Centro Superior de Formación del Profesorado.

Programa: UNPLUGGED
Población diana: alumnado de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria.
Nº de sesiones: 12 sesiones (9 sesiones obligatorias).
Tipo de agentes preventivos: profesorado de 1º-2º ESO y miembros de los Departamentos de Orientación.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Inscripción en la página web del Centro Superior de Formación del Profesorado.

Programa: LA AVENTURA DE LA VIDA
Población diana: alumnado de 3º y 4º de Educación Primaria.
Nº de sesiones: 8 sesiones obligatorias, contiene 12 temas con 3 dimensiones (familia, escuela, barrio) en cada uno de los temas.
Tipo de agentes preventivos: profesorado de 3º, 4º, 5º y 6º de Educación Primaria y miembros de los Equipos Psicopedagógicos.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Inscripción en la página web del Centro Superior de Formación del Profesorado.

Programa: EN LA HUERTA CON MIS AMIGOS
Población diana: alumnado de 3º de Educación Infantil y 1º-2º de Educación Primaria.
Nº de sesiones: entre 6 y 18 cuentos en función de la edad.
Tipo de agentes preventivos: profesorado de 3º de Educación Infantil y 1º-2º de Educación Primaria y miembros de los Equipos Psicopedagógicos.
Captación: por parte de las Corporaciones Locales de la Red de Planes de Adicciones que lo impulsen en coordinación con el Comisionado Regional para la Droga.

Programa: ENTRE TODOS
Población diana: alumnado de 1º y 2º ESO.
Nº de sesiones: 21 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: técnicos de prevención.
Captación: por parte de la entidad propietaria del programa en coordinación con el Comisionado Regional para la Droga.

Programa: GALILEI
Población diana: alumnado de 1º Formación Profesional Básica (FPB). Posibilidad de refuerzo en 2º de FPB para alumnado que haya recibido el programa en 1º FPB.
Nº de sesiones: 14 sesiones (13 obligatorias).
Tipo de agentes preventivos: profesorado, equipos directivos y miembros de los Departamentos de Orientación de los ciclos de Formación Profesional Básica.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Inscripción en la página web del Centro Superior de Formación del Profesorado.

ÁMBITO EXTRAESCOLAR

Programa: NEXUS 2.0
Población diana: menores de 10 a 14 años.
Nº de sesiones: 12 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: titulados universitarios de la rama de psicología o educación con formación en prevención de adicciones y específicamente en el programa.
Captación: a través de la Red de planes de Adicciones, Secciones de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y la asociación Deporte y Vida.

Programa: NEXUS 2.0 (Adaptación personas con discapacidad intelectual)
Población diana: personas con discapacidad intelectual leve-moderada entre 14 y 23 años.
Nº de sesiones: 12 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: titulados universitarios de la rama de psicología o educación con formación en prevención de adicciones, atención a colectivos con discapacidad intelectual y con formación específica en el programa.
Captación: por parte de Plena Inclusión en coordinación con el Comisionado Regional para la Droga.

Programa: PÉRTIGA
Población diana: menores de 10 a 14 años.
Nº de sesiones: 8 sesiones para el grupo de pequeños (10-12 años) y 9 sesiones para el grupo de mayores (12-14 años).
Tipo de agentes preventivos: monitores de asociaciones juveniles formados previamente en el programa.
Captación: a través del Consejo de la Juventud de Castilla y León.

Programa: ¿TE APUNTAS?
Población diana: menores de 10 a 12 años que hayan participado o estén participando en el programa Discover.
Nº de sesiones: 5 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: titulados universitarios de la rama de psicología o educación con formación en prevención de adicciones y específicamente en el programa.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Asociación Deporte y Vida.

Programa: VIVIR EL MOMENTO
Población diana: menores de 12 a 14 años que hayan participado o estén participando en el programa Discover, Construyendo Salud o Unplugged.
Nº de sesiones: 5 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: titulados universitarios de la rama de psicología o educación con formación en prevención de adicciones y específicamente en el programa.
Captación: Jefes de Sección de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y Asesores Técnicos Docentes del Área de Programas de las Direcciones Provinciales de Educación. Asociación Deporte y Vida.

Programa: TALLER SENSIBILIZACIÓN CAMPAMENTOS RED ACTIVA
Población diana: menores de 9 a 14 años participantes de los campamentos de la Red Activa de la Junta de Castilla y León
Nº de sesiones: 1 sesión.
Tipo de agentes preventivos: monitores de los campamentos de la Red Activa u otros campamentos con formación previa en el taller.
Captación: a través del Instituto de la Juventud.

ÁMBITO MENORES EN RIESGO

Programa: GALILEI EN CENTROS DE PROTECCIÓN Y DE REFORMA DE MENORES
Población diana: menores de 15 a 17 años.
Nº de sesiones: 14 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: profesionales de los centros de protección y reforma de menores de Castilla y León.
Captación: Servicio de Protección a la Infancia, Servicio de Prevención y Reinserción Social y Secciones de Drogas de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales.

Programa: SASTIPEN
Población diana: menores de etnia gitana de 10 a 16 años, dos rangos (10-12 años y 13-16 años).
Nº de sesiones: 10 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: técnicos con formación en prevención de adicciones
Captación: desde las entidades implicadas.

ÁMBITO FAMILIAR

Programa: MONEO DE PREVENCIÓN UNIVERSAL (9 a 13 años)
Población diana: familiares de alumnado (madre, padre, personas que ejercen la tutela y/o adultos de referencia) entre 9 y 13 años.
Nº de sesiones: 5 sesiones.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones.
Captación: Principalmente a través de los centros educativos, de las Asociaciones de madres y padres de alumnado (AMPA), abierto a cualquier otro organismo, entidad o colectivo de carácter cultural, deportivo, o cualquier otro en donde estén las madres y padres, como son las empresas, administraciones o diferente tipo de asociaciones como las asociaciones de vecinos, juveniles, o aquellas que trabajen con mujeres y con población LGTBIQ+, especialmente familias y/o niños/as y adolescentes, etc.

Programa: MONEO DE PREVENCIÓN UNIVERSAL (14 a 16 años)
Población diana: familiares de alumnado (madre, padre, personas que ejercen la tutela y/o adultos de referencia) entre 14 y 16 años.
Nº de sesiones: 5
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones.
Captación: Principalmente a través de los centros educativos y de las asociaciones de madres y padres de alumnado (AMPA), abierto a cualquier otro organismo, entidad o colectivo de carácter cultural, deportivo, o cualquier otro con presencia de madres y padres, como son las empresas, administraciones o diferente tipo de asociaciones como las asociaciones de vecinos, juveniles, o aquellas que trabajen con mujeres y con población LGTBIQ+, especialmente familias y/o niños/as y adolescentes, etc.

Programa: PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR (PCF-Universal 11-14 años)
Población diana: familiares del alumnado (madres, padres, personas que ejercen la tutela y/o adultos de referencia) entre 11 y 14 años.
Nº de sesiones: 6
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones.
Captación: Principalmente a través de los centros educativos, de las Asociaciones de madres y padres de alumnado (AMPA) o cualquier otro tipo de asociación, entidad del tercer sector, administraciones públicas, empresas, etc., con presencia de madres y padres.

Programa: PROGRAMA DÉDALO DE PREVENCIÓN SELECTIVA
Población diana: Familias con hijos/as preadolescentes entre los 9 y los 13 años, que presenten factores de riesgo en las figuras de referencia educativa y afectiva o en los hijos/hijas, y donde se detectan problemas de adaptación y rendimiento escolar, problemas precoces y persistentes de conducta, que por su intensidad no requieren una intervención terapéutica especializada.
Nº de sesiones: 11 para familiares, 7 para hijas e hijos y 5 conjuntas (familiares e hijos/as) Un total de 22 sesiones más la de seguimiento.
Tipo de agentes preventivos: Profesionales con formación académica de psicología, educación social, trabajo social, pedagogía, etc., con conocimientos específicos sobre adicciones y su prevención, con experiencia de trabajo con familias y técnicas de trabajo con grupos, especialmente con niños/as y adolescentes, motivación y role-playing, así como con formación consolidada en perspectiva de género y su aplicación transversal.
Captación: Diferentes recursos y programas del ámbito de la educación, la salud y atención social, como los centros educativos, los centros sanitarios y los servicios sociales básicos CEAS (Centros de Acción Social) o específicos (programas de Intervención Familiar), asociaciones que aglutinen a las familias con diferentes características (monoparentales, asociaciones feministas y/o LGTBIQ+ que trabajen con familias y con menores, de ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, etc.).

Programa: ALFIL DE PREVENCIÓN SELECTIVA
Población diana: Trabaja con niños/as adolescentes entre los 8 y 16 años y con su madre/padre con problemas de dependencia del alcohol que lleve en abstinencia un tiempo no superior a dos años.
Nº de sesiones: 16 sesiones: 6 para familiares, 7 para hijos e hijas y 3 conjuntas con toda la familia.
Tipo de agentes preventivos: quien dirige el programa debe tener titulación universitaria de psicología, formación en prevención de adicciones y experiencia de trabajo con familias; quien ejerce la función auxiliar ha de ser trabajador social, educador social, pedagogos ..., con formación en prevención de adicciones y experiencia en el trabajo con grupos, especialmente con niños/as y adolescentes.
Captación: Principalmente a través de las asociaciones de personas con problemas de alcoholismo y equipos de salud mental.

Programa: PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR-AFECT 12-16 AÑOS (Prevención Selectiva)
Población diana: familias con hijos/as entre 12 y 16 años considerados de riesgo, bien porque alguno de sus miembros es consumidor de sustancias psicoactivas o bien porque las características sociales de la familia puedan facilitar la implicación de los niños y niñas en comportamientos de riesgo de consumo de sustancias, u otros comportamientos antisociales.
Nº de sesiones: 14 sesiones semanales consecutivas (14 con familiares, 14 con hijos e hijas y 13 conjuntas). En total son 41 sesiones en 14 semanas
Tipo de agentes preventivos: Profesionales con formación académica de psicología, educación social, trabajo social, pedagogía, etc., con conocimientos específicos sobre adicciones y su prevención, con experiencia de trabajo con familias y técnicas de trabajo con grupos, especialmente con niños/as y adolescentes, motivación y role-playing,.
Captación: Diferentes recursos y programas del ámbito de la educación, la salud y atención social, como los centros educativos, los centros sanitarios y los servicios sociales básicos CEAS (Centros de Acción Social -) o específicos, programas de Intervención Familiar, asociaciones que aglutinen familias por diferentes características (monoparentales, asociaciones feministas y/o LGTBIQ+ que trabajen con familias y con menores, asociaciones de ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, etc.).

Programa: PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR INDICADA 10-21 AÑOS
Población diana: menores y jóvenes con edades comprendidas preferentemente entre los 10 y 21 años, con consumo problemático de sustancias o conductas problemáticas relacionadas con pantallas, videojuegos o juego con apuestas, acompañados de sus familias o adultos de referencia.
Nº de sesiones: en torno a 12 meses de intervención, sesiones individuales y/o grupales, tanto con los menores, con las familias y conjuntas familia-joven. Temporalidad inicialmente semanal, posteriormente quincenal y mensual.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones (profesionales con formación académica de psicología, educación social, trabajo social, pedagogía, etc.), con conocimientos específicos sobre prevención de adicciones y con experiencia de trabajo con familias, especialmente con niños/as y adolescentes, manejo de técnicas grupales y entrevista motivacional.
Captación: desde centros de salud, salud mental, centros educativos, servicios sociales, Fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, Unidades de Intervención Educativa, Juzgados de Menores, centro de protección de menores, petición propia, etc.

2. ÁREA DE REDUCCIÓN DE LOS RIESGOS

REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Programa: TALLER OH.COM
Población diana: Adolescentes y/o jóvenes de entre 16 y 22 años, que hayan tenido problemas por el consumo de alcohol (urgencias médicas, peleas, detenciones, sanciones por conducir bajo los efectos del alcohol, multas por consumo de alcohol en la vía pública...) que voluntariamente quieran participa en el taller
Nº de sesiones: una sesión de cuatro horas.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones con experiencia de trabajo en grupo con adolescentes y jóvenes.
Captación: desde los Servicios Sanitarios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Policía Municipal, Servicios Sociales, Planes Locales sobre Adicciones y desde las familias directamente.

Programa: ÍCARO
Población diana: niños y adolescentes entre los 12 y 17 años en una situación de urgencias a causa de la ingesta de alcohol y/o sustancias psicoactivas, y sus familias/responsables legales.
Nº de sesiones: entre dos (universal) y 6 (selectiva) o derivación a los Servicios de Referencia de Prevención - SRP.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones con experiencia de trabajo en grupo con adolescentes y jóvenes.
Captación: Servicios sanitarios de urgencias (hospitales y puntos de atención continuada de Atención Primaria - PAC), técnicos de urgencias y emergencias, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

HOSTELERÍA Y LOCALES, ESPACIOS DE DISPENSACIÓN Y/O VENTA DE ALCOHOL

Programa: DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE ALCOHOL (DRA)
Población diana: principalmente a empresarios y trabajadores de la hostelería o cualquier otro establecimiento, local, donde se dispense alcohol (peñas, bodegas, etc.) .
Nº de sesiones: 4 horas repartidas según disponibilidad.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones con formación previa en el programa.
Captación: desde el Plan local de adicciones en coordinación con la concejalía responsable y la asociación de hostelería.

ACCIDENTES DE TRÁFICO

Programa: TALLER DE FORMACIÓN EN AUTOESCUELAS (AUTO)
Población diana: Alumnado de las autoescuelas
Nº de sesiones: 1 sesión de 90 minutos.
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones con experiencia de trabajo en grupo con adolescentes y jóvenes.
Captación: a través de la Red de Planes sobre Adicciones en coordinación con la Jefatura provincial de tráfico y las autoescuelas.

Programa: Taller de reducción de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y cannabis (TRAT)
Población diana: Alumnado de Bachillerato, preferentemente de centros en los que se esté trabajando los programas acreditados de prevención escolar, alumnado formación profesional básica (preferentemente de 2º FPB), ciclos formativos de grado medio y superior, población universitaria y con edades equivalentes y de forma excepcional alumnado de 4º de ESO de centros que estén desarrollando, o hayan realizado en los dos últimos años algún programa acreditado de prevención escolar en ESO y estén situados en el medio rural, donde los ciclomotores y la moto son un medio de transporte frecuente.
Nº de sesiones: 3 sesiones de 50 minutos
Tipo de agentes preventivos: Técnicos en prevención de adicciones con experiencia de trabajo en grupo con adolescentes y jóvenes y formación previa en el programa.
Captación: desde los planes locales de prevención de adicciones en coordinación con los centros educativos.

ESPACIOS DE OCIO

Programa: EXEO
Población diana: jóvenes que acuden a discotecas, festivales y conciertos.
Nº de sesiones: Intervención puntual en el contexto de ocio. Chequeo de sustancias, información sobre reducción de los riesgos de consumo, sexo seguro y asesoramiento sobre problemáticas relacionadas con el consumo de drogas e información sobre la RAD.
Tipo de agentes preventivos: mediadores jóvenes con formación en prevención y reducción de los daños de la Asociación ACLAD.
Captación: in situ.

Programa: Intervenciones de reducción de los daños en espacios de ocio al aire libre y ¿SALES HOY?
Nº de sesiones: Intervención puntual en contextos de ocio, mediante información y asesoramiento individual.
Tipo de agentes preventivos: mediadores y técnicos jóvenes con formación en prevención y reducción de los daños de Cruz Roja Juventud y entidades de prevención colaboradoras con la Red de planes sobre adicciones.
Captación: in situ.

NOTA: Este catálogo se podrá ampliar o modificar por parte del Comisionado Regional para la Droga en función de las necesidades que puedan ir surgiendo y siempre en base a lo que la evidencia en prevención plantee.

//ANEXO V.

ENTIDADES Y ORGANISMOS QUE HAN REALIZADO APORTACIONES Y PROPUESTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ADICCIONES DE CASTILLA Y LEÓN

1.- Red de planes sobre drogas/adicciones de Castilla y León:

Ayuntamiento y Diputación de Ávila; Ayuntamiento y Diputación de Burgos; Ayuntamientos de Aranda de Duero y de Miranda de Ebro; Ayuntamiento y Diputación de León, Ayuntamiento de Ponferrada; Ayuntamiento y Diputación de Palencia; Ayuntamiento y Diputación de Salamanca, Diputación de Soria, Ayuntamiento y Diputación de Valladolid, Ayuntamiento de Medina del Campo y Ayuntamiento y Diputación de Zamora.

2.- Entidades colaboradoras del ámbito de las adicciones:

Aclad; Arbu, Arseg, Ascat, Asociación Boreal, Asociación Deporte y Vida, Asociación Miguel Delibes, Beda, Cáritas, Consejo Comarcal del Bierzo, CCOO, UGT y CEOECYL, Consejo de la Juventud, Cruz Roja, Fundación Alcándara-Proyecto Hombre de Salamanca, Fundación Aldaba Proyecto Hombre de Valladolid, Fundación Cals Proyecto Hombre de León, Fundación Candeal Proyecto Hombre de Burgos, Fundación Juan Soñador, CAD San Juan de Dios, Pampuri, Plena Inclusión. Federaciones de Madres y Padres de Castilla y León (CONFAPACAL; CONFARCALE y CONFECAMPACyL), Consejo de la Juventud de Castilla y León, Plena Inclusión Castilla y León.

3.- Servicios o centros directivos de la Junta de Castilla y León

- **Gerencias de Servicios Sociales:** Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas y Servicio de Asistencia a Drogodependientes, Unidad de Estadística, Secciones de Drogodependencias de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales, Servicio de Protección a la Infancia, Servicio de Prevención y Reinserción social, Servicio de Atención a Personas con Discapacidad.
- **Consejería de Familia e igualdad de Servicios Sociales:** Dirección General de la Mujer.
- **Consejería de Educación:** Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado
- **SACYL:** Servicio de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Cuidados Paliativos y Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial.
- **Dirección General de Salud Pública:** Servicio de Epidemiología.

PLAN DE ADICCIONES
CASTILLA Y LEÓN

Junta de
Castilla y León