

Ayuntamiento de Albacete

***PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y
CONDUCTAS ADICTIVAS
2017-2020***

ÍNDICE

	Página
1. Marco General. Justificación	4
2. Las Conductas Adictivas	8
3. Marco Normativo	10
3.1. Ámbito Europeo	10
3.2. Ámbito Nacional	10
3.3. Ámbito Autonómico	11
3.4. Ámbito Municipal	12
4. Principios Orientadores	13
5. Análisis de Contexto	15
5.1. Población	15
5.2. Empleo	17
5.3. Educación	18
5.4. Red Asociacionista y Recursos	18
5.4.1.1. Red Asociativa	
5.4.1.2. Recursos de Acción Social Municipal	
5.4.1.3. Recursos específicos sobre drogas y otras conductas adictivas	
5.5. Pobreza.....	20
5.6. Renta Familiar	21
6. Análisis de la situación	22
6.1. Evolución General y consumos de sustancias actuales	22
6.2. Consumos por tipo de sustancia	29
6.2.1.1. Alcohol	
6.2.1.2. Tabaco	
6.2.1.3. Hipnosedantes	
6.2.1.4. Cannabis	
6.2.1.5. Cocaína	
6.2.1.6. Éxtasis, Anfetaminas, Alucinógenos e Inhalables Volátiles	
6.2.1.7. Heroína	
6.2.1.8. Nuevas Sustancias	
6.3. Policonsumo	62
6.4. Adicciones sin sustancia o Adicciones Sociales	63
7. Áreas de Intervención	64
7.1. Área de Prevención	64
7.1.1.1. Ámbito Educativo	
7.1.1.2. Ámbito Familiar	
7.1.1.3. Ámbito Laboral	
7.1.1.4. Ámbito Comunitario	
7.2. Área de Asistencia	71
7.3. Área de Incorporación Social	75
7.4. Área de Coordinación y Formación	76
8. Evaluación	80
9. Anexo 1. Objetivos y Acciones	82

1. MARCO GENERAL. JUSTIFICACIÓN

La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga¹, proporciona un *“marco común y empíricamente contrastado para responder al fenómeno de la droga dentro y fuera de la Unión Europea”*, teniendo como finalidad *“contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta de droga en la UE, así como reducir los riesgos y perjuicios sociales y para la salud causados por la droga a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales, que proporcione un marco para la realización de acciones conjuntas y coordinadas y que constituya la base y el marco político para una cooperación exterior de la UE en este ámbito”*. Se articula en torno a dos ámbitos de actuación: reducción de la demanda de drogas y reducción de la oferta de drogas, y tres temas transversales: a) la coordinación; b) la cooperación internacional y, c) la investigación, información, control y evaluación, y se desarrolla a través de dos Planes de Acción consecutivos.

En España, la Estrategia Nacional sobre Drogas², partiendo del marco institucional establecido desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, orienta, impulsa y coordina las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollan en nuestro país, sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias. Así mismo, incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir, promoviendo su inclusión y extensión en el diseño y la planificación de las distintas intervenciones a realizar en todos los ámbitos de actuación. Reconoce también los importantes cambios habidos, en los últimos años, en las diferentes variables que confluyen el fenómeno de las drogas, entre los que figuran:

- ✓ Los cambios en los perfiles de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, el patrón de consumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre éste y los espacios y tiempos de ocio.
- ✓ La aparición de nuevas sustancias que se están introduciendo en el mercado.
- ✓ El incremento de los trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas, que produce una considerable demanda de atención a la patología dual.
- ✓ El fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad española, con los cambios correspondientes en aspectos sociales, culturales e incluso económicos.

¹ Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020).

² Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

- ✓ El envejecimiento de consumidores problemáticos.
- ✓ La creciente importancia del tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado.
- ✓ El necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su transferencia a la práctica.
- ✓ Las modificaciones habidas en las redes asistenciales.
- ✓ La necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo.

La Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha aprobó la Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en Castilla-La Mancha, cuyo objeto, entre otros, es la regulación general de las funciones y competencias de la materia de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones, como marco de referencia para la necesaria cooperación y coordinación en materia de drogodependencias (artículo 1, apartado b.). En ella, se establecen las competencias de los municipios en este ámbito que, además del cumplimiento de las diferentes medidas de control y sancionadoras establecidas en la Ley y no atribuible a la Administración Regional y la colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud, señala que los Ayuntamientos mayores de 10.000 habitantes de Castilla-La Mancha tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas (artículo 53, punto 2):

- a) La aprobación y ejecución de planes locales de drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional de Drogas.
- b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen en el ámbito exclusivo de su municipio.
- c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas
- d) La formación en materia de drogas del personal propio.
- e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

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

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

la salud. En la modificación del citado artículo establece, entre otras, las siguientes competencias para la Administración Local:

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

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

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

Así pues, la ley estatal establece el régimen jurídico para el ejercicio de determinadas competencias, entre ellas en materia de salud y bienestar social, y supedita su asunción por parte de las Comunidades Autónomas a un nuevo sistema de financiación autonómico y local. Surge así la Ley 8/2015, de 2 de diciembre, de medidas para la garantía y continuidad en Castilla-La Mancha de los servicios públicos como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, con la finalidad de que, en tanto se produce la asunción competencial de estas materias por las Comunidades Autónomas, esté regulado el ejercicio competencial de las mismas por parte de los municipios, en *"evitación de la posible incertidumbre jurídica respecto de la prestación de unos servicios públicos en ámbitos especialmente sensibles, cuya paralización comportaría un grave perjuicio para la ciudadanía"*³. Dicha regulación queda establecida en la citada Ley 8/2015, a través del artículo 3, punto 2, sobre competencias propias de las entidades locales de Castilla-La Mancha, cuya redacción es la siguiente: *"Las Entidades Locales de Castilla-La Mancha*

³ Extraído de la Exposición de Motivos de la Ley 8/2015, de 2 de diciembre, de medidas para la garantía y continuidad en Castilla-La Mancha de los servicios públicos como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.

seguirán ejerciendo las competencias atribuidas por las leyes de la Comunidad Autónoma anteriores a la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, de conformidad con lo dispuesto por la norma de atribución, en régimen de autonomía y bajo su propia responsabilidad, según lo establecido por el artículo 7.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local”.

2. LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Si bien son las diversas sustancias psicoactivas, ya sean legales (alcohol, tabaco, psicofármacos) o ilegales, las que hasta ahora han centrado la mayor preocupación social así como los principales esfuerzos, tanto a nivel preventivo como asistencial, debido a las consecuencias derivadas de su consumo, el fenómeno de las conductas adictivas se configura como más complejo.

La Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de Castilla-La Mancha, define en su artículo 3 el trastorno adictivo como un “Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno”. Incluye, por tanto, determinadas conductas que, si bien no son llevadas a cabo a través del consumo de una sustancia psicoactiva o droga, también formarían parte de las denominadas “conductas adictivas”, siendo el resultado de la evolución de la sociedad de la que formamos parte, la cual promueve nuevos comportamientos. Son las denominadas adicciones sin drogas, adicciones comportamentales y/o conductuales, adicciones psicológicas, adicciones sociales, etc.

De entre las adicciones sin sustancia o adicciones sociales, la más conocida es la adicción al juego, ludopatía o juego patológico. De hecho, la Ley citada anteriormente realiza un trato diferenciado del resto de adicciones comportamentales, a través de dos artículos: el artículo 16 (juego patológico) y el artículo 17 (otros trastornos adictivos). Esto nos indica que estamos ante un fenómeno complejo aún no totalmente definido, si bien es cierto que cada vez existe mayor aceptación en englobar estos tipos de comportamientos en lo que denominamos como conductas adictivas. Entre otras, además del juego patológico, podemos encontrar la adicción a compras, al deporte, conductas sexuales compulsivas, adicción al teléfono, a la televisión, al trabajo, a Internet y/o nuevas tecnologías, a videojuegos, algunos tipos de trastornos alimentarios, las relaciones sociales alineantes, etc.

Cuando la persona pierde el control sobre su propia conducta o actividad, quedando mermada o anulada su capacidad o libertad de decisión acerca de la realización o no de la misma, decimos que presenta una conducta adictiva. Generalmente, esta conducta pasa a ser el eje central de su vida, provocando cambios a nivel personal, tanto físicos como emocionales, comportamentales, y que afectan a su vida diaria, a sus relaciones personales, familiares, sociales, etc.

Así pues, a la hora de abordar, en sus diversas formas de intervención, el fenómeno de las conductas adictivas, debemos tener en cuenta no sólo aquellas en las que existe un consumo por parte de la persona de una sustancia con efectos psicoactivos, sino también otros tipos de conductas o comportamientos que generan

otras formas de adicción. Tampoco podemos olvidar que éste es un fenómeno multifactorial, en el que están presentes diversos elementos. Por tanto, es necesario valorar a las personas con problemas de consumo de drogas u otras conductas adictivas desde un abordaje bio-psico-social y un enfoque multidisciplinar y multisectorial, para así obtener una mejor respuesta: desde un abordaje bio-psico-social, puesto que en el individuo confluye una sustancia y/o comportamiento con determinados efectos y/o consecuencias, unas expectativas personales sobre los mismos, y un entorno social que, si bien por lo general actúa como un agente o factor protector, en determinadas situaciones puede configurarse como un factor propiciador o mantenedor de dicha problemática; y con un enfoque multidisciplinar y multisectorial porque, por un lado, afecta a diversas áreas del individuo, como la económica, la sanitaria, la social, la familiar, la laboral, etc., y, al mismo tiempo y en mayor o menor medida, nos afecta a todos y todas.

Por tanto, se hace necesario abordar el problema de la drogodependencia y otras adicciones como una responsabilidad compartida tanto por la persona afectada como por el entorno social de la misma, la Comunidad.

3. MARCO NORMATIVO

El presente Plan se enmarca en los siguientes ámbitos normativos:

3.1. ÁMBITO EUROPEO

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

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

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

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

3.2. ÁMBITO NACIONAL

- ✓ Constitución Española de 1978, a través del artículo 43:
 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
 2. Compete a los Poderes Públicos organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.
 3. Los Poderes Públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el Deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del Ocio.
- ✓ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.
- ✓ Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre la protección de la seguridad ciudadana.
- ✓ Ley Orgánica 2/1986, de 13 de Marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

- ✓ Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.
- ✓ Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.
- ✓ Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- ✓ La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, entre otras, indica que “el éxito de la política general de drogas requiere la cooperación de las Administraciones Locales, y de su máximo órgano de representación, que es la Federación Española de Municipios y Provincias” y que “ En todo caso, las relaciones locales de coordinación establecidas en el plano estatal deben extenderse a cada uno de los ámbitos autonómicos y locales, desde donde se llevan a cabo las intervenciones sobre las poblaciones y las personas”.

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

- ✓ El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

3.3. ÁMBITO AUTONÓMICO

- ✓ Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha.
- ✓ Ley 8/2015, de 2 de diciembre, de medidas para la garantía y continuidad en Castilla-La Mancha de los servicios públicos como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.
- ✓ Decreto 195/1993, de 30 de noviembre, por el que se regula la Comisión de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.
- ✓ Orden de 12 de enero de 1993, por la que se crea la Comisión Técnica de Coordinación del Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha.

- ✓ Orden de 4 de mayo de 1995, por la que se crea y regula el Consejo Interlocal de Drogodependencias.
- ✓ Ley 2/1995, de 2 de marzo, contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores.
- ✓ Decreto 72/1996, de 30 de abril, del Reglamento de la Ley contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores.
- ✓ Decreto 34/1997, de 18 de febrero, de creación de las comisiones provinciales de drogodependencias.
- ✓ Ley 15/2002, de 11 de julio, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de Castilla-La Mancha.
- ✓ Orden de la Consejería de Sanidad de 20 de enero de 1993, sobre la autorización administrativa de centros sanitarios de atención a drogodependientes.
- ✓ Orden de la Consejería de Sanidad de 10 de junio de 1993, sobre autorización administrativa de centros no sanitarios de atención a drogodependientes.

3.4. ÁMBITO MUNICIPAL

- ✓ Texto refundido de la Ordenanza reguladora de los espacios públicos de Albacete para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana y el civismo (B.O.P. nº 49 de 29 de abril de 2015).

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES

El Plan Municipal de Drogas y Conductas Adictivas del Ayuntamiento de Albacete, se regirá por los siguientes principios:

- **Coordinación y cooperación** entre los distintos agentes intervinientes, facilitando la utilización e integración de los recursos existentes y evitando respuestas desconexionadas.

- **Flexibilidad.** El fenómeno de las drogodependencias tiene un carácter dinámico, encontrando constantemente variaciones importantes en el tiempo, como son los cambios en los patrones de consumo, tipos de sustancias utilizadas, escenarios de consumo, etc. Este principio permitirá la revisión y adaptación continuada de las respuestas a los cambios que previsiblemente continuarán dándose.

- **Participación Social.** El problema de las drogodependencias y las conductas adictivas afecta a la sociedad en su conjunto, por lo que requiere una respuesta desde la propia sociedad, con la finalidad de desarrollar una actuación integral frente al mismo. Debe prestarse, no obstante, una especial atención a la implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.

- **Normalización,** por el que trataremos de utilizar, en la medida de lo posible, los recursos normalizados existentes en la Comunidad, y con la finalidad de conseguir una amplia participación comunitaria, así como una real integración social de las personas afectadas.

- **Intersectorialidad y Multidisciplinariedad.** Al igual que es necesaria la participación social en su conjunto, se hace imprescindible, por la complejidad del fenómeno que estamos tratando, el abordaje del mismo desde los diferentes recursos especializados, desde la aplicación de un modelo bio-psico-social, así como otros recursos (Servicios Sociales, Atención Primaria de Salud, Asociaciones, etc.), para garantizar la adecuada calidad de las intervenciones, así como la optimización de esfuerzos y recursos.

- **Equidad,** por la que se garantiza la igualdad efectiva de toda la ciudadanía en el acceso a los diferentes programas y servicios, atendiendo a la reducción de las desigualdades que afectan a las personas.

- **Enfoque de género,** por el que se buscará atender a los condicionantes por los cuáles se desarrollan y mantienen las motivaciones hacia el consumo y las conductas adictivas, por parte de las mujeres. Para ello, además de prestar atención

a las diferencias físicas, también se deberán tener en cuenta los factores psicológicos, sociales y culturales que condicionan esas motivaciones, así como eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a programas y servicios preventivos, asistenciales y de incorporación social. La visualización de la conducta adictiva por parte de las mujeres añade, en multitud de ocasiones, una diversidad de situaciones que interaccionan con la misma, como puede ser la presencia de malos tratos por parte de la pareja, cargas familiares no compartidas, baja autoestima, dependencia emocional, ejercicio de la prostitución, etc., y que sitúan a la mujer en una posición de clara desventaja social. El tratamiento de la perspectiva de género se llevará a cabo de forma transversal, incorporándose en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones que se lleven a cabo.

5. ANÁLISIS DE CONTEXTO

5.1. POBLACIÓN

Albacete es el municipio con mayor población de Castilla-La Mancha, con 172.121 habitantes a fecha 1 de enero de 2015. En los últimos diez años y hasta el año 2013¹, ha experimentado un aumento vegetativo positivo, a partir del cual ha ido disminuyendo hasta llegar a la cifra actual. Con una superficie de 1.234 km², tiene una densidad de población de 139,48 habitantes por kilómetro cuadrado.

En relación a la distribución por edad, encontramos que, el 59,01%, posee 35 o más años; que hasta los 14 años se encuentra representada el 16,14% de la población, el 11,15% entre 15 a 24 años y un 13,70% cuya edad está entre 15 y 34 años. En total, las mujeres representan un 51,06% frente a un 48,94% de hombres. Hasta los 39 años, la representación de hombres es mayor para todos los grupos de edad (51,31% de hombres, 48,69% de mujeres), siendo a partir de los 40 años, y también para todos los grupos de edad, cuando el número de mujeres supera al de los hombres (Tabla 1 y Gráfico nº 1).

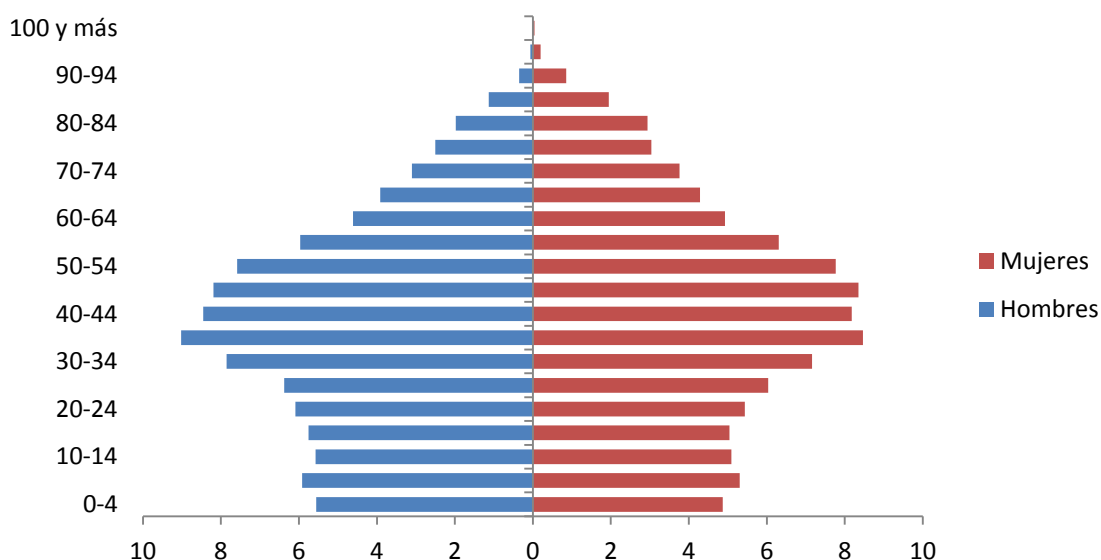
Tabla nº 1: POBLACIÓN DE ALBACETE POR SEXO Y EDAD A 01 DE ENERO DE 2015

EDAD (AÑOS)	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0-4	4.681	4.281	8.962
5-9	4.981	4.663	9.644
10-14	4.694	4.477	9.171
15-19	4.845	4.431	9.276
20-24	5.128	4.779	9.907
25-29	5.374	5.306	10.680
30-34	6.614	6.294	12.908
35-39	7.600	7.443	15.043
40-44	7.121	7.184	14.305
45-49	6.901	7.338	14.239
50-54	6.388	6.826	13.214
55-59	5.027	5.545	10.572
60-64	3.882	4.327	8.209
65-69	3.300	3.769	7.069
70-74	2.615	3.303	5.918
75-79	2.106	2.671	4.777
80-84	1.665	2.582	4.247
85-89	950	1.708	2.658
90-94	294	751	1.045
95-99	55	175	230
100 y más	12	35	47
TOTAL	84.233	87.888	172.121

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Si nos centramos en la población menor de 30 años, encontramos que representa un 33,49% del total y, si acotamos ésta entre los 15 y 29 años, obtenemos un 17,35% de jóvenes (51,39% de hombres y 48,61% de mujeres).

Gráfico nº 1: Distribución de la población del municipio de Albacete, por sexo y grupos de edad. Año 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Un 94,89% de la población es de nacionalidad española y, un 5,11%, de nacionalidad extranjera. Si analizamos los últimos 10 años (desde el año 2006), encontramos que la población española experimenta un aumento anual progresivo; al contrario, la población extranjera aumenta anualmente hasta el año 2009 y disminuye gradualmente a partir de esa fecha.

Las mayores representaciones son, por este orden, de Rumanía y Bulgaria entre quien procede de la Unión Europea; de Ucrania y Rusia, de Europa no Comunitaria; Marruecos y Senegal, procedentes de África; Bolivia y Colombia, de América; China, entre las personas asiáticas, y una mínima representación (3 personas), de Oceanía.

La atención a la población desde los Servicios Sociales municipales se encuentra territorializada en 6 zonas, constituidas a su vez por distintos barrios y disponiendo, cada una de ellas, de un equipo de Servicios Sociales, con sede en otros tantos centros socioculturales. En relación a la población residente en pedanías, esta también es atendida por otro equipo de Servicios Sociales. De la misma forma, los asentamientos y ocupaciones irregulares son atendidos por el Centro de Atención Integral a Personas sin Hogar (Tabla nº 2 y Gráfico nº 2).

Tabla nº 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ZONA DE SERVICIOS SOCIALES. MUNICIPIO DE ALBACETE, 1 DE ENERO DE 2016*

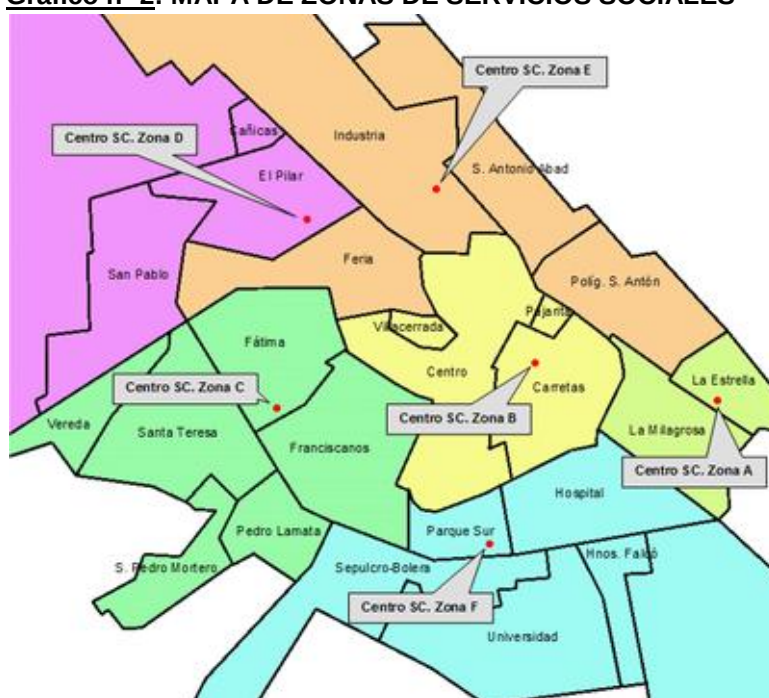
ZONA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
A	2.624	2.509	5.133
B	13.554	15.313	28.867
C	21.739	22.627	44.366
D	14.655	14.777	29.432
E	16.702	17.532	34.234
F	12.008	12.405	24.413
P**	3.550	3.203	6.753
TOTAL	83.799	87.385	171.184

Fuente: Padrón Municipal

*No se incluye la población de la Entidad Local Menor Aguas Nuevas, por no ser competencia de los Servicios Sociales Municipales

**Corresponde a Pedanías del municipio

Gráfico nº 2: MAPA DE ZONAS DE SERVICIOS SOCIALES



5.2. EMPLEO

La tasa de paro en el municipio, en el mes de mayo de 2016, es de un 19,46%, afectando a un total de 16.220 personas y distribuida en un 41,07% en hombres y, en un 58,93%, en mujeres. A nivel general, un 9,47% de las personas sin empleo son menores de 25 años, un 46,21% tienen entre 25 y 44 años y, un 44,32%, son mayores de 45 años. Haciendo la distribución por sexos podemos encontrar que, entre los hombres, dicha tasa afecta en un 12,01% a los menores de 25 años, a un 45,07% entre 25 y 44 años y en un 42,92% entre los mayores de 45 años; entre las mujeres, si bien en general la tasa es mayor que en hombres, al mismo tiempo es más reducida en el tramo de edad menores de 25 años, con un 7,70% y, es a partir de esta edad, cuando aumenta muy significativamente, con un 47% entre las que

tienen entre 25 y 44 años, y un 45,30% en mayores de 45 años (Servicio Público de Empleo Estatal).

Por sectores de actividad económica, el sector servicios es el que más paro acumula, con un 66,69% del total y le siguen, por orden, un 9,25% del sector de Industria, un 7,65% del sector Construcción y un 4,76% de Agricultura. Las personas que no disponían de empleo anterior constituyen un 11,65% (Servicio Público de Empleo Estatal. Tabla nº 3).

Tabla nº 3: TASA DE PARO. MUNICIPIO DE ALBACETE, MAYO 2016

		Hombres	Mujeres	Total
Edad	Menores de 25 años	800	736	1.536
	Entre 25 y 44 años	3.002	4.493	7.495
	45 años y más	2.859	4.330	7.189
	Total	6.661	9.559	16.220
Sector económico	Agricultura	518	254	772
	Industria	736	764	1.500
	Construcción	1.038	203	1.241
	Servicios	3.760	7.058	10.818
	Sin empleo anterior	609	1.280	1.889
	Total	6.661	9.559	16.220

Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal

5.3. EDUCACIÓN

En el municipio encontramos una distribución de centros que abarcan los diversos niveles educativos, desde la educación infantil, primaria, secundaria, formación profesional, bachillerato y universitaria, hasta la educación en otras áreas como música, danza, idiomas, personas adultas, etc. Dichos centros son, en su mayoría, de carácter público, si bien existen algunos centros de carácter concertado y/o privado.

5.4. RED ASOCIACIONISTA Y RECURSOS

5.4.1. Red Asociativa

Albacete posee un extenso número de asociaciones inscritas en el registro municipal de asociaciones, concretamente 493. Estas son de muy diversa índole, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla nº 4: ASOCIACIONES INSCRITAS EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE ASOCIACIONES. AYUNTAMIENTO DE ALBACETE, JUNIO 2016

TIPO	NÚMERO
Culturales	146
Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as (AMPAS)	65
Vecinales	40
Mujeres	35
Deportivas	34
Sociosanitarias	30
Tercera Edad	29
Cooperación Internacional	26
Educativas	19
Discapacidad	19
Juveniles	17
Inmigrantes	7
Protección Animal	6
Medioambientales	3
Consumidores/as	1
Otras	16
TOTAL	493

Fuente: Registro Municipal de Asociaciones

5.4.2. Recursos de Acción Social Municipal

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

- Centros Socioculturales: 30
- Unidad de Conductas Adictivas (sólo local): 1
- Centro de Atención Integral a Personas Sin Hogar (CAIPSH): 1
- Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género: 1
- Centro de la Mujer: 1
- Centro de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia: 1
- Centro Joven: 1
- Casa de la Solidaridad: 1
- Centros de Mayores: 6
- Otras dependencias: 10

5.4.3. Recursos específicos sobre drogas y otras conductas adictivas

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

- Unidad de Conductas Adictivas (UCA)
- Unidad de Hospitalización Breve (UHB)
- Unidad de Drogas de la Dirección Provincial de la Consejería de Sanidad
- Fundación Atenea
- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados y otras Adicciones de Albacete y sus Familiares (ARALBA)
- Asociación Espíritu y Vida
- Mediación Jurídica Drogodependencias. Cáritas Diocesana de Albacete
- Centro de Día de Proyecto Hombre Castilla-La Mancha
- Comunidad Terapéutica “La Casa del Alfarero”
- Alcohólicos Anónimos
- Jugadores Anónimos de Albacete
- Narcóticos Anónimos
- Grupos de Familia “Al-Anon”
- Grupos de Familia “Gam-Anom”
- Familias Anónimas

5.5. POBREZA

Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)⁴, la tasa de riesgo de pobreza en España, en el año 2015, se sitúa en el 22,1% mientras que, en Castilla-La Mancha, fue de un 28,5%, algo más de un 6% por encima de la tasa nacional (Tabla nº 5).

Tabla nº 5: TASA DE RIESGO DE POBREZA⁵: ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA. 2015

	Tasa de riesgo de pobreza	Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado)
España	22,1	19,5
Castilla-La Mancha	28,5	23,8

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida

⁴ Dato correspondiente al año 2015

⁵ Tasa de riesgo de pobreza. Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado)(año anterior a la entrevista)

La definición de renta del hogar incluye el alquiler imputado. El alquiler imputado se aplica a los hogares que no pagan un alquiler completo por ser propietarios o por ocupar una vivienda alquilada a un precio inferior al de mercado o a título gratuito. El valor que se imputa es el equivalente al alquiler que se pagaría en el mercado por una vivienda similar a la ocupada, menos cualquier alquiler realmente abonado. Asimismo se deducen de los ingresos totales del hogar los intereses de los préstamos solicitados para la compra de la vivienda principal. Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de las personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

Si analizamos la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social según el indicador AROPE, el cual combina tres conceptos (riesgo de pobreza, la carencia material y la baja intensidad en el empleo, de acuerdo con la Estrategia Europea 2020, observamos que la población afectada por al menos una de estas tres situaciones, asciende a un 28,6% a nivel nacional, así como a un 36,7% en Castilla-La Mancha, algo más de un 8% por encima de la tasa nacional (Tabla nº 6).

**Tabla nº 6: TASA DE RIESGO DE POBREZA O EXCLUSIÓN SOCIAL (ESTRATEGIA EUROPEA 2020)⁶
ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA. 2015**

España	28,6
Castilla-La mancha	36,7

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida

5.6. RENTA FAMILIAR

También la Encuesta de Condiciones de Vida, anteriormente mencionada, proporciona información respecto a la renta media anual por hogar familiar, la cual, en Castilla-La Mancha, asciende a 21.939 euros (año 2015), casi un 16% inferior a la nacional, que asciende a 26.092 euros. Si tenemos en cuenta la renta media por hogar, con alquiler imputado, la media por hogar familiar en Castilla-La Mancha es de 25.615 euros, mientras que la media española se sitúa en 30.031 euros.

Tabla nº 7: RENTA ANUAL MEDIA⁷ POR HOGAR. ESPAÑA Y CASTILLA-LA MANCHA, 2015 (€)

	Renta media por hogar	Renta media por hogar (con alquiler imputado)
España	26.092	30.031
Castilla-La Mancha	21.939	25.615

Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida

⁶ La población en riesgo de pobreza o exclusión social es aquella que está en alguna de estas situaciones:

- ✓ En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo).
- ✓ En carencia material severa (con carencia en el menos 4 conceptos de una lista de 9).
- ✓ En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia).

⁷ Al año anterior a la entrevista

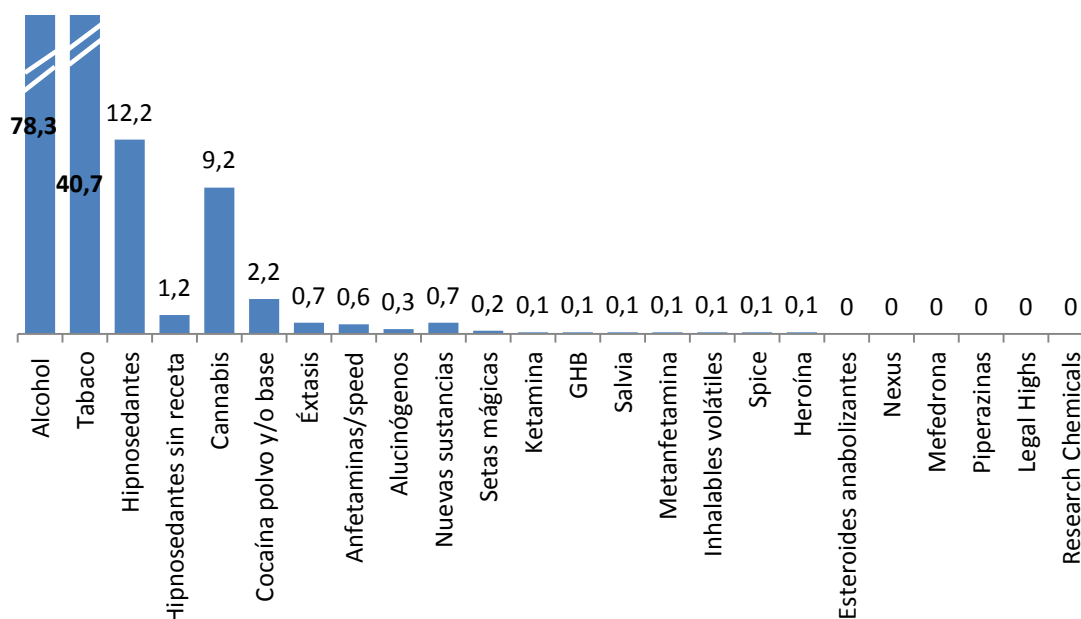
6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

6.1. EVOLUCIÓN GENERAL Y CONSUMOS DE SUSTANCIAS ACTUALES

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

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

Gráfico nº 3: Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Los últimos resultados obtenidos indican que, en nuestro país, las denominadas sustancias psicoactivas legales (alcohol, tabaco, hipnosedantes) siguen siendo las más consumidas por la población de 15 a 64 años si bien una de ellas, el alcohol, posee una prevalencia de consumo, además de muy elevada (entorno al 80%), muy destacada respecto a la siguiente, el tabaco. Por otra parte, los hipnosedantes

continúan ocupando el tercer lugar de las sustancias más consumidas, desplazando en este puesto al cannabis, tal y como ya ocurrió en los estudios realizados en los últimos dos años.

De entre las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo.

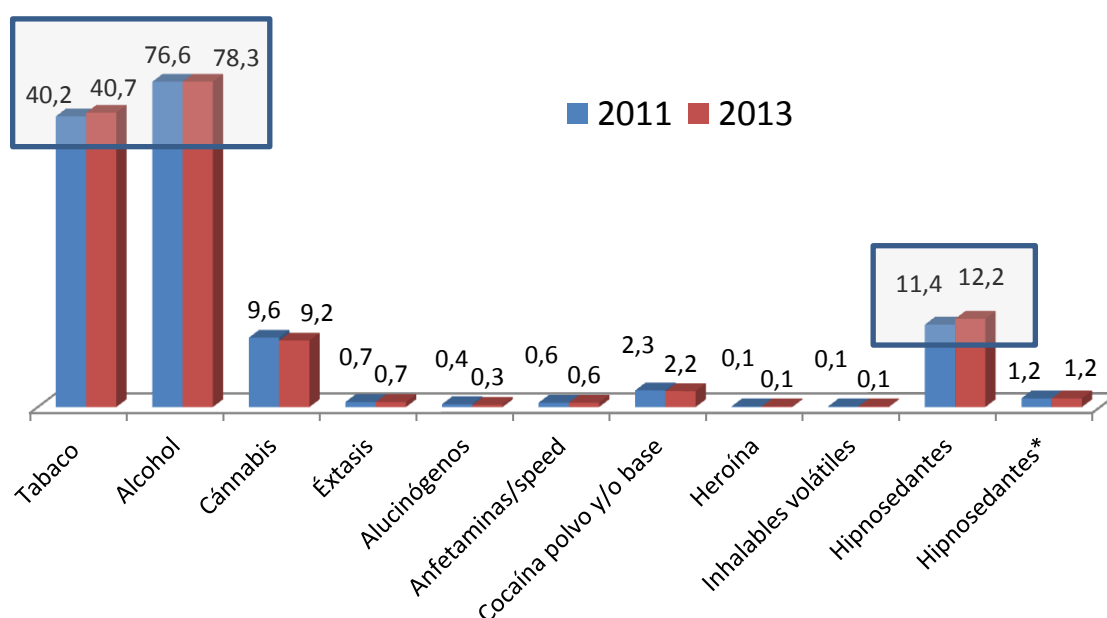
A observar la evolución de consumo de las denominadas “nuevas sustancias”, que si bien en su conjunto la utilizan un 0,7% de consumidores, a nivel individual tienen una prevalencia escasa.

El consumo de inhalables volátiles y heroína continúa en un nivel residual (Gráfico nº 3).

Respecto al año 2011 ha aumentado la prevalencia de consumo en las drogas legales, siendo el incremento del consumo de alcohol el más destacado; en el resto de sustancias, el consumo se ha estabilizado o bien encontramos un ligero descenso.

De entre las sustancias ilegales, el cannabis es la sustancia más consumida (Gráfico nº 4).

Gráfico nº 4: Prevalencia del consumo de drogas en la población española de 15-64 años (porcentajes). Comparativa 2011-2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI
*Hipnosedantes sin receta

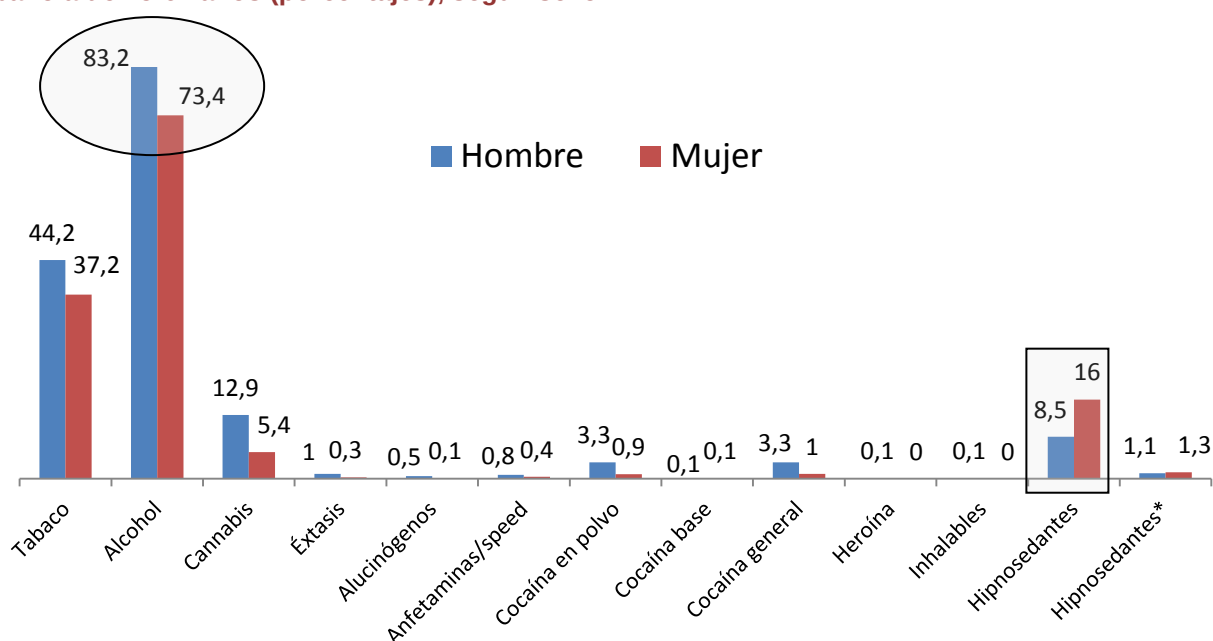
En cuanto a las diferencias según sexo, los datos de consumo en los últimos 12 meses confirman que éste es mayor entre los hombres para todas las sustancias,

excepto para los hipnosedantes, donde el consumo en mujeres casi duplica al de los hombres. Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

El consumo de alcohol y tabaco continúa manteniéndose en unas prevalencias muy altas.

El alcohol es, con diferencia, la sustancia más consumida en nuestro país por ambos sexos (Gráfico nº 5).

Gráfico nº 5: Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes), según sexo.

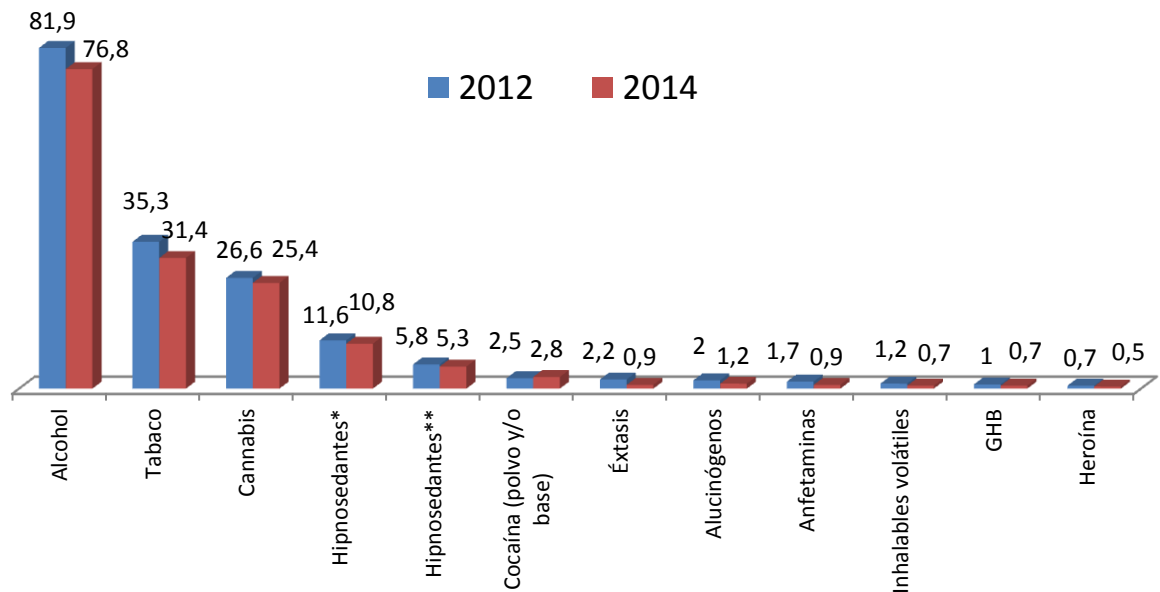


Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

*Hipnosedantes sin receta

Si nos centramos en la población estudiante de 14 a 18 años, los resultados nos indican que, en los últimos dos períodos analizados, ha habido una disminución generalizada en el consumo de todas las drogas, excepto en cocaína, en el que existe un ligero aumento (Gráfico nº 6). Las sustancias más consumidas son, al igual que en población general, el alcohol, el tabaco, el cannabis y los hipnosedantes, si bien entre la población estudiantil el cannabis se configura como la tercera sustancia más consumida, con una prevalencia mayor que los hipnosedantes. El consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres y, a diferencia de la población general, el consumo de alcohol y tabaco es mayor en mujeres que en hombres. En esta franja de edad, las mujeres también consumen más hipnosedantes que los hombres, casi el doble (Gráfico nº 7).

Gráfico nº 6: Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes). Comparativa 2012-2014.

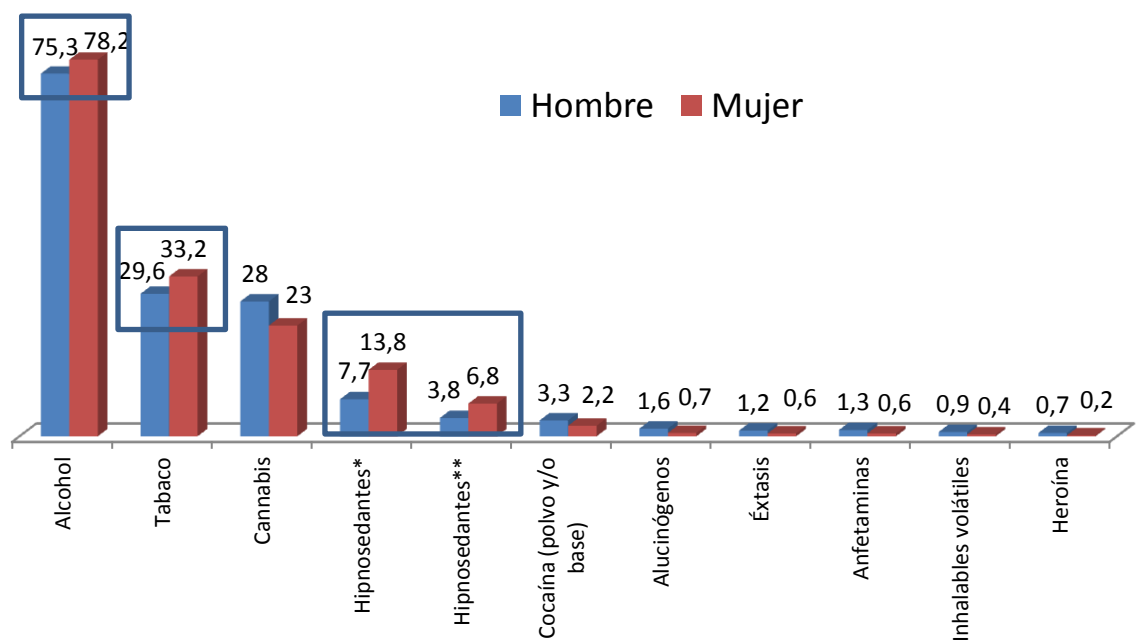


Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

*Hipnosedantes con o sin receta

**Hipnosedantes sin receta

Gráfico nº 7: Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes), según sexo.



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

*Hipnosedantes con o sin receta

**Hipnosedantes sin receta

Respecto al consumo de drogas en población general, en las últimas dos décadas, encontramos que el consumo de sustancias ilegales, salvo cocaína y cannabis, ha descendido significativamente, si bien el consumo de éstas últimas también presenta una disminución si nos atenemos a la última década.

En relación a las drogas legales, el consumo de alcohol se encuentra estabilizado en prevalencias muy altas; el consumo de hipnosedantes ha aumentado significativamente en la última década y, el consumo de tabaco, ha descendido, también de forma significativa, en los últimos 20 años (Tabla nº 8).

Tabla nº 8: Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España 1995-2013.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL En los últimos 12 meses ESPAÑA 1995-2013										
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2
Hipnosedantes	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2
Hipnosedantes*	-	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	-	1,2
Cocaína polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3
Anfetaminas/Speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

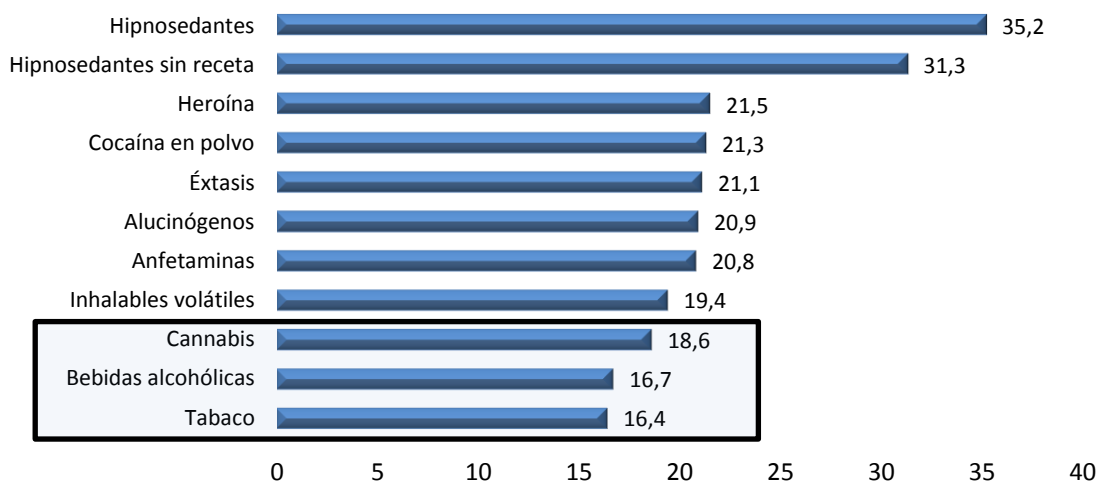
Fuente: Encuesta sobre drogas en población general (EDADES). Plan Nacional de Drogas y Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. CS y AS

*Tranquilizantes y/o somníferos sin receta médica. Hipnosedantes sin receta

Las sustancias de inicio de consumo más temprano en la población general son las sustancias legales, alcohol y tabaco. El cannabis ocupa el tercer lugar, si bien la media de edad, en este caso, ya alcanza la mayoría legal. Al contrario, los hipnosedantes, a pesar de ser legales, son la sustancia en la que se tarda más en acceder a ella (en torno a los 31-35 años de media).

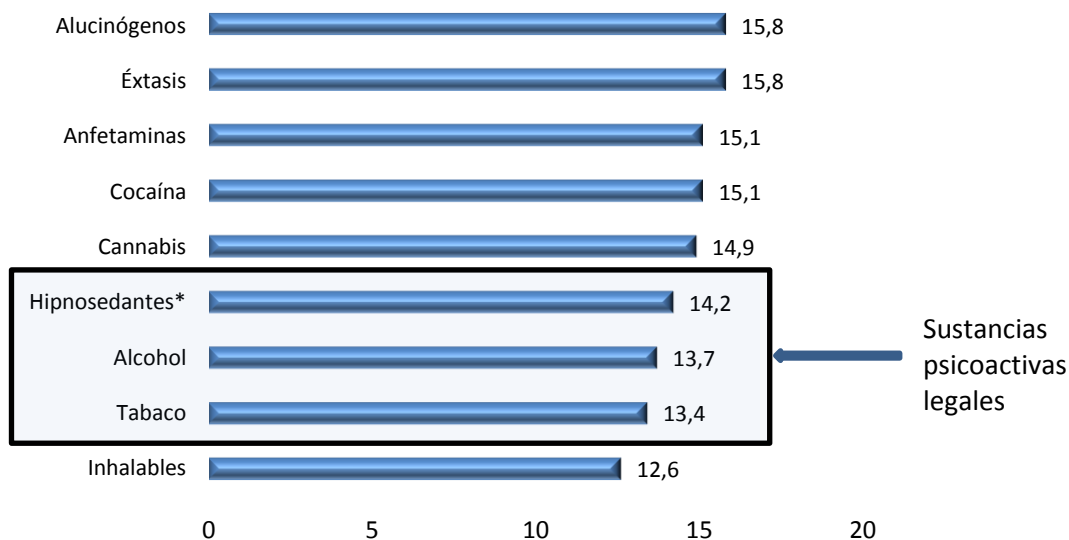
Si analizamos la edad media de inicio entre menores de edad, ésta disminuye considerablemente para todas las sustancias. Entre los menores de Castilla-La Mancha, los inhalables volátiles se configuran como la sustancia de inicio más temprano, seguida de las sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes), lo que llama la atención la disponibilidad de éstas últimas, a pesar de existir una legislación muy restrictiva al respecto (Gráficos nº 8 y nº 9).

Gráfico nº 8: Edad media de inicio de consumo de sustancias psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 9: Edad media de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.



Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

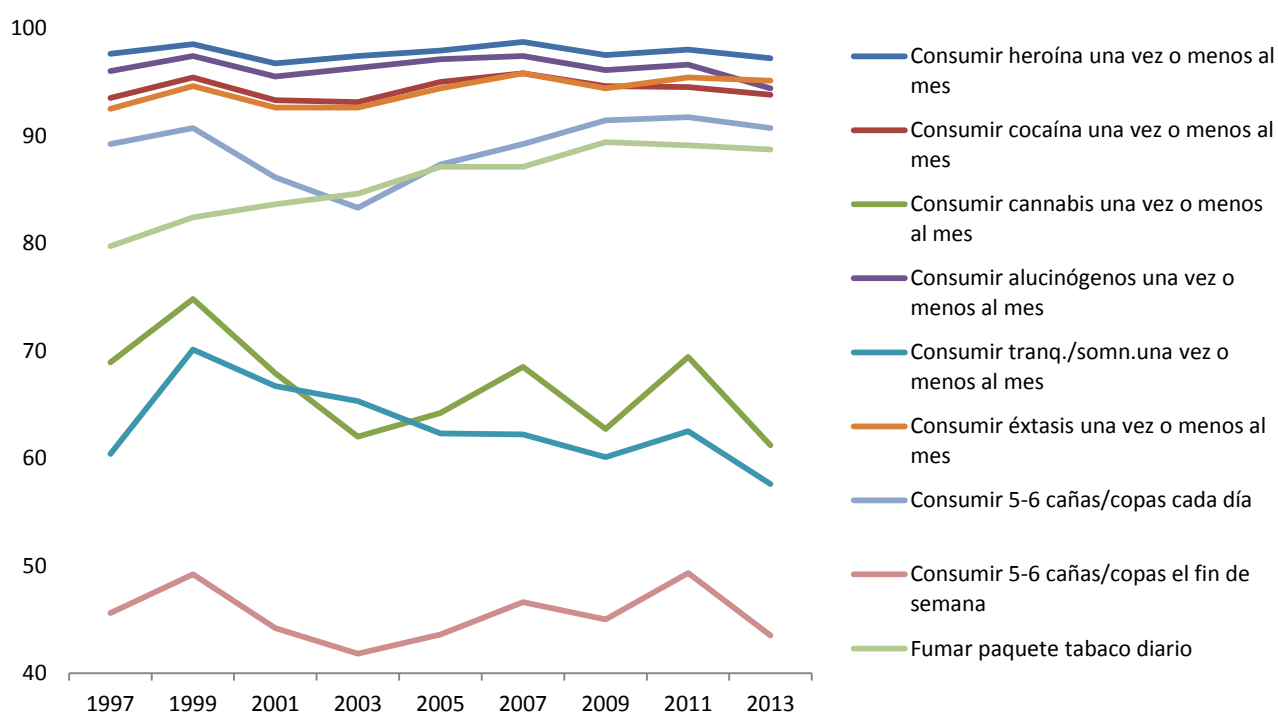
*Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica.

Tal y como viene siendo constante en la serie histórica, se sigue percibiendo al consumo de heroína, cocaína, alucinógenos y éxtasis como el de mayor riesgo. Respecto al alcohol, solamente se percibe un alto riesgo si el consumo es diario y abundante; sin embargo, en consumos altos pero espaciados, es la sustancia con menor riesgo percibido.

Por otra parte, los cambios aplicados en la legislación, así como el tratamiento que se le ha dado al tabaco, hacen que cada vez se perciba con mayor intensidad el riesgo ante el consumo del mismo.

De las sustancias ilegales, el cannabis es la sustancia con menor riesgo percibido ante su consumo, muy parecido al que se percibe por el consumo de hipnosedantes, que son sustancias legales (Gráfico nº 10).

Gráfico nº 10: Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2013.

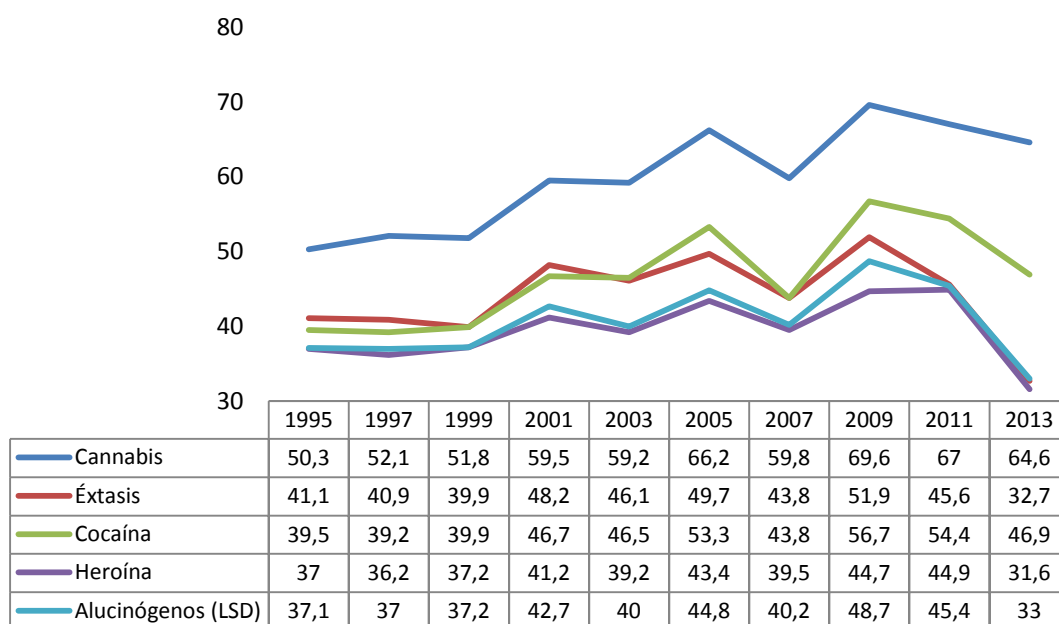


Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Si bien desde el año 2009 se aprecia un descenso generalizado en la percepción de disponibilidad de las sustancias psicoactivas ilegales, tanto el cannabis como la cocaína son las sustancias que parecen ser las más fáciles de conseguir. A pesar del descenso comentado, estas dos sustancias son las únicas que, respecto al inicio de la serie histórica, han aumentado dicha percepción de disponibilidad.

La percepción de disponibilidad de las sustancias heroína, éxtasis y alucinógenos ha disminuido considerablemente, aunque aproximadamente un tercio de la población considera que el obtenerlas en 24 horas es fácil o muy fácil (Gráfico nº 11).

Gráfico nº 11: Evolución de la percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

6.2. CONSUMO POR TIPO DE SUSTANCIA

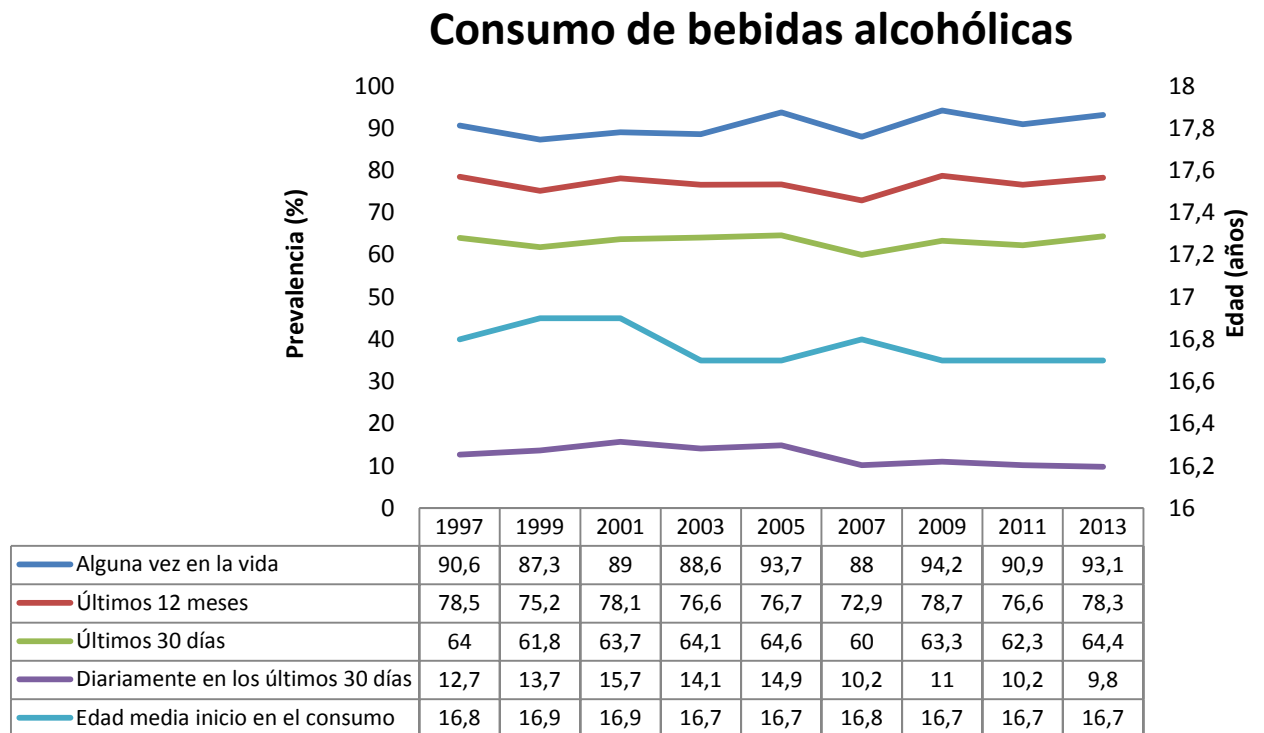
6.2.1. Alcohol

Como ya se ha comentado, el alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva más consumida tanto por la población de enseñanza secundaria como por la población general. En ésta última, observamos que las tendencias de consumo de bebidas alcohólicas desde el inicio de la serie histórica se encuentran estabilizadas, si bien en unos niveles muy elevados y con un leve ascenso en el consumo respecto al año 2011 (Gráfico nº 12).

Diariamente, 1 de cada 10 personas beben alcohol.

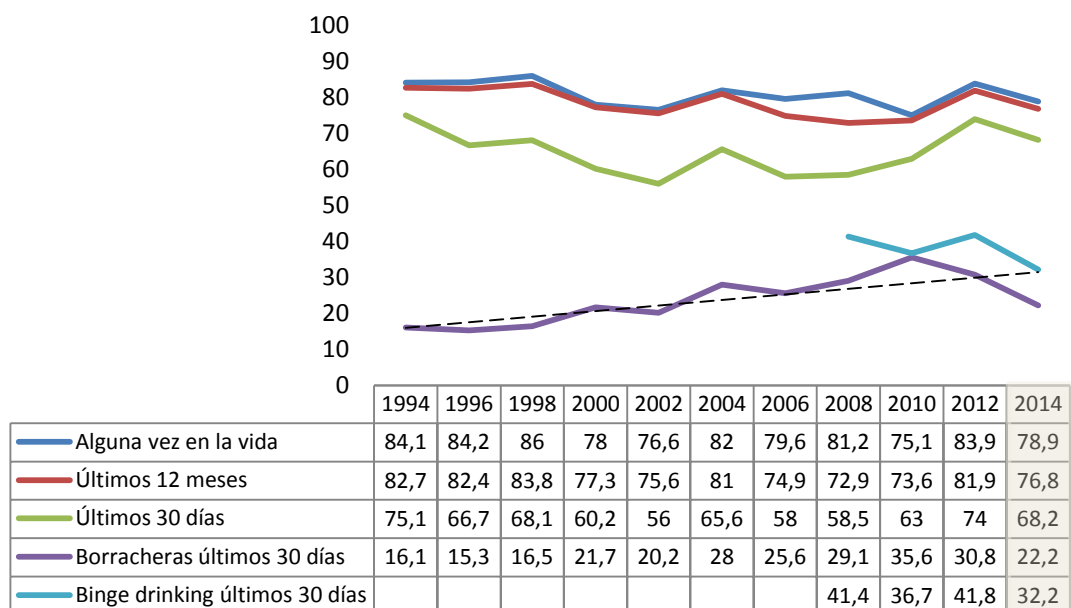
También estabilizada la edad media de inicio, en esta sustancia, en 16,7 años (Gráfico nº 12), si bien en población estudiante de enseñanzas secundarias, de 14 a 18 años, la última media de edad registrada se sitúa en torno a los 13,9 años (ESTUDES 2012).

Gráfico nº 12: Evolución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y edad media de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (porcentajes). España 1997-2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 13: Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes). Comparativa 2012-2014.

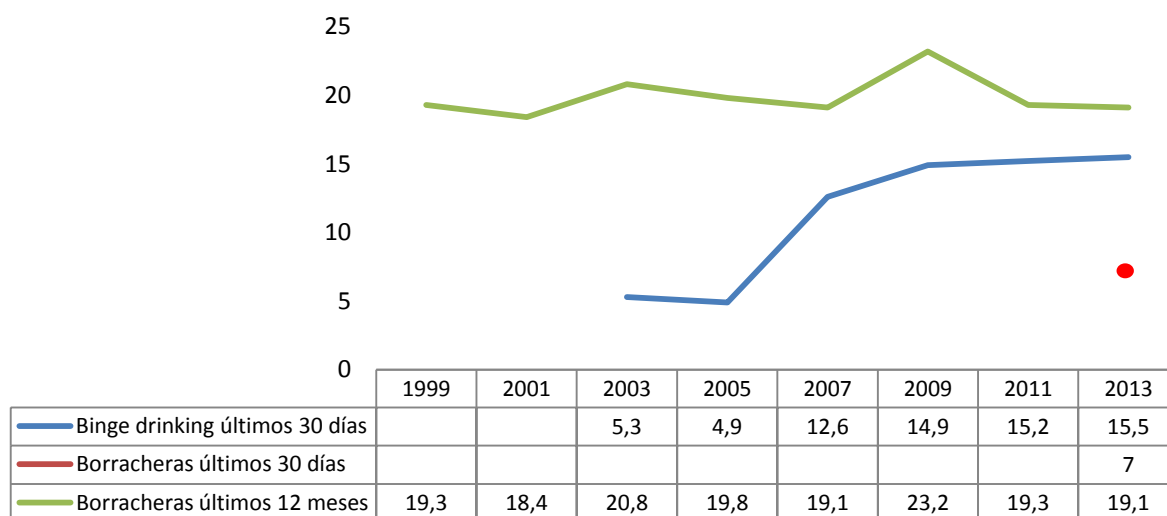


Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

En población joven, de 14 a 18 años, las prevalencias de consumo de alcohol son, a igual que en población adulta, elevadas y con una tendencia estable. Sin embargo, se observa un descenso en cuanto al consumo intensivo, ya sea consumo en borrachera o consumo en atracón (binge drinking) (Gráfico nº 13).

Aún así, en el último año (2014), se han iniciado en el consumo de alcohol 285.700 estudiantes de 14 a 18 años (131.100 hombres y 154.600 mujeres) (ESTUDES 2014/15).

Gráfico nº 14: Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en atracón (binge drinking) y de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en la población de 15-64 años en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses (porcentajes). España 1999-2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

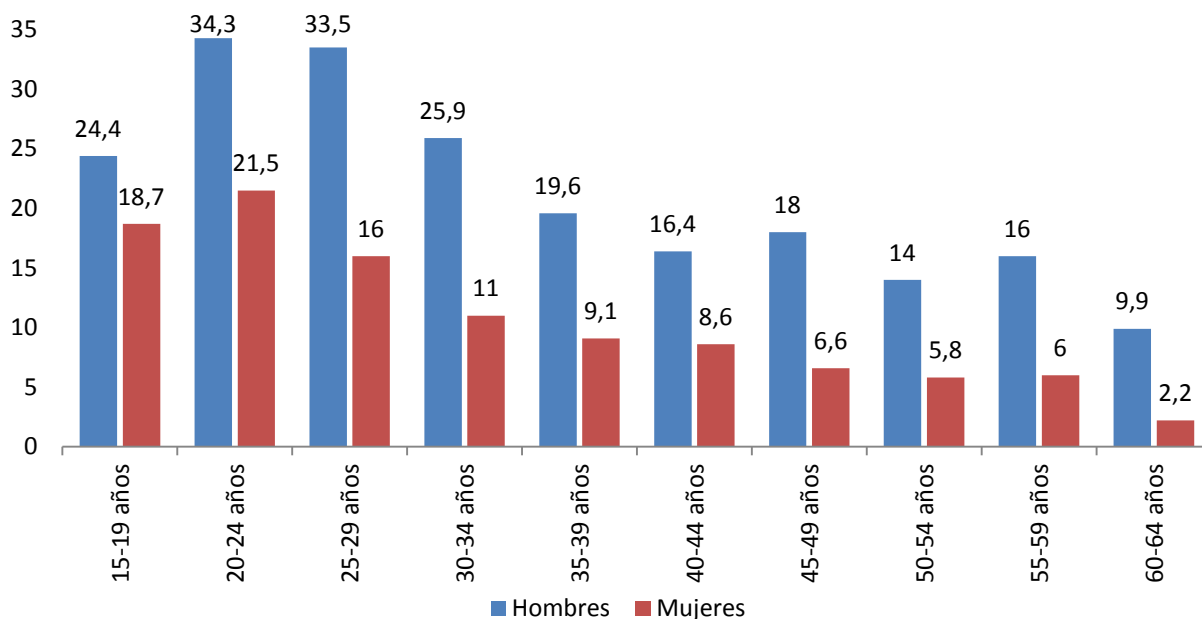
En población adulta se encuentra estabilizado tanto el consumo en atracón como las borracheras, si bien éste último aspecto indica que 2 de cada 10 personas se han emborrachado en el último año (Gráfico nº 14). Castilla-La Mancha es la Comunidad Autónoma donde la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses es la más baja de España (EDADES 2013/2014).

Respecto al consumo en atracón o *binge drinking*, en el último mes, éste se concentra en su mayor parte en la población entre 15 y 34 años, siendo la franja de 20 a 29 años la de mayor prevalencia, donde lo practican aproximadamente 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres (Gráfico nº 15); entre la población más joven, esta prevalencia aumenta a partir de los 16 años, llegando hasta algo más del 50% a los 18 años (Gráfico nº 16).

También en el último mes, el consumo de alcohol hasta la intoxicación (borrachera) es más prevalente en hombres que en mujeres, siendo la franja de 15 a 29 años la más utilizada por ambos sexos (Gráfico nº 15).

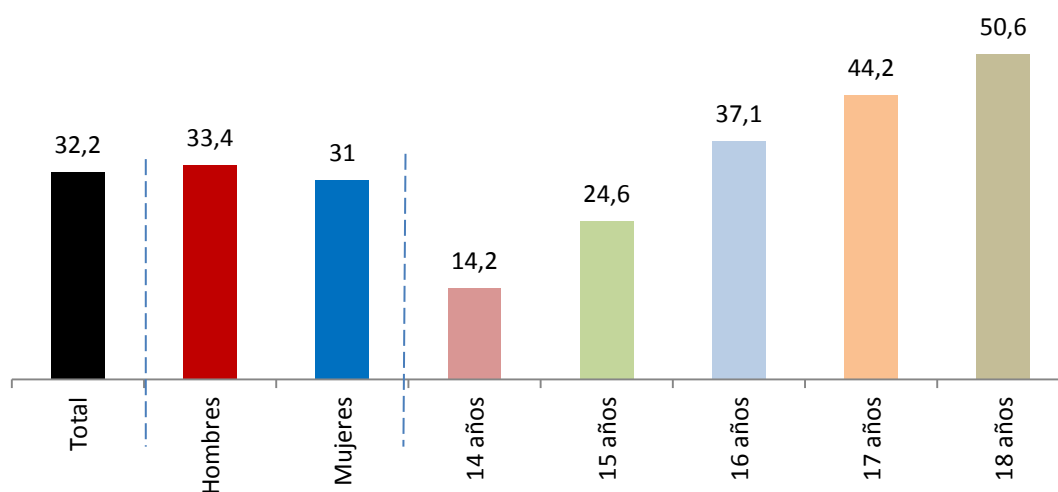
Entre estudiantes de enseñanzas secundarias, tanto en el consumo por atracón como el consumo hasta la intoxicación etílica, la prevalencia aumenta significativamente a partir de los 16 años y es más intensiva que entre la población general, siendo la prevalencia por sexos en ambos tipo de consumo muy similar, aunque algo superior en hombres (Gráficos nº 15 y nº 16).

Gráfico nº 15: Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (porcentajes). España 2013.



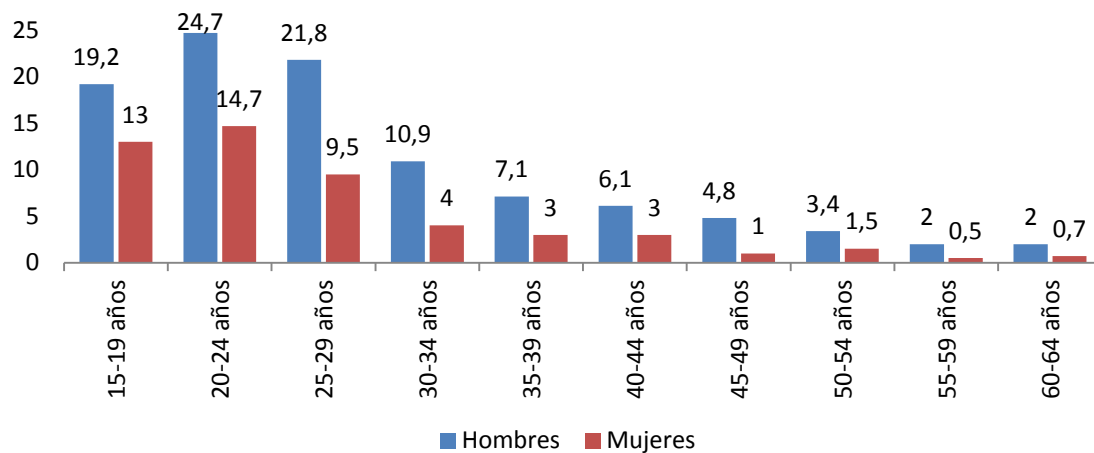
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 16: Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes).



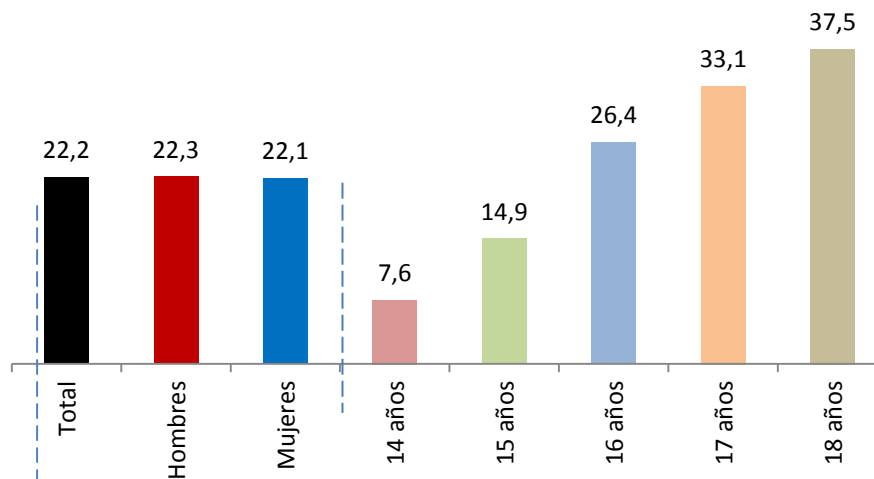
Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 17: Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España 2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 18: Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes).

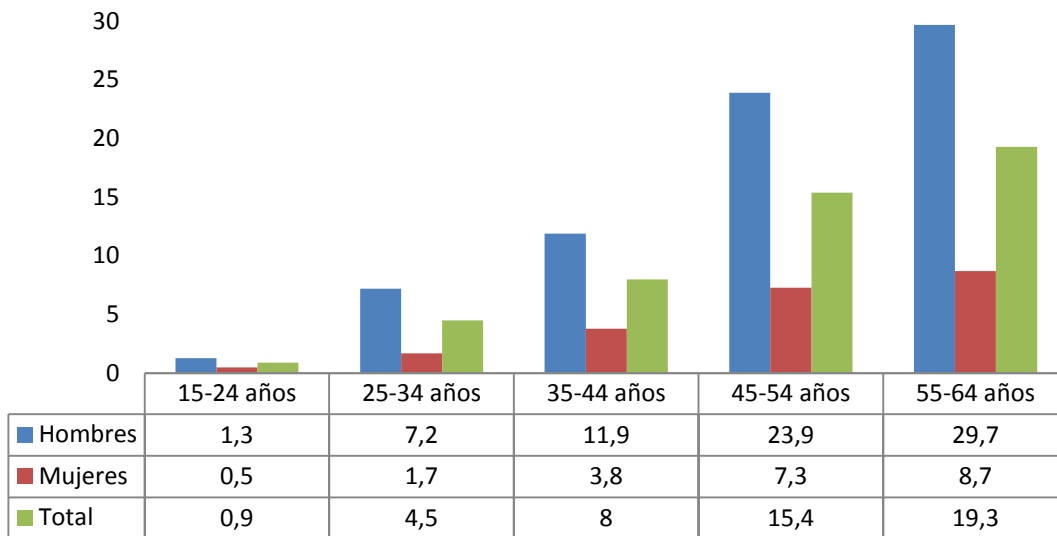


Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Sin embargo, el consumo diario de bebidas alcohólicas está más instaurado entre la población mayor de 45 años, donde a partir de dicha edad se duplica la prevalencia de consumo, tanto en mujeres como hombres, aunque más acusado entre estos últimos (Gráfico nº 19).

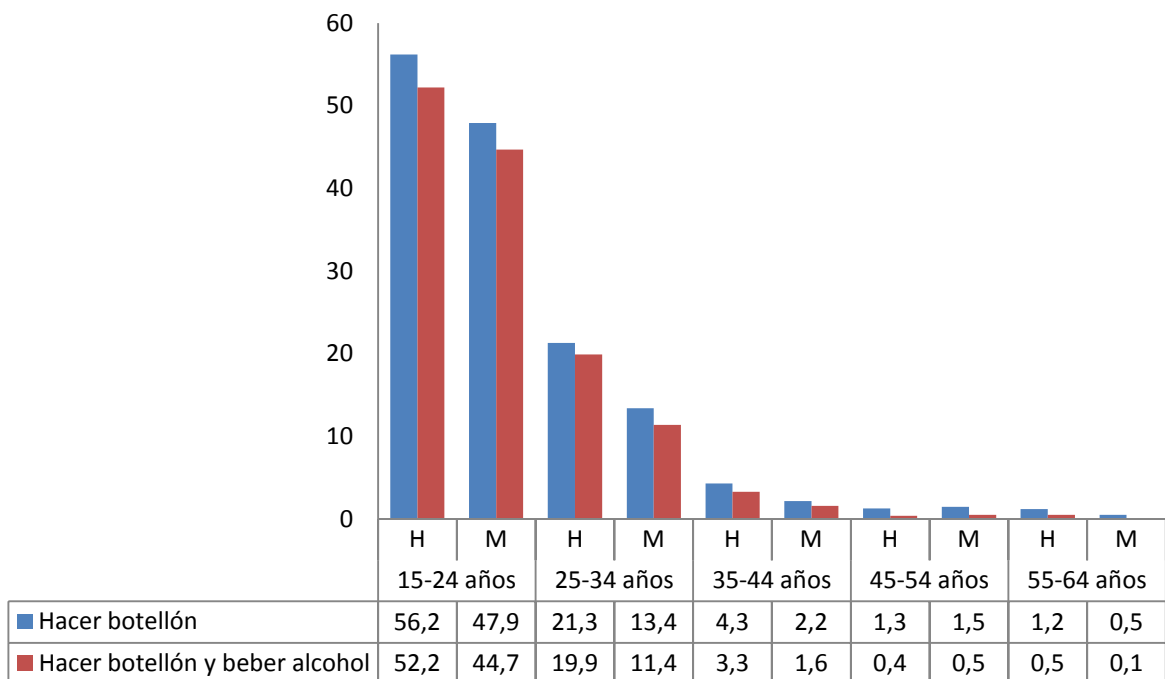
Al contrario de lo anterior, la práctica del botellón se concentra en mayor proporción entre la población adulta más joven (15 a 24 años), existiendo una correlación muy alta entre hacer botellón y consumir alcohol en el mismo, para ambos sexos (Gráfico nº 20). Correlacionando con lo anterior, entre la población de 14 a 18 años, las mayores prevalencias están entre la población joven más adulta (16 a 18 años), donde la prevalencia vuelve a ser bastante más elevada que la de la población general (Gráfico nº 21).

Gráfico nº 19: Prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes. España, 2013).



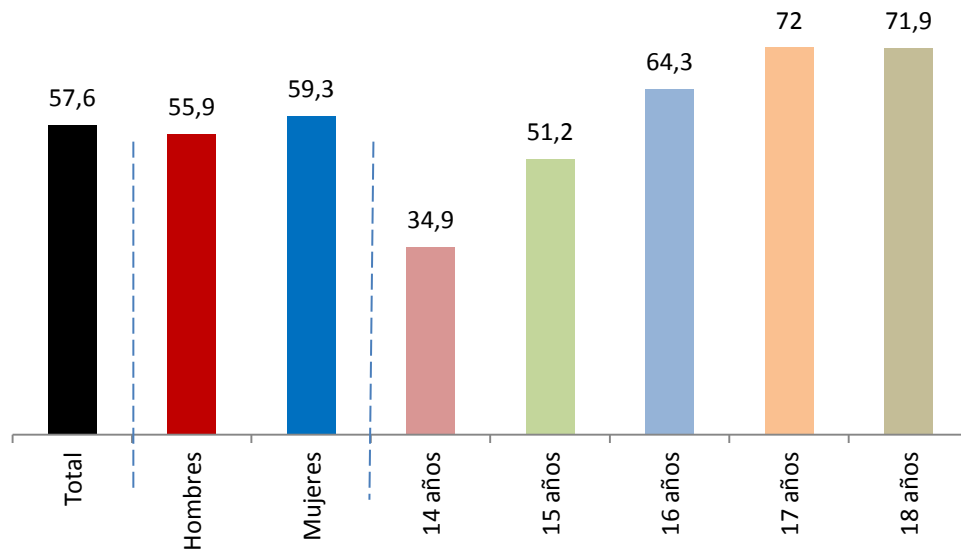
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 20: Prevalencia de hacer botellón y del consumo de bebidas alcohólicas en botellones, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes. España, 2013).



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI
H: Hombres; M: Mujeres

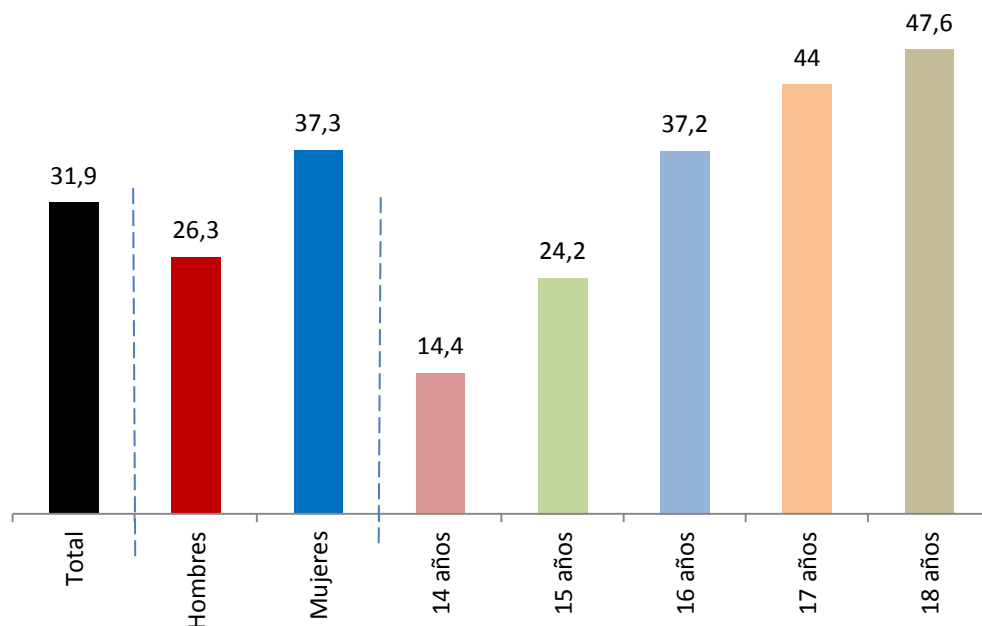
Gráfico nº 21: Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en botellones en los últimos 12 meses en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes).



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Los consumos intensivos (atrachón, borracheras), así como la realización de botellón entre la población de 14 a 18 años, suele realizarse principalmente en el fin de semana (consumo recreativo). Esta forma de consumir en tan poco tiempo hace que aumenten los consumos de riesgo, siendo mayoritarios de los 16 a los 18 años y afectando principalmente a las mujeres (Gráfico nº 22).

Gráfico nº 22: Prevalencia de consumo de riesgo* de alcohol, en fin de semana, en la población española de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (porcentajes).



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

*Consumo de riesgo: >49 cc/d en hombres y >29 cc/d en mujeres

Tabla nº 9: Evolución del consumo de alcohol en población general. España-Castilla-La Mancha, 2005-2013.

ALCOHOL	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida					
Castilla La Mancha	91,9	83,4	90,6	92,5	90,8
España	93,7	88	94,2	90,9	93,1
Alguna vez en los últimos 12 meses					
Castilla La Mancha	71,3	62,6	72,9	74,6	66,8
España	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3
Alguna vez en los últimos 30 días					
Castilla La Mancha	60,4	52	56,9	60,7	53,8
España	64,6	60	63,3	62,3	64,4
Consumo diario					
Castilla La Mancha	12	11,2	10,1	9,3	10,6
España	14,9	10,2	11	10,2	9,8

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general (EDADES). Plan Nacional de Drogas y Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

En comparación con los consumos de alcohol a nivel nacional, en población general, en la Comunidad de Castilla-La Mancha la prevalencia de consumo es menor para todos los indicadores temporales, excepto el consumo diario, que es mayor. Igualmente, la evolución en el consumo en nuestra Comunidad presenta una disminución del mismo, salvo en el consumo diario, que en 2013 rompe la tendencia a la baja de los últimos 6 años (Tabla nº 9).

No solamente la prevalencia del consumo es menor en Castilla-La Mancha para todos los indicadores temporales (salvo el citado consumo diario), sino que, teniendo en cuenta el consumo de alcohol realizado en los últimos 30 días, somos la segunda Comunidad Autónoma (tras Cantabria y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) con un consumo más bajo (EDADES 2013/2014). Aún así, la prevalencia de consumo de alcohol sigue siendo muy elevada.

No sigue la misma evolución la población estudiante de 14 a 18 años en Castilla-La Mancha, donde todas las prevalencias de consumo de todos los indicadores temporales, son más elevadas que respecto a la población del resto de España, habiendo, además, un repunte del consumo a partir del año 2010 (Tabla nº 10).

Tabla nº 10: Evolución del consumo de alcohol en estudiantes de 14 a 18 años. España-Castilla-La Mancha, 2006-2012.

ALCOHOL	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Castilla-La Mancha	84,8	82,8	80,5	87,3	81,8	75,3	71,6	84,9	68,6	63,6	63,5	79,7
España	79,6	81,2	75,1	83,9	74,9	72,9	73,6	81,9	58	58,5	63	74

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas (ESTUDES). Plan Nacional de Drogas y Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

En nuestra Comunidad, si comparamos la población de 15-64 años (año 2013) con la de 14-18 años (año 2012), observamos que la prevalencia de consumo de esta última, para todos los indicadores temporales y distintos tipos de consumo (borrachera y atracón), es significativamente más alta. Si en la población general el consumo es más alto en el hombre en todos los indicadores, en la población juvenil cambia esta tendencia, ya que es la mujer la que tiene una mayor prevalencia de consumo y de intoxicaciones etílicas, siendo el consumo en atracón mayoritario entre los hombres de 14 a 18 años Tabla nº 11).

En Castilla-La Mancha, si bien los consumos de alcohol son mayoritarios entre la población de 25 a 34 años, dicho consumo está bastante extendido entre todas las franjas de edad, con unas altas prevalencias (Tabla nº 12).

Tabla nº 11: Consumo intensivo de alcohol según sexo en población general y población estudiante de Castilla-La Mancha, 2012, 2013.

CONSUMO ÚLTIMO MES Y CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO EN POBLACIÓN GENERAL Y ESTUDIANTE DE CASTILLA LA MANCHA 2012 Y 2013 (%)						
	Población general de 15 a 64 años (2013)			Estudiantes de 14 a 18 años (2012)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Bebedores último mes	65,3	41,4	53,8	78,9	80,7	79,7
Borrachera alguna vez en la vida	-	-	-	64,0	66,4	65,1
Borracheras último año	15,0	7,4	11,4	54,5	57,6	55,9
Borrachera último mes	-	-	-	34,8	36,0	35,4
Atracones de alcohol último mes	16,8	7,0	12,1	51,3	49,0	50,2

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general 2013 y Encuesta escolar 2012. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 12: Consumo de alcohol por grupos de edad en población general. Castilla-La Mancha 2013/14.

CONSUMIDORES DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS POR GRUPOS DE EDAD (%). CLM-2013/14										
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años
Alcohol	47,9	58,4	61,4	59,8	52,7	48,3	56,6	49,2	56,1	46,5

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general 2013. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

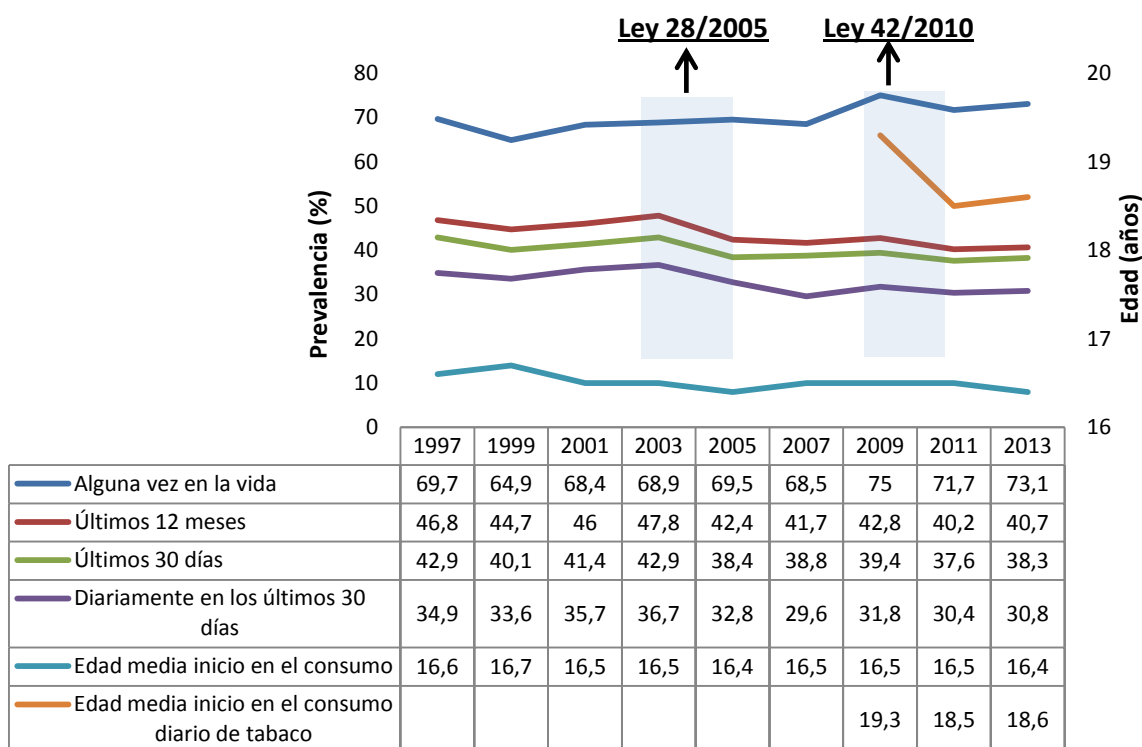
6.2.2. Tabaco

El tabaco es, después del alcohol y a bastante distancia de éste, la sustancia más consumida en nuestro país (Gráfico nº 3). Sin embargo, es la sustancia psicoactiva cuya edad media de inicio, en población general, es la más temprana, con 16,4 años, edad que parece haberse estabilizado, si bien el consumo diario se inicia en torno a los 18,6 años, lo que nos indica que, desde que se consume el primer cigarrillo hasta que se instaura el hábito de consumo diario, transcurre aproximadamente algo más de dos años (Gráficos nº 8 y 23).

Si observamos la evolución del consumo en el tiempo, podemos concluir que existe una disminución progresiva para todos los indicadores (salvo en el consumo experimental en el que se registra un leve repunte), con una tendencia estable de la prevalencia de consumo diario de tabaco (Gráfico nº 23). Es de destacar también, que el número de estudiantes que viven en hogares donde se fuma diariamente ha disminuido, en los últimos 20 años, un 20% aproximadamente (Gráfico nº 24).

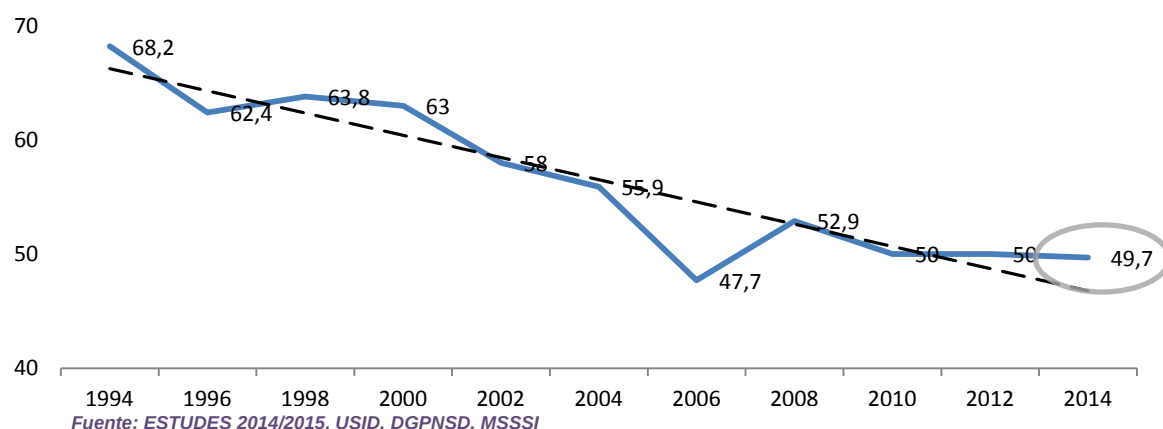
En términos absolutos, los fumadores actuales fuman una media de 12,6 cigarrillos diarios, uno menos que en 2011, siendo más intensivo este consumo conforme se acrecienta la edad, hasta el punto que las personas mayores de 45 años suelen fumar entre 14 y 15 cigarrillos diarios (ESTUDES 2014/2015).

Gráfico nº 23: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes). España 1997-2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

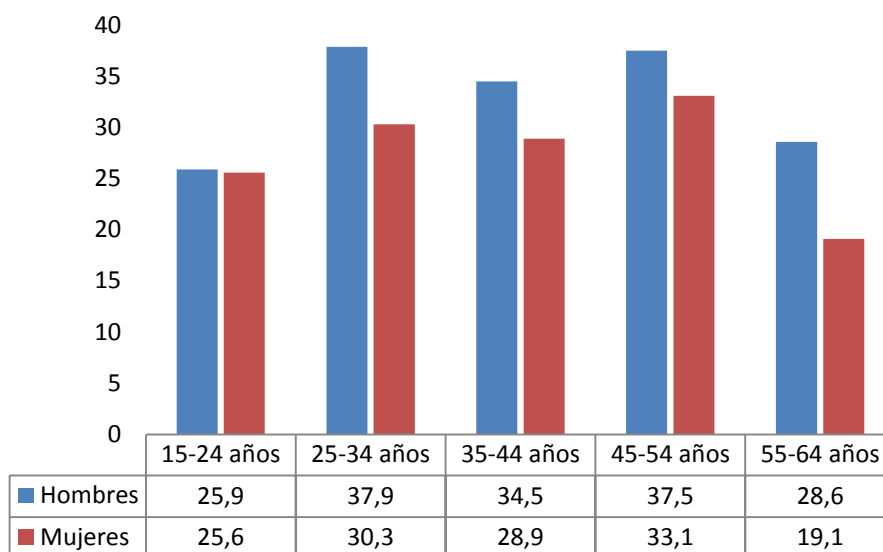
Gráfico nº 24: Prevalencia de estudiantes que viven en hogares donde se fuma diariamente (porcentajes). España 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

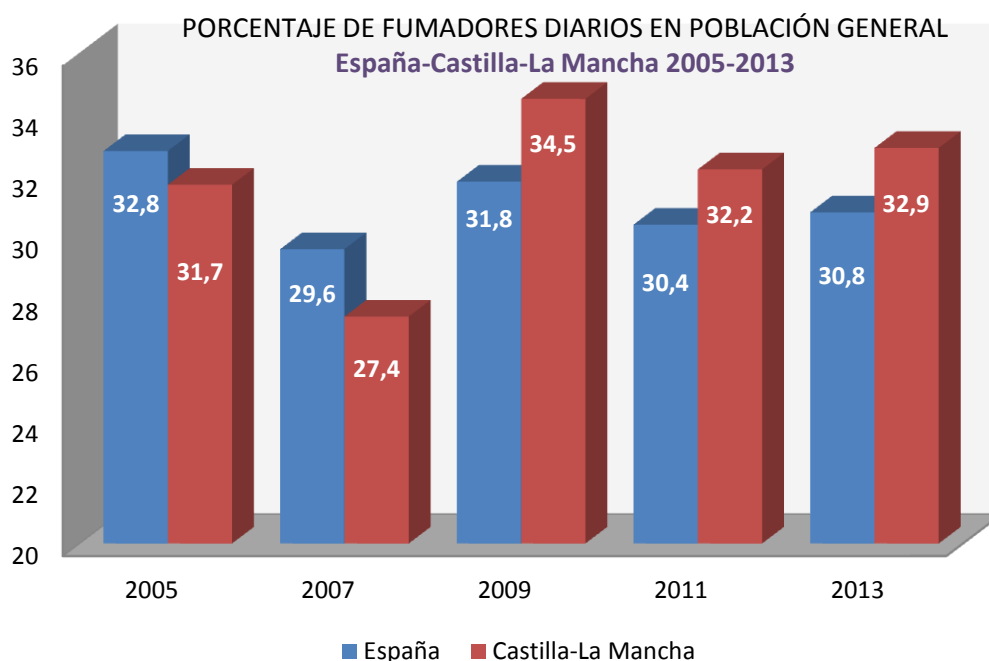
Hasta los 25 años de edad, el consumo diario de tabaco afecta por igual a hombres y mujeres, y es a partir de esa edad cuando los hombres tienen mayor proporción de consumidores para todos los tramos de edad. La mayor prevalencia en el consumo diario de tabaco se da entre los 25 y 44 años de edad, seguida de los 45 a los 54 años. A su vez, la prevalencia de consumo de tabaco es más alta en Castilla-La Mancha que en el resto de España, desde el año 2009 (Gráficos 25 y 26).

Gráfico nº 25: Prevalencia de consumo diario de tabaco en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013



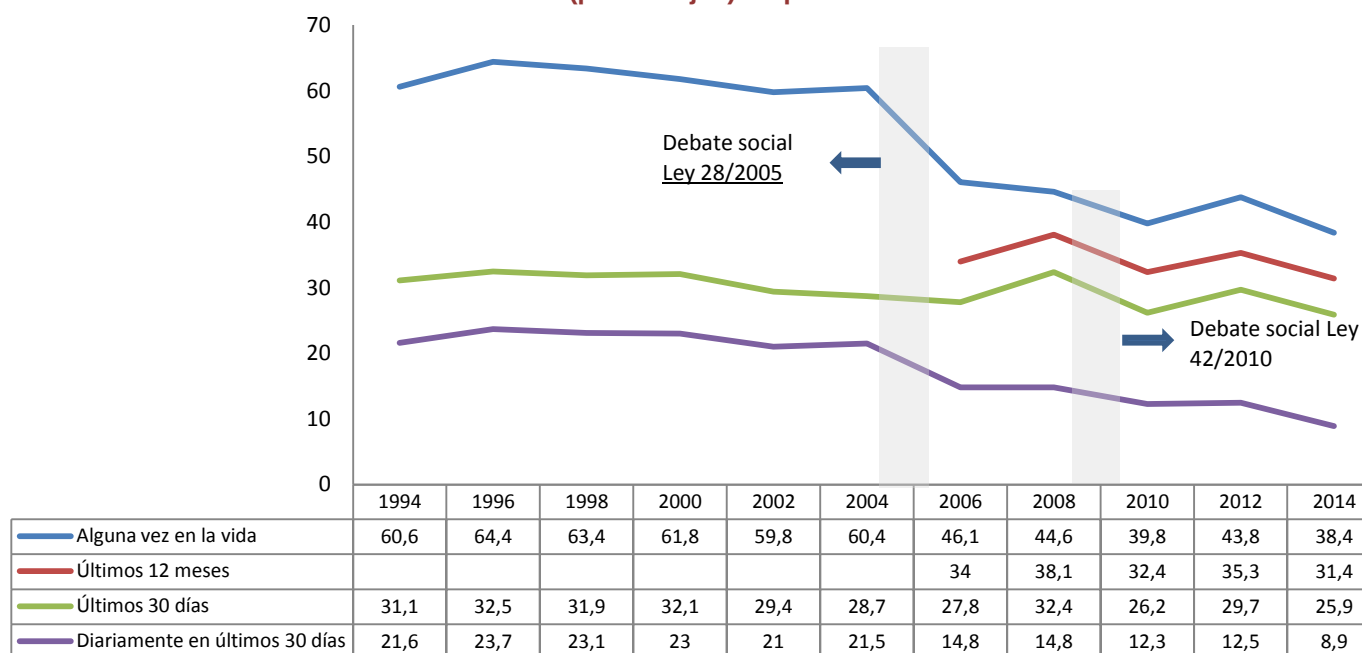
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 26: Evolución del consumo de tabaco en población general. España-Castilla-La Mancha, 2005-2013



Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Plan Nacional de Drogas y Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Igualmente, la población de 14 a 18 años, presenta una disminución muy significativa en la serie histórica, para todos los indicadores temporales, y donde el consumo diario de tabaco ha disminuido, en los últimos 20 años, aproximadamente un 59%. Se mantiene, por tanto una tendencia descendente mantenida, con unos mínimos históricos de consumo (Gráfico nº 27).

Gráfico nº 27: Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población española de enseñanza secundaria de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2014

Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Teniendo en cuenta los consumos más regulares (último mes y diario), en Castilla-La Mancha se observan prevalencias más altas de consumo en relación a la media española, tanto para la población general (año 2013. Tabla nº 13), como en población de enseñanza secundaria (año 2012. Tabla nº 14).

Tabla nº 13: Consumo de tabaco en población general (%). Castilla-La Mancha 2005-2013.

CONSUMO DE TABACO EN POBLACIÓN GENERAL (%) Castilla-La Mancha 2005-2013					
	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	68,6	62,5	70,6	73,3	71,3
Alguna vez en los últimos 12 meses	41,7	38,5	43,4	45,0	42,1
Alguna vez en los últimos 30 días	37,4	34,8	40,2	41,2	40,2
A diario	31,7	27,4	34,5	32,2	32,9

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 14: evolución del consumo de tabaco en estudiantes de 14-18 años (%). Castilla-La Mancha 2006-2012.

TABACO	2006	2008	2010	2012
Alguna vez en la vida				
Castilla-La Mancha	48,9	44,3	36,6	34,6
España	46,1	44,6	32,4	35,3
Alguna vez en los últimos 12 meses				
Castilla-La Mancha	36	37,9	36,3	34,6
España	34	38,1	32,4	35,3
Alguna vez en los últimos 30 días				
Castilla-La Mancha	30,2	33	29,1	30,1
España	27,8	32,4	26,2	29,7
Consumo diario				
Castilla-La Mancha	15,5	16,4	14,2	14,3
España	14,8	14,8	12,3	12,5

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Aunque la distribución de personas de población general que consumen diariamente tabaco, en Castilla-La Mancha, se encuentra repartida en todo el espectro de edad, es en la franja de 25 a 29 años, seguida de 30 a 34 años, donde se registran las mayores prevalencias de consumo (Tabla nº 15). La prevalencia de personas fumadoras es mayor entre los hombres para todos los tipos de consumo; sin embargo, en la población entre 14 a 18 años, son las mujeres las que proporcionalmente consumen más, salvo en el consumo diario, que vuelven a ser los hombres los mayores consumidores (Tabla nº 16).

Tabla nº 15: Consumo de tabaco diario por grupos de edad en población general (%). Castilla-La Mancha 2013-2014.

PORCENTAJE DE FUMADORES DIARIOS POR GRUPOS DE EDAD CASTILLA-LA MANCHA 2013-2014										
	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años
Tabaco diario	22,9	37,1	41,6	38,8	31,0	34,2	38,5	31,1	21,2	23,9

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 16: Consumo de tabaco (%) según sexo en población general y estudiante. Castilla-La Mancha 2012, 2013.

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL CONSUMO DE TABACO CASTILLA-LA MANCHA 2012, 2013						
	Población general de 15 a 64 años (2013)			Estudiantes de 14 a 18 años (2012)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Fumadores último año	45,3	38,7	42,1	34,3	34,9	34,6
Fumadores último mes	44,2	36,0	40,2	30,2	30,6	30,1
Fumadores diarios	35,3	30,3	32,9	16,1	12,1	14,3

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general y Encuesta escolar. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

6.2.3. Hipnosedantes

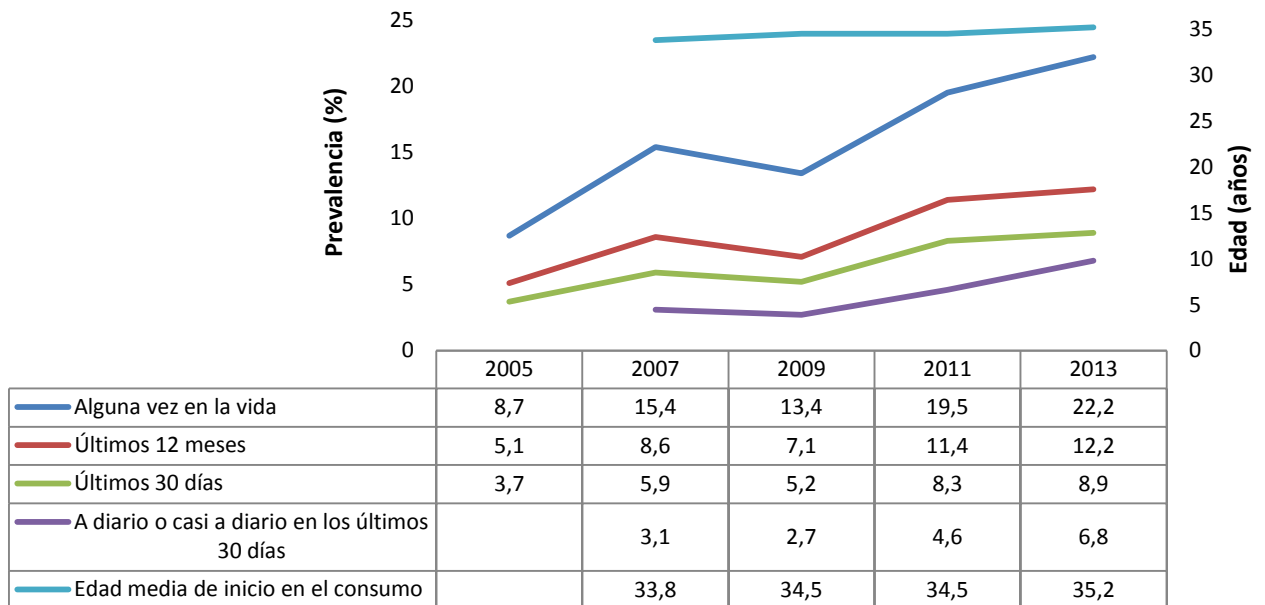
En este grupo se incluyen los denominados tranquilizantes (cuyo objetivo es calmar los nervios y/o la ansiedad), y los somníferos (cuya finalidad es facilitar y prolongar el sueño).

Según la serie histórica, que data desde el año 2005, se observa que los datos recogidos en el año 2011 presentaban un aumento significativo en el consumo de estas sustancias para todas las categorías temporales. En la última medición realizada, en 2013, se continúa con este aumento, si bien es más discreto. Pero es en la comparación en los últimos 8 años donde se demuestra que el consumo de estas sustancias ha evolucionado de manera notable (Gráfico nº 28).

Aún así, siguen siendo las sustancias de inicio en el consumo más tardío, con una media de 35,2 años, si bien entre la población de 14-18 años se consume por primera vez en torno a los 14,2 años (Gráficos nº 8 y 9).

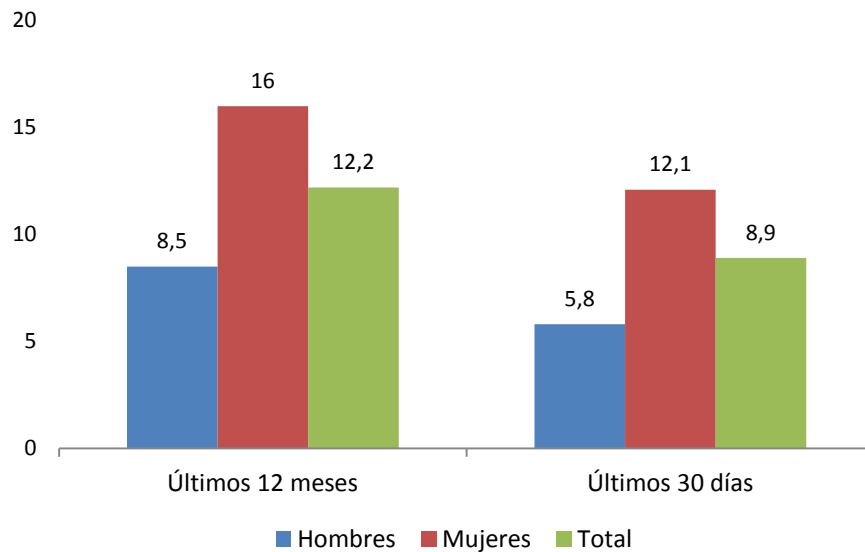
El consumo de hipnosedantes, ya sea con o sin receta médica, afecta principalmente a las mujeres, que duplican en proporción a los hombres (16% frente a 8,5%), tanto en los consumos que se refieren a los últimos 12 meses como en los últimos 30 días y estas diferencias aumentan con la edad. El consumo, para ambos sexos, también aumenta con la edad, y es a partir de los 45 años y hasta los 64 años donde las prevalencias son mayores, sobretodo de los 55 a los 64 años, donde casi 3 mujeres de cada 10 los han utilizado en el último año (Gráficos nº 29, 30 y 31).

Gráfico nº 28: Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2013



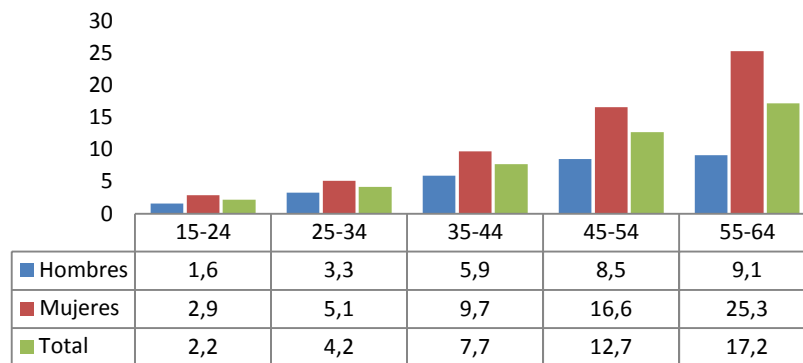
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 29: Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en últimos 12 meses y últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo. España, 2013



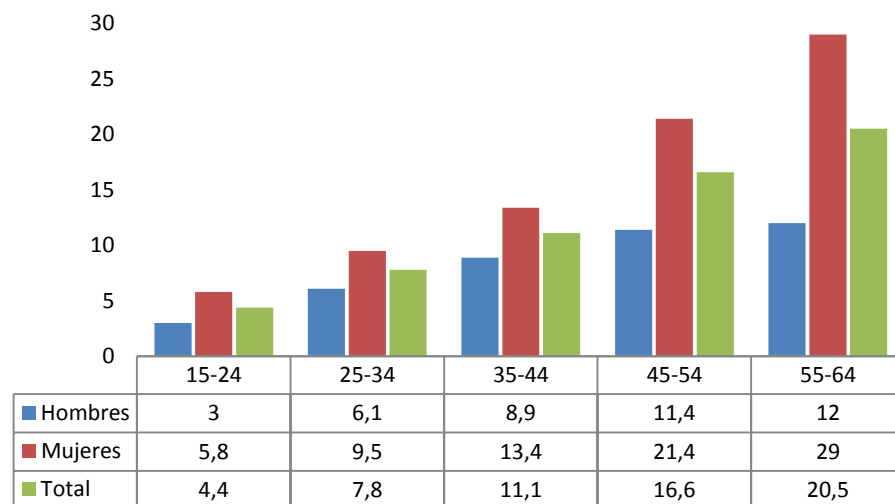
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 30: Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo. España, 2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 31: Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo. España, 2013



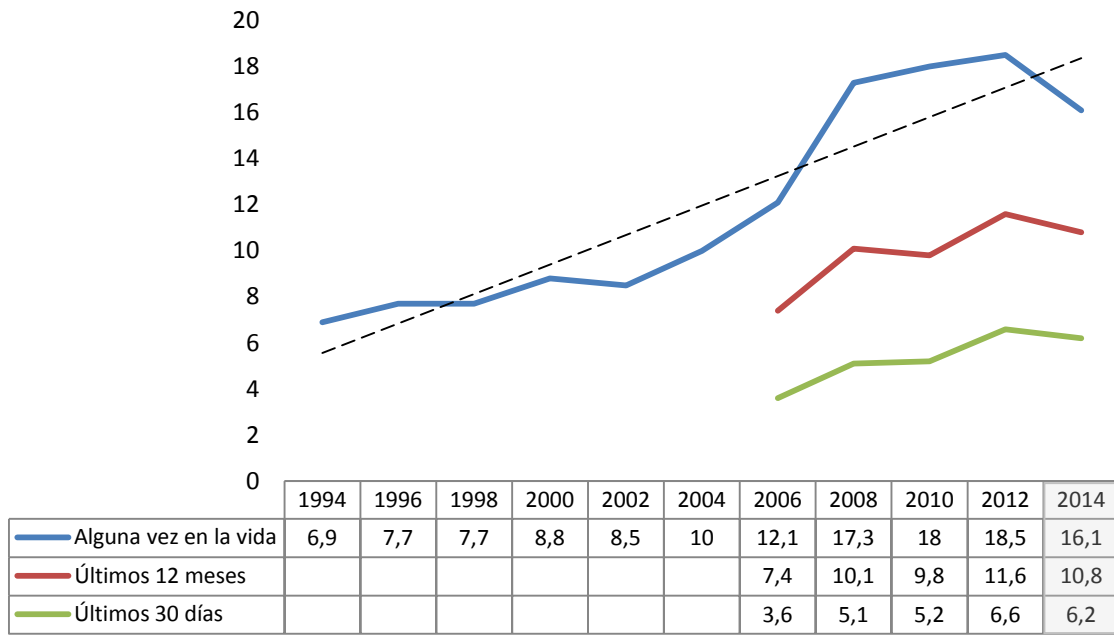
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Contrariamente a lo que ocurre en población general, en población adolescente se observa un cambio de tendencia desde el año 2012, donde disminuyen el consumo de hipnosedantes, tanto con receta como sin receta médica (Gráficos nº 32 y 33). En esta franja de edad, de 14 a 18 años, el porcentaje de mujeres que consume hipnosedantes en el último año, también duplica el porcentaje de hombres consumidores (13,8% frente a 7,7%) (Gráfico nº 7).

Según los datos disponibles y comparando el consumo de hipnosedantes con o sin receta entre la población española y la de Castilla-La Mancha, en la franja de edad de 14 a 18 años, observamos que, en nuestra Comunidad, el consumo de esta sustancia es menor y que la disminución de ese consumo a nivel nacional que se observa en el año 2014, aún es algo superior al consumo de los y las adolescentes de Castilla-La Mancha para el año 2012, lo que cabría esperar, a falta de datos más recientes, que el consumo en nuestra Comunidad aún fuera menor. La misma situación nos encontramos al hablar del consumo de hipnosedantes sin receta (Gráficos 32 y 33. Tabla nº 17).

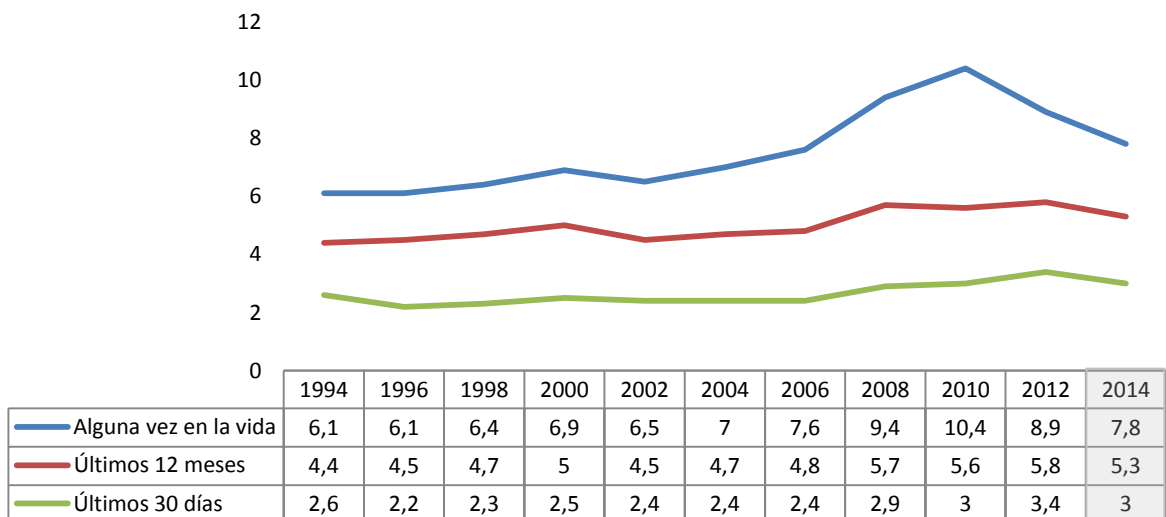
Igual que ocurre con la población española, en Castilla-La Mancha, las adolescentes duplican en consumo a los varones de la misma edad (Tabla nº 18).

Gráfico nº 32: Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 14-18 años. España, 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 33: Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de 14-18 años. España, 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Tabla nº 17: Evolución del consumo de hipnosedantes con y sin receta en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2006-2012.

SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	15,7	-	-	-	9,3	-	-	-	6,1
Hipnosedantes sin receta	6,5	8,1	9,2	7,5	4,4	4,0	4,6	5,3	2,3	2,0	2,6	3,4

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 18: Consumo de hipnosedantes, por sexo, en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.

CONSUMO DE HIPNOSEDANTES POR SEXO (ALGUNA VEZ EN LA VIDA) 2012			
	Hombre	Mujer	Total
Hipnosedantes con y sin receta	11,1	20,9	15,7
Hipnosedantes sin receta	5,8	9,4	7,5

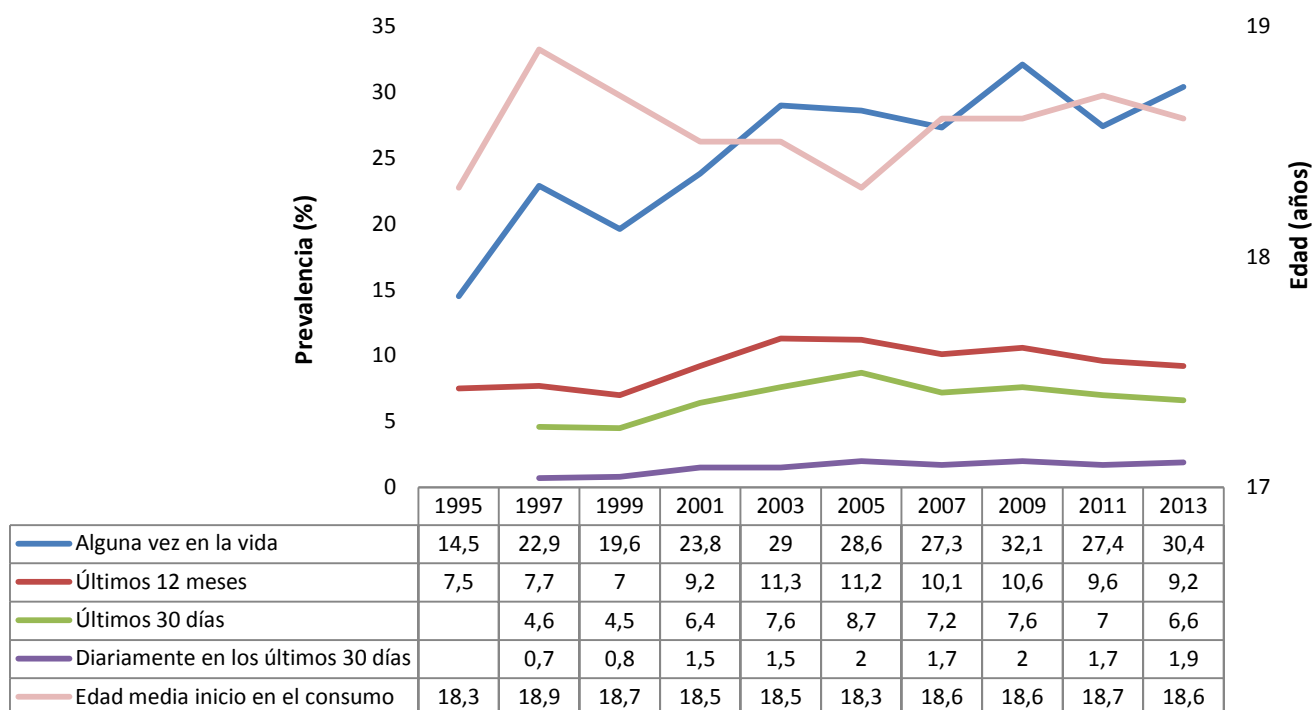
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

6.2.4. Cannabis

Tal y como se ha comentado anteriormente, el cannabis, con una prevalencia de consumo del 9,2% en el último año, es la sustancia ilegal más consumida por la población general. Si bien su consumo se reduce respecto al año 2011 (salvo el consumo diario), la evolución de la prevalencia de consumo desde el año 1995 nos confirma un aumento progresivo del mismo hasta 2005, fecha a partir de la cual se inicia un descenso continuado. Es una sustancia que se utiliza con una prevalencia de consumo alta a nivel experimental, pero que, sin embargo, una vez pasado éste, desciende bastante como consumo continuado. De entre las sustancias ilegales, es la que presenta una edad media de consumo más temprana (18,6 años) (Gráfico nº 34), si bien los primeros consumos experimentales se realizan alrededor de los 15 años (Gráfico nº 9). Igualmente, entre la población de 14 a 18 años, es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia en el último año de 25,4% (Gráfico nº 6).

En el último año previo a la encuesta, el número de personas que empezaron a consumir cannabis (168.677 personas), supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco (142.282 personas) (EDADES 2013).

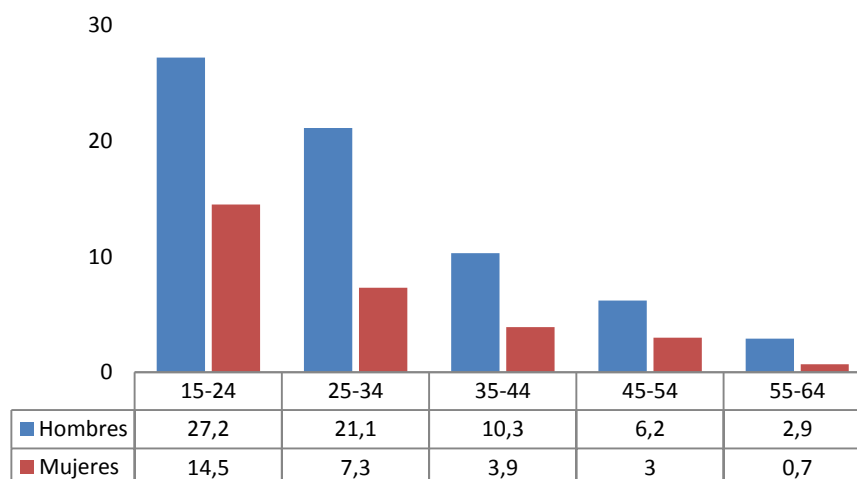
Gráfico nº 34 Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013



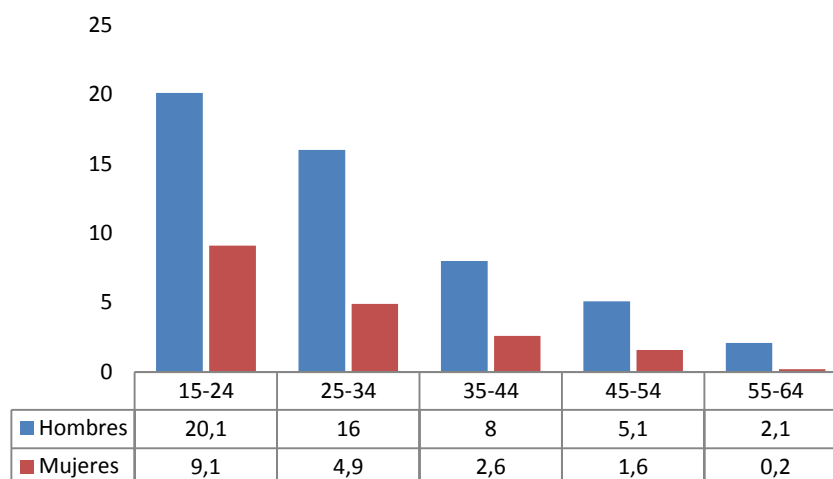
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Si analizamos el consumo de cannabis en el último año y en el último mes, vemos que éste es mayoritario entre los hombres para todos los grupos de edad, si bien las mayores prevalencias de consumo para ambos sexos se dan desde los 15 a los 24 años, donde el consumo del hombre casi duplica al de la mujer. A partir de esta edad, si bien disminuyen las prevalencias, aumentan las diferencias entre sexos; así, de los 25 a los 34 años, el consumo masculino casi triplica al femenino, siendo la mayor diferencia intersexos la que se da a partir de los 55 años (Gráficos nº 35 y 36).

Gráfico nº 35: Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo. España, 2013

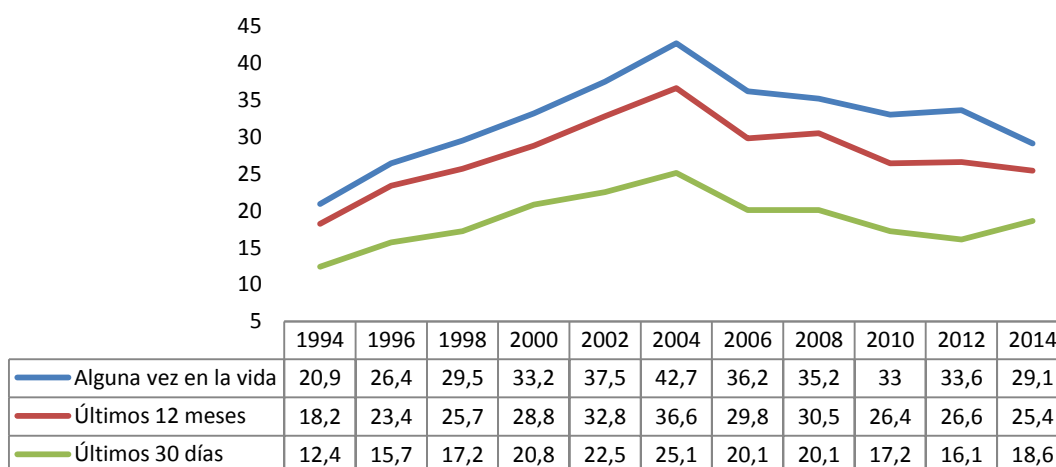


Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 36: Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo. España, 2013

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Las prevalencias de consumo de cannabis son mayores entre la población de 14 a 18 años, para todos los indicadores temporales (Gráfico nº 37), aumentando el consumo problemático con la edad (7,9% de 14 años, 18,2% de 18 años. ESTUDES 2014/2015). Esto, unido a lo comentado anteriormente, nos informa que el cannabis es una sustancia que se utiliza con mayor intensidad entre la población joven más adulta y entre la población adulta más joven. Habrá que observar con el tiempo si este consumo en edades tempranas se configura como un hábito conforme aumenta la edad más allá de los 35 años.

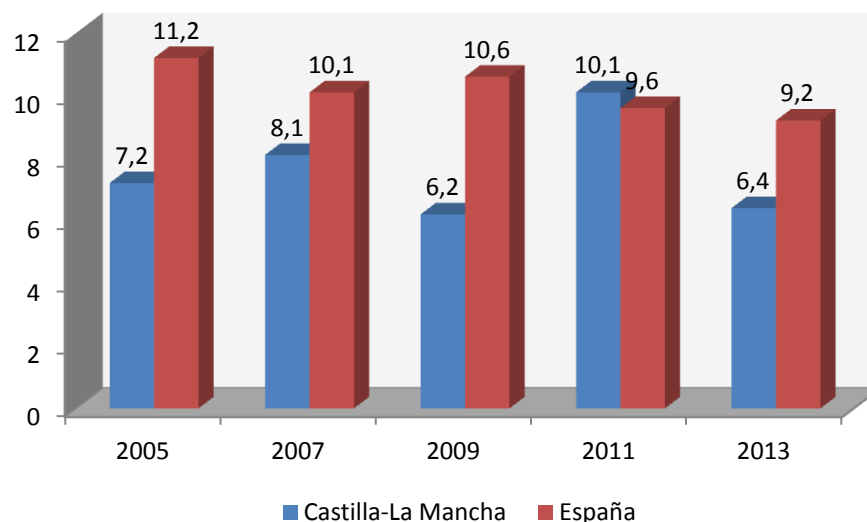
Gráfico nº 37: Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en la población de 14-18 años. España, 1994-2014

Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Salvo en el año 2011, la prevalencia de consumo de cannabis en Castilla-La Mancha, en población general, ha sido inferior a la nacional, aunque no ha seguido una disminución progresiva, presentado altibajos. Sin embargo, los últimos estudios

nos indican que en nuestra Comunidad el consumo de cannabis es casi un tercio inferior a la media española (Gráfico nº 38).

Gráfico nº 38: Evolución del consumo de cannabis en población general, alguna vez en los últimos 12 meses. España-Castilla-La Mancha 2005-2013.



Fuente: Encuesta sobre drogas en población general (EDADES). Plan Nacional de Drogas y Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Este significativo menor consumo de cannabis en Castilla-La Mancha en población general, en relación a la media nacional, es algo que viene ocurriendo con el paso de los años y para todos los indicadores temporales, no es un hecho puntual (Tabla nº 19).

Sin embargo, si comparamos el consumo que esta sustancia realizan los y las jóvenes de Castilla-La Mancha, observamos que, salvo en el último año registrado, 2012, donde el consumo es menor que la media nacional, el resto de registros efectuados a lo largo de la última década es superior o equivalente al resto del país. Así mismo, las prevalencias de consumo en este rango de edad también es mucho más elevado que en población general (Tabla nº 20).

Tabla nº 19: Evolución del consumo de cannabis en población general. España-Castilla-La Mancha, 2005-2013.

CANNABIS	CASTILLA-LAMANCHA					ESPAÑA				
	2005	2007	2009	2011	2013	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	21,9	23,0	23,0	24,2	23,5	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4
Alguna vez en los últimos 12 meses	7,2	8,1	6,2	10,1	6,4	11,2	20,1	10,6	9,6	9,2
Alguna vez en los últimos 30 días	5,7	5,1	4,3	7,1	4,6	8,7	7,2	7,6	7	6,6

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 20: Evolución del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2006-2012.

CANNABIS	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Castilla-La Mancha	38,1	35,4	34,4	31,9	30,1	30,3	28,1	23,7	19,7	21,3	18,2	15,4
España	36,2	35,2	33	33,6	29,8	30,5	26,4	26,6	20,1	20,1	17,2	16,1

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

El consumo de cannabis en población general y en el último año, tanto en Castilla-La Mancha como en el resto del país, presenta una prevalencia mayor por parte de los hombres, donde duplica al de las mujeres; sin embargo, la prevalencia del consumo en el último mes, en Castilla-La Mancha, por parte de los hombres, cuadruplica al realizado por las mujeres, mientras que a nivel nacional, no llega a triplicarlo. Por otra parte, estas diferencias de prevalencias por sexos se reducen cuando hablamos de población juvenil, en torno a una diferencia de alrededor de 5 puntos porcentuales (con unas prevalencias de consumo mucho más elevadas), lo que nos indica que la población joven realiza un consumo más igualitario entre sexos (Tabla nº 21).

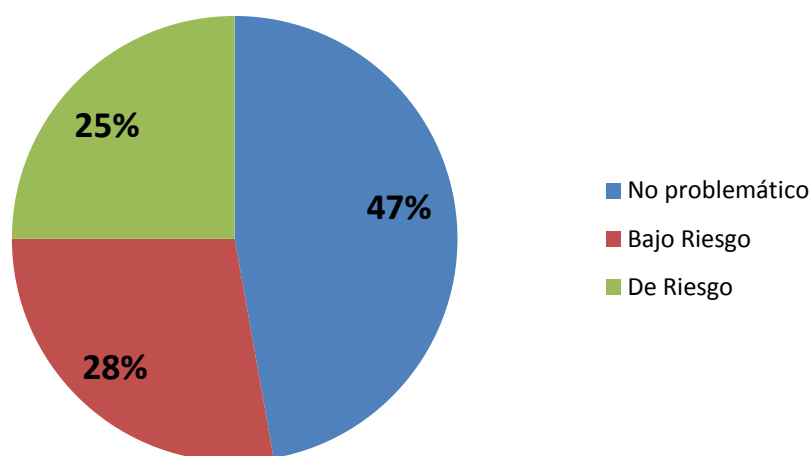
Tabla nº 21: Consumo de cannabis según sexo en población general y estudiante (%). Castilla-La Mancha 2012, 2013.

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL CONSUMO DE CANNABIS CASTILLA-LA MANCHA 2012, 2013						
CANNABIS	Población General de 15 a 64 años (2013)			Estudiantes de 14 a 18 años (2012)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Alguna vez en la vida	29,1	17,6	23,5	33,6	29,9	31,9
Últimos 12 meses	8,3	4,3	6,4	26,5	20,6	23,7
Últimos 30 días	7,2	1,8	4,6	17,5	12,9	15,4

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general y encuesta escolar. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

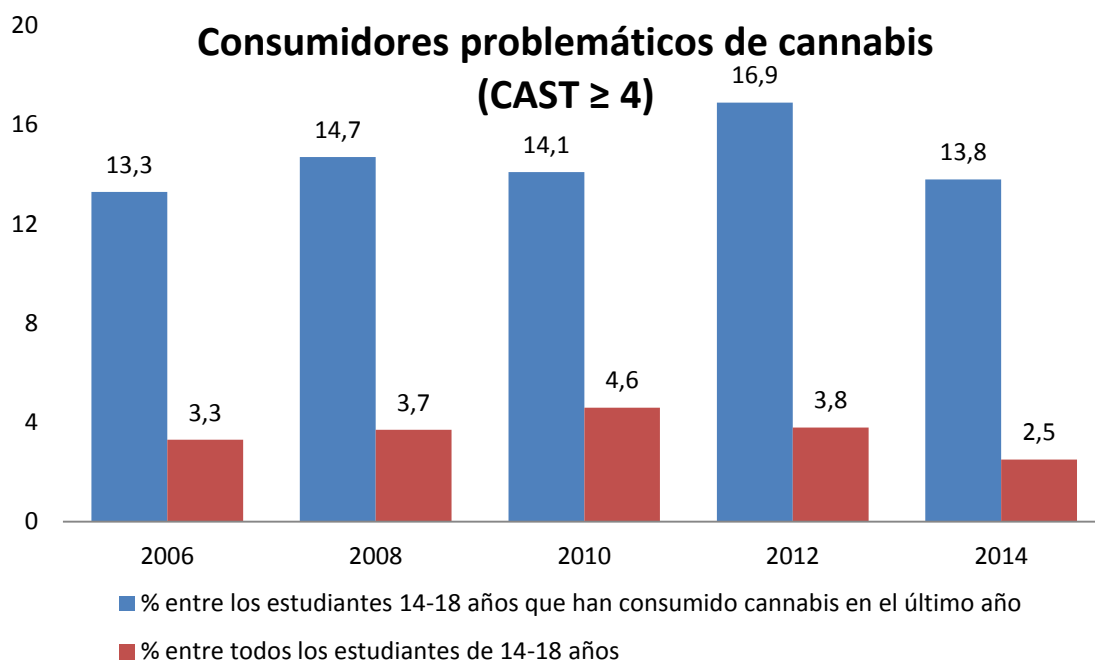
El porcentaje de personas consumidoras de cannabis de riesgo entre la población general, entendiéndose éste como aquél consumo con una puntuación igual o mayor a 4 en el test CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un 2,2%, la proporción no es constante y disminuye con la edad; sin embargo, entre las personas consumidoras de cannabis en el último año, este porcentaje alcanza un 25% y es constante en todos los grupos de edad (Gráfico nº 39 y EDADES 2013/2014).

En población de 14 a 18 años, el consumo problemático de cannabis aumenta con la edad (7,9% a los 14 años, 18,2% a los 18 años), hay mayor proporción de consumidores de hachís que entre los no problemáticos, lo mezclan más con tabaco y fuman más porros al día (una media de 5,2). La media de consumo problemático en estas edades es un 2,5% y, entre los que han consumido cannabis en el último año, un 13,8% (Gráfico nº 40 y ESTUDES 2014/2015).

Gráfico nº 39: Categorización de resultados de la escala CAST entre los que han contestado la escala. España, 2013

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 40: Evolución de la prevalencia de consumidores problemáticos de cannabis en la población de 14-18 años. España, 2006-2014



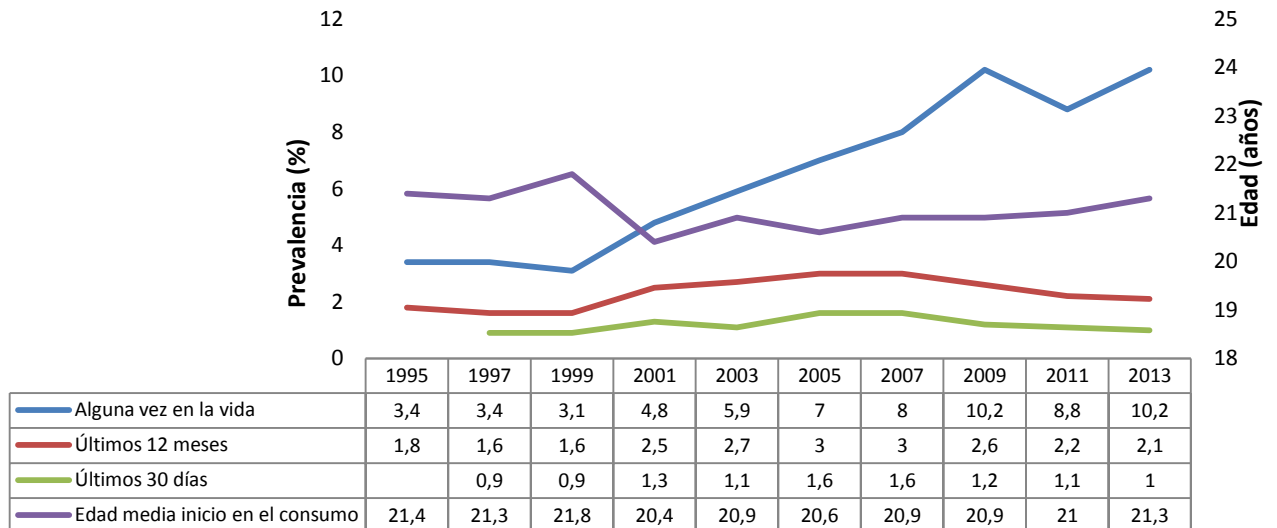
Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

6.2.5. Cocaína

Aproximadamente, 1 de cada 10 personas con edades entre 15 y 65 años ha consumido cocaína en alguna ocasión de su vida. La serie histórica para este indicador temporal ha tenido un ascenso continuado, salvo en el año 2011, si bien la última encuesta nos confirma que, actualmente, se encuentra de nuevo en el registro más elevado.

Sin embargo, salvando los consumos experimentales de esta sustancia, los indicadores referentes al consumo en el último año y en el último mes, nos indica un consumo muy inferior por parte de la población, donde, desde el año 2005, viene observándose un punto de inflexión, seguido de una tendencia descendente y estabilización del consumo en unas prevalencias mucho más bajas (Gráfico nº 41). Junto con la heroína, son las sustancias ilegales de edad media de inicio en el consumo, en esta población, más elevadas, con 21,3 años (Gráfico nº 8).

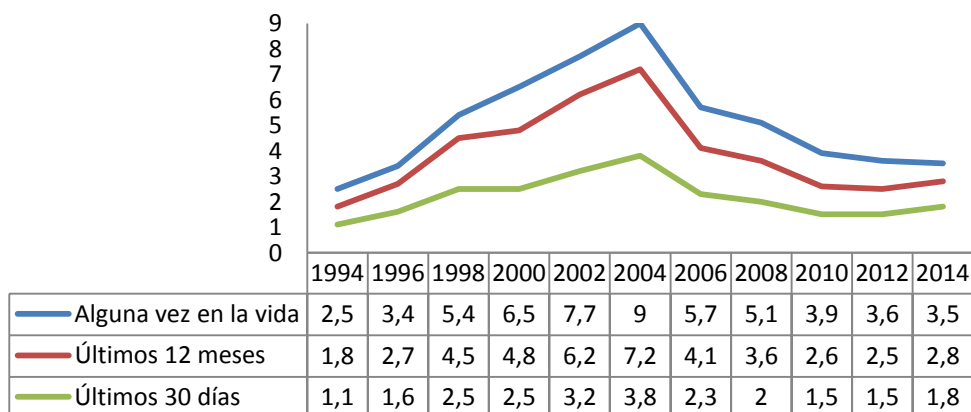
Gráfico nº 41: Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Si nos atenemos al consumo en población adolescente de enseñanzas secundarias, el curso de la prevalencia es totalmente distinto. Por un lado, el consumo alguna vez en la vida es bastante inferior a la población general y, si bien, en todos los indicadores temporales se observa, como en población general, una disminución progresiva desde 2005, el consumo en esta franja de edad muestra una tendencia más estabilizada, aunque con prevalencias de consumo más elevadas que en población general y un ligero repunte en el consumo del último año y último mes (Gráfico nº 42). La edad media de inicio en esta población está en torno a los 15 años (Gráfico nº 9).

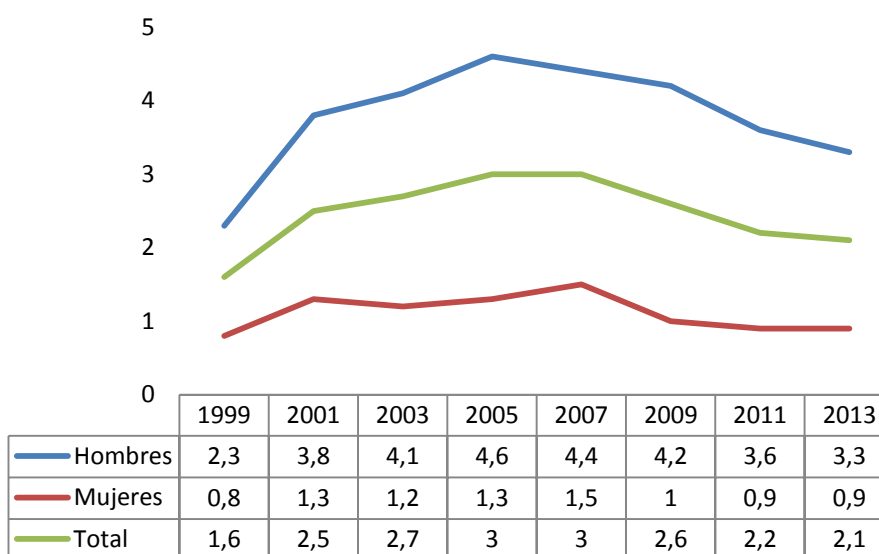
Gráfico nº 42: Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en la población de 14-18 años. España, 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

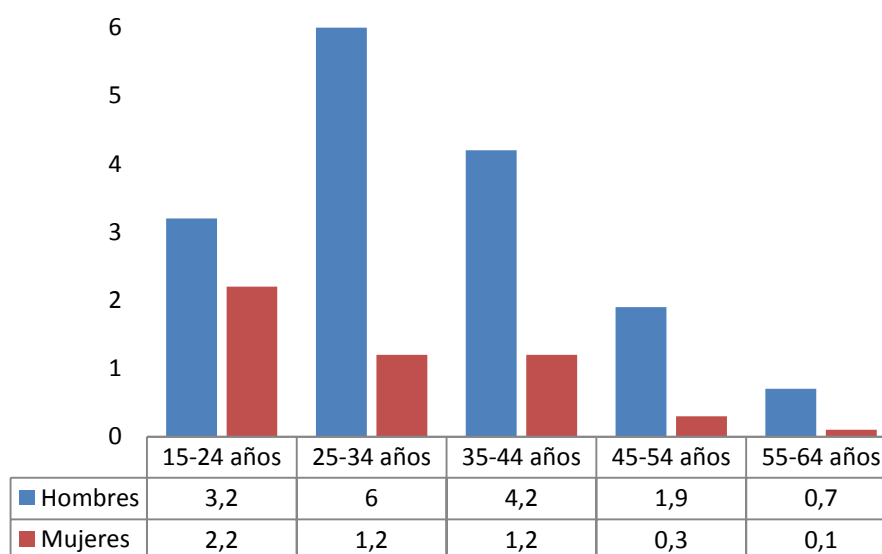
El consumo de cocaína es mayor entre los hombres que entre las mujeres, tanto en población general como adolescente, para todos los grupos de edad y en toda la serie histórica. En población general, el consumo se concentra hasta los 44 años, a partir de los cuales desciende significativamente, si bien la franja de mayor prevalencia del mismo se encuentra entre los 25 y 34 años. Respecto a la población de 14 a 18 años, la prevalencia de consumo en hombres aumenta progresivamente con la edad, siendo mayor a los 18 años; en mujeres, esta prevalencia aumenta hasta los 16 años, edad a partir de la cual desciende y se estabiliza (Gráficos nº 43, 44 y 45).

Gráfico nº 43: Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1999-2013

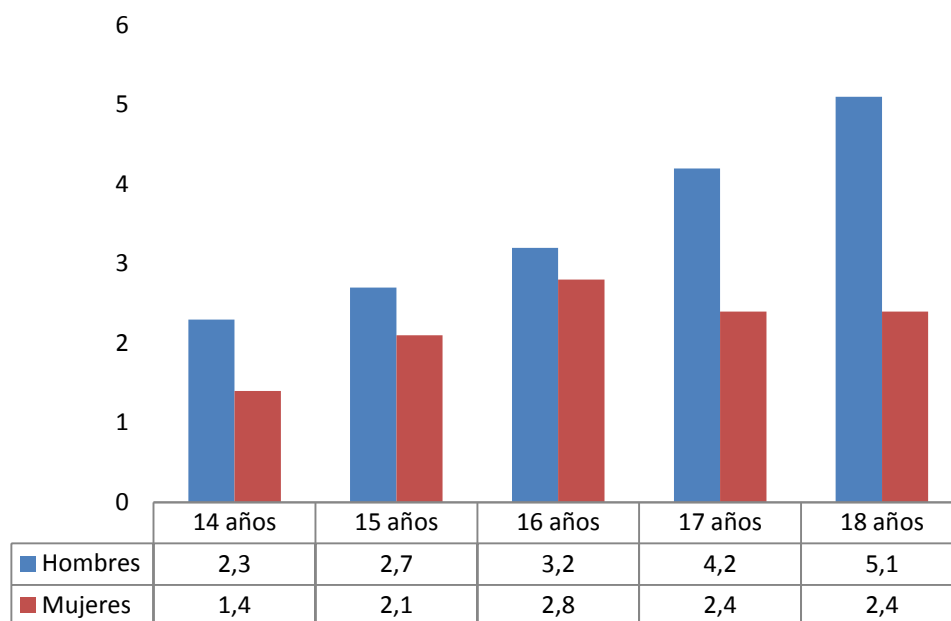


Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 44: Prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 45: Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, en la población de 14-18 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2014

Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Los datos de que disponemos en Castilla-La Mancha datan como fecha máxima el año 2012, en población estudiante. Comparándolos con los datos nacionales hasta el mismo año, podemos concluir que la prevalencia de consumo de cocaína, para esta franja de edad, en nuestra Comunidad, es menor para todos los indicadores temporales, así como el consumo tanto en hombres como mujeres (Tablas 22 y 23).

Tabla nº 22: Evolución del consumo de cocaína (base y/o polvo) en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2006-2012.

SUSTANCIA	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Cocaína*	4,8	7,0	3,9	2,3	3,9	5,4	3,0	1,7	2,2	2,9	2,0	1

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

*Contempla el consumo tanto de cocaína base como en polvo.

Tabla nº 23: Consumo de cocaína (base y/o polvo), por sexo, en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.

CONSUMO DE COCAÍNA* POR SEXO (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). 2012			
	Hombre	Mujer	Total
Cocaína*	3,4	1,1	2,3

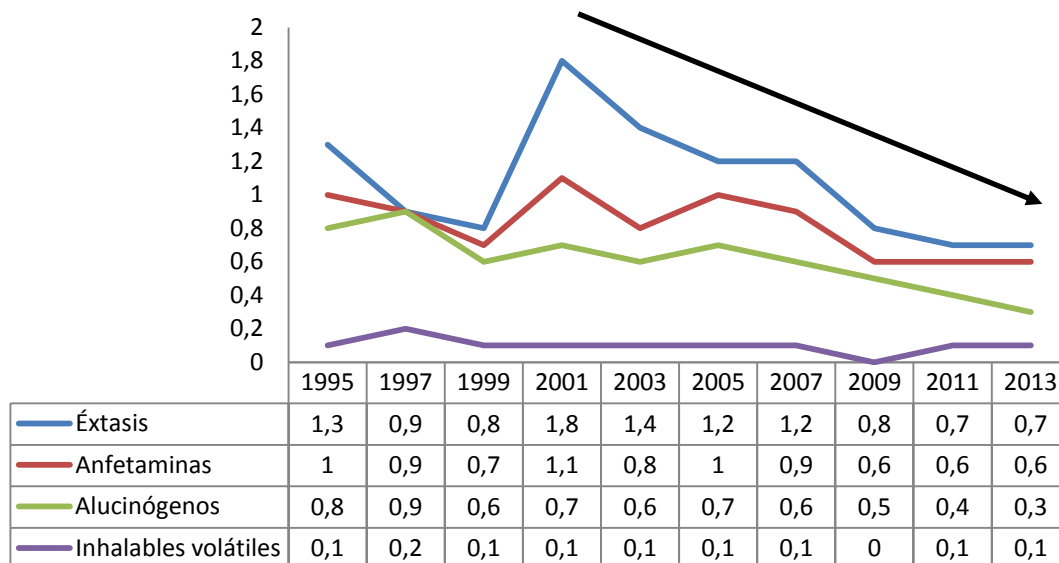
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

*Contempla el consumo tanto de cocaína base como en polvo.

6.2.6. Éxtasis, Anfetaminas, Alucinógenos e Inhalables Volátiles

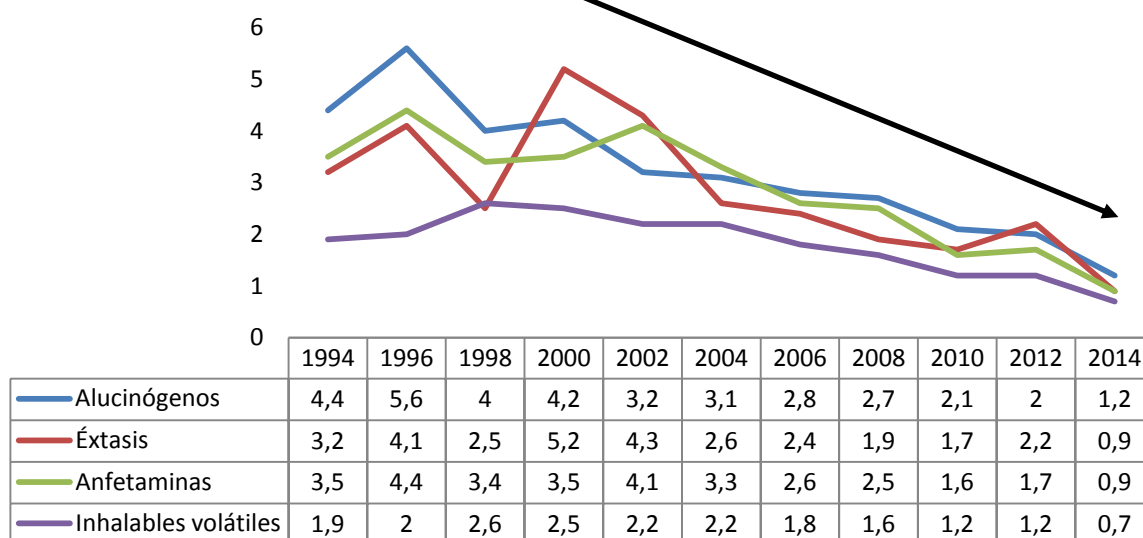
Tanto en población general como adolescente se confirma la tendencia descendente del consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos, iniciada en el año 2001; en el caso de los inhalables volátiles, en población general hay una estabilidad con prevalencias muy bajas en toda la serie histórica y un descenso continuado, desde 1998, en la prevalencia de consumo por parte de la población de 14 a 18 años (Gráficos nº 46 y 47).

Gráfico nº 46: Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 47: Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos, éxtasis, anfetaminas e inhalables volátiles en la población de 14-18 años en los últimos 12 meses. España, 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

La población de Castilla-La Mancha de entre 14 a 18 años sigue un curso parecido a la nacional de la misma edad, es decir, en las diversas series temporales existe un descenso progresivo en el consumo de estas sustancias, con unas prevalencias bajas. El consumo, alguna vez en la vida, es más alto entre los hombres que entre las mujeres (Tablas 24 y 25).

Tabla nº 24: Evolución del consumo de alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y/o speed e inhalables volátiles en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2006-2012.

SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Alucinógenos	5,3	3,7	3,5	2,7	3,7	2,5	2,7	1,5	1,5	1,0	0,8	0,9
Éxtasis	4,0	3,5	2,7	2,8	3,2	3,0	2,0	2,3	1,4	2,1	1,1	1
GHB	-	-	0,4	0,9	-	-	0,3	0,9	-	-	0,3	0,4
Anfetaminas, speed	3,3	4,1	2,3	1,4	2,2	3,3	1,1	1,1	1,5	1,3	0,3	0,5
Inhalables volátiles	3,8	2,4	2,8	1,8	2,7	1,7	1,4	1,4	1,7	0,9	1,0	0,8

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 25: Consumo de alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y/o speed e inhalables volátiles, por sexo, en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR SEXO (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). 2012			
	Hombre	Mujer	Total
Alucinógenos	3,2	2,1	2,7
Éxtasis	3,9	1,4	2,8
GHB (éxtasis líquido)	1,2	0,7	0,9
Speed o anfetaminas	2,1	0,5	1,4
Inhalables volátiles	2,2	1,2	1,8

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

6.2.7. Heroína

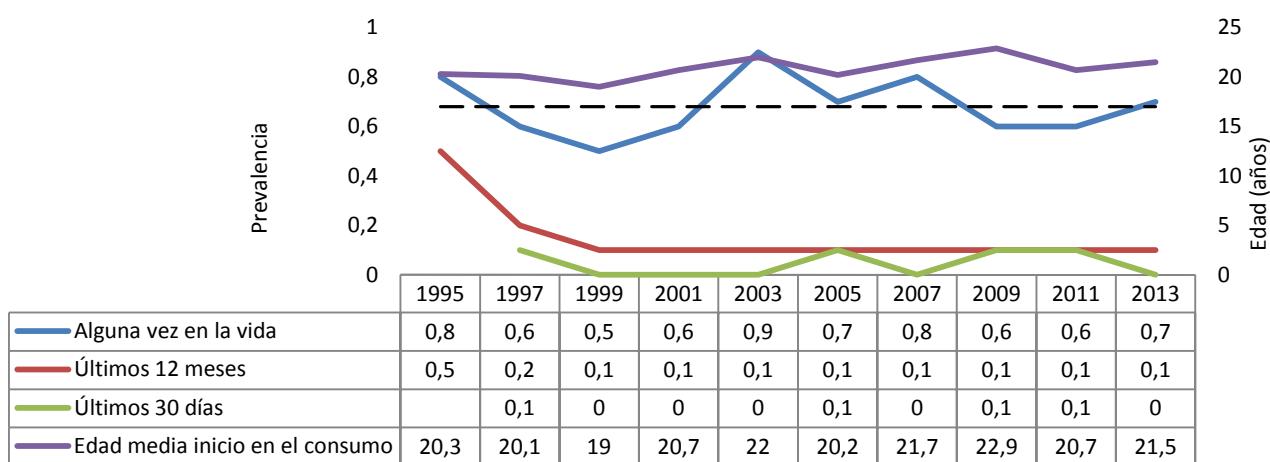
El consumo de heroína en el último año y en el último mes, en población general, mantiene unas prevalencias muy bajas desde casi toda la serie histórica, lo que da a entender un consumo residual en estos casos. Sin embargo, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, aun siendo baja, es bastante más elevada que en los ejemplos anteriores, lo que puede tener relación con el consumo experimental

que se realiza en la franja de edad de 14 a 18 años, según las puntuaciones obtenidas en los gráficos nº 48 y 49.

En Castilla-La Mancha el consumo sigue parámetros muy parecidos a los nacionales. Los hombres presentan una proporción de consumidores bastante mayores que las mujeres (Tablas nº 19 y 20).

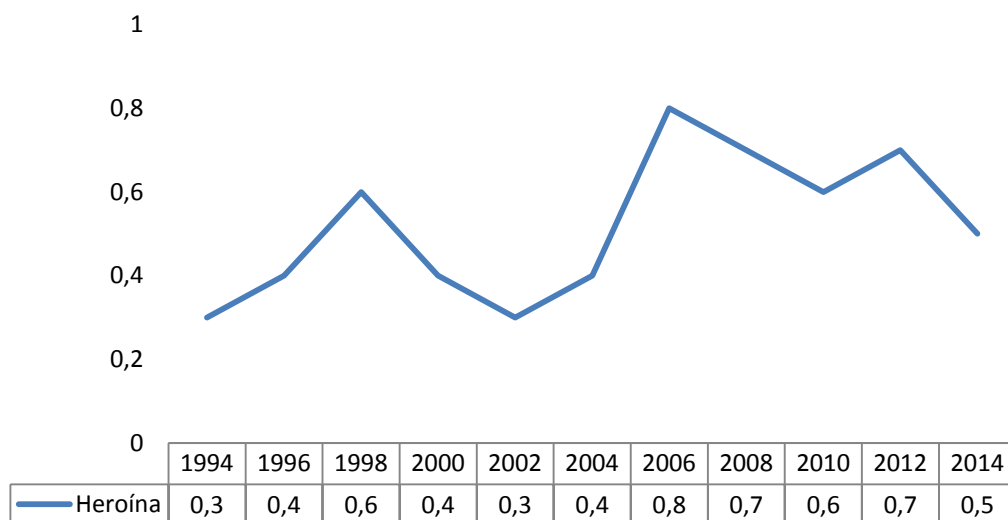
De entre las sustancias ilegales, la heroína es la que presenta una edad media de inicio más tardía, en torno a los 21,5 años (Gráfico nº 8). De entre todas las sustancias, es la que menor prevalencia de consumo presenta, la de mayor riesgo percibido y la de menor percepción de disponibilidad (Gráficos nº 3, 10 y 11).

Gráfico nº 48: Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 49: Evolución de la prevalencia de consumo de heroína en la población de 14-18 años en los últimos 12 meses. España, 1994-2014



Fuente: ESTUDES 2014/2015. USID. DGPNSD. MSSSI

Tabla nº 26: Evolución del consumo de heroína en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2006-2012.

SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Heroína	0,2	1,1	0,7	0,8	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,5	0,2	0,4

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Tabla nº 27: Consumo de heroína, por sexo, en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.

CONSUMO DE HEROÍNA POR SEXO (ALGUNA VEZ EN LA VIDA). 2012			
	Hombre	Mujer	Total
Heroína	1,4	0,1	0,8

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

6.2.8. Nuevas Sustancias

Se incluyen aquí un grupo de sustancias que, o bien han aparecido en el mercado recientemente, o bien son sustancias ya conocidas y utilizadas en el tiempo pero que su consumo se ha reinventado o retomado por grupos de población.

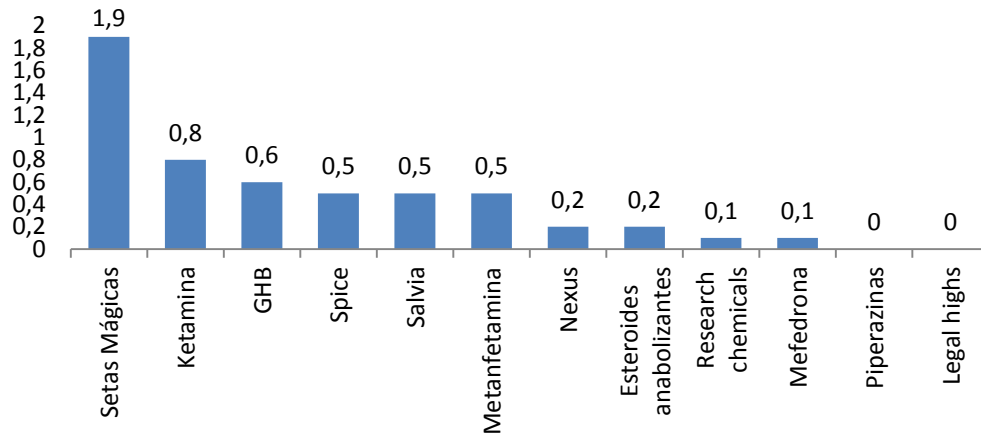
Alrededor de un 3% de la población consumen algún tipo de sustancias de este grupo; sin embargo, existe un grupo reducido de ellas (setas mágicas, ketamina, GHB, Spice, Salvia y metanfetamina) con una prevalencia de consumo mayor que el resto, cuyo consumo es casi residual y, de ellas, la ketamina y la salvia han experimentado una reducción del mismo, en la población más joven, con respecto a la última encuesta realizada (Gráfico nº 50 y 51).

El mayor consumo se da entre los 25 y 34 años de edad, es mayoritario entre los hombres. El 74,1% de las personas nunca han oído hablar de estas drogas (EDADES 2013/2014).

Especial mención merecen las denominadas “bebidas energéticas”, con una alta concentración en cafeína y otras sustancias estimulantes como taurina, de fácil adquisición y habiéndose observado la frecuente utilización por grupos poblacionales muy jóvenes.

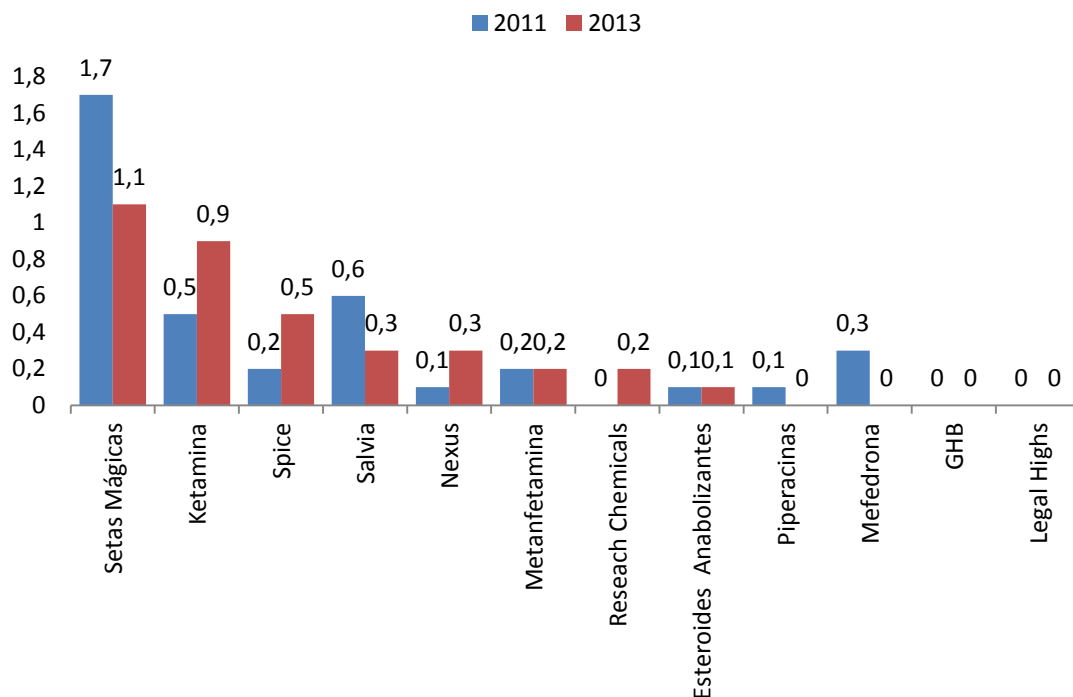
De todas formas, habrá que ver la evolución en el consumo de este grupo de sustancias, que cada vez más, los estudios europeos indican un aumento de sustancias de nueva creación.

Gráfico nº 50: Prevalencias de consumo de nuevas sustancias alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Gráfico nº 51: Prevalencias de consumo de nuevas sustancias alguna vez en la vida en la población de 15-18 años (porcentajes). España, 2011 y 2013.



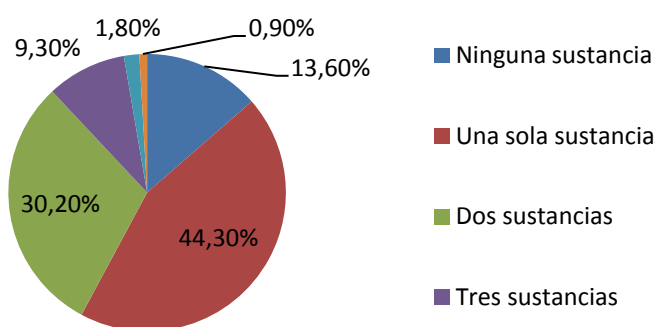
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

6.3. POLICONSUMO

Se entiende por policonsumo el consumo combinado de diversas drogas, legales o ilegales, a lo largo de un mismo período de tiempo.

En los últimos 12 meses, el 13,6% de la población de 15 a 64 años no ha consumido ninguna sustancia; el 44,3% consumió una única sustancia y el 42,2% dos o más (Gráfico nº 52).

Gráfico nº 52: Porcentaje de no consumidores y de consumidores de una o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en el último año en la población de 15 a 64 años. España, 2013.



Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

*Sustancias psicoactivas legales e ilegales: alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

El alcohol está presente en el 90% de los policonsumos; el cannabis, en el 90% de los policonsumos de sustancias ilegales. Cuando el consumo implica a una sola sustancia, la que predomina es el alcohol, seguido con diferencia del tabaco e hipnosedantes; cuando han sido dos las sustancias, en prácticamente la totalidad de los casos una de ellas fue el alcohol, siendo la segunda, por orden de importancia, el tabaco y los hipnosedantes, mientras que el consumo de drogas ilegales es minoritario y, en caso de existir, la mayor parte de este consumo fue de cannabis; cuando el policonsumo ha sido de tres sustancias, prácticamente la totalidad de personas consumieron alcohol y tabaco y, lo más frecuente es que la tercera sustancia sea cannabis o los hipnosedantes; cuando el consumo ha sido de cuatro o más sustancias, empiezan a tener cierto impacto las sustancias menos prevalentes, siendo la cocaína, de entre ellas, la más consumida y estando totalmente generalizado el consumo de alcohol, tabaco y cannabis; en el consumo de cinco o más sustancias, además de lo anterior, se incorporan el consumo de anfetaminas/speed o el éxtasis, empezando a cobrar importancia también, los alucinógenos (EDADES 2013/2014).

El policonsumo es más prevalente en hombres que en mujeres, para todos los intervalos de edad.

6.4. ADICCIONES SIN SUSTANCIA O ADICCIONES SOCIALES

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

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

Según la Dirección General de Ordenación del Juego⁸, la prevalencia del juego de azar, como mínimo de riesgo, es de un 6,3% a lo largo de la vida (4,4% jugador en riesgo, 1% jugador con problema y 0,9% jugador patológico).

Por otra parte, según el INE⁹, el 81,9% de los hogares españoles tiene conexión a Internet, en total más de 13 millones de viviendas, utilizándolo a diario 2 de cada 3 personas. El 95,2% de los/as menores españoles/as utilizan internet.

Si bien es difícil encontrar evidencias científicas en relación a las conductas adictivas sin sustancias, existe una demanda creciente de atención profesional derivada de las mismas. Y esta demanda, cada vez más se va teniendo en cuenta desde los recursos de tratamiento especializados, aunque es cierto que los mismos están contruidos desde la base de una intervención en relación al consumo de una/s sustancia/s generadoras de una conducta adictiva.

Se hace necesario visualizar en la sociedad este tipo de conductas, con la finalidad de realizar una efectiva sensibilización, así como aumentar la percepción de riesgo respecto a la problemática derivada de las mismas.

⁸ Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España 2015. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

⁹ Encuesta sobre equipamiento y uso de las Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares (2016). Instituto Nacional de Estadística (INE).

7. ÁREAS DE INTERVENCIÓN

7.1. ÁREA DE PREVENCIÓN

Se configura como prioritaria en el marco del presente Plan Municipal. Estará basada en intervenciones dirigidas al control y reducción de la oferta de sustancias (si bien a nivel competencial esta labor corresponde al Estado, se reconoce por Ley¹⁰ la colaboración de la Administración Local a través del Cuerpo de Policía Local); a la reducción de la demanda de sustancias y a la minimización de riesgos en el consumo de las mismas.

Diferenciamos tres tipos de prevención:

- a) Prevención universal: hace referencia al conjunto de actuaciones dirigidas a todos los individuos de la población en general, desarrollándose desde una perspectiva amplia, independientemente del nivel de riesgo de las personas que la componen y buscando promover los recursos generales de las mismas. Su finalidad principal es evitar que la persona se inicie en el uso o retrasar lo más posible la edad de inicio en el mismo.
- b) Prevención selectiva: está dirigida a ciertos subgrupos de la población que presentan mayores riesgos de llegar a consumir que el promedio de las personas de su edad, en los que sus circunstancias personales, familiares o socioculturales, hacen que presenten una mayor vulnerabilidad.
- c) Prevención indicada: dirigida a personas con un alto riesgo de desarrollar un abuso o dependencia de sustancias, quienes ya han experimentado un consumo de ellas, con la finalidad de evitar que progrese este consumo, así como disminuir los problemas asociados con el mismo. Previene la instauración del abuso de sustancias en individuos que no cumplen los criterios diagnósticos de dependencia, pero que muestran efectos asociados al consumo e importantes problemas relacionados con la conducta o déficits adaptativos, potenciados por el propio consumo.

En relación a la población, las intervenciones dirigidas a menores de edad deben incidir principalmente en la prevención del inicio del consumo de todo tipo de sustancias, con especial atención a las denominadas sustancias legales, así como determinadas adicciones comportamentales. En población adulta, además del consumo de alcohol, se incidirá en el inicio del consumo de sustancias ilegales y el juego patológico.

¹⁰ Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

En relación a las sustancias, el alcohol es el objetivo principal de las intervenciones, al ser la sustancia más consumida por la población en todas las franjas de edad.

Tanto la prevención selectiva como indicada inciden en los factores de riesgo que presentan los individuos en su entorno diario, por lo que, en estos casos, la intervención de calle o medio abierto se configura como la más adecuada a la hora de potenciar los recursos generadores de factores de protección que contrarresten dicha situación. En este sentido, el Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones de Castilla-La Mancha “Horizonte2018”, identifica a los ayuntamientos como la *“institución más próxima al ciudadano, son idóneos para gestionar, de acuerdo a los mecanismos previstos legalmente, tales programas y para coordinar la participación de las instituciones públicas y privadas, la iniciativa social, el voluntariado y los ciudadanos en general”*.

Distinguiremos diferentes ámbitos de actuación: educativo, familiar, laboral y comunitario.

7.1.1. Ámbito Educativo

La prevención en el marco educativo nos ofrece poder intervenir con la población joven que se encuentra escolarizada, población de máximo riesgo en el consumo de drogas si atendemos a las características propias de la edad.

La Estrategia Nacional sobre Drogas no dice que *“La comunidad educativa, en su acepción más amplia, constituye, junto a la familia, la instancia más importante para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local. Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general”*.

En el marco educativo encontraremos la mayor parte de los y las jóvenes a los que nos interesa acceder, ya que la mayoría se encuentran escolarizados/as. En este ámbito cobra especial importancia la prevención universal, al margen de otro tipo de intervenciones concretas que pudieran ser necesarias. Es un marco ideal para potenciar y reforzar factores de protección que disminuyan la posibilidad de aparición de conductas de riesgo que puedan desembocar en trastornos adictivos.

Así se indica en el Plan Regional, que señala que *“La intervención preventiva universal en el ámbito escolar es una de las más respaldadas por el conocimiento científico. Por este motivo, se considera prioritario mantener programas educativos de prevención del consumo de drogas”*.

Las acciones a desarrollar, dependiendo del nivel educativo, incluirán la educación y promoción de hábitos saludables, habilidades sociales, presión de grupo, habilidades para la vida, resolución de problemas, información sobre drogas y/o nuevas tecnologías, etc., con la finalidad de retrasar el consumo de sustancias, legales e ilegales, lo más tarde posible, teniendo como eje la valoración de la salud y la capacidad crítica ante este tipo de situaciones.

7.1.2. Ámbito Familiar

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

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

La Estrategia Nacional sobre Drogas indica que *“la familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.*

De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo”. Todo ello, con la finalidad de constituir a la familia como el principal factor de protección frente a todo tipo de situaciones, entre ellas el consumo de drogas y las conductas adictivas, evitando que pueda configurarse como un factor de riesgo.

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

es fundamental en el desarrollo de los individuos y la configuración de su comportamiento. Por ello, los programas de prevención universal, selectiva e indicada deben complementarse con intervenciones que impliquen la participación de las familias en la prevención”.

7.1.3. Ámbito Laboral

Según los datos obtenidos en la última encuesta¹¹ sobre consumo de sustancias psicotrópicas en el ámbito laboral en España, elaborada por el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el consumo de sustancias en la población laboral es un reflejo de lo que sucede en la población general española, siendo el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y el cannabis, las drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas. Además, la población laboral registra mayores prevalencias de consumo de alcohol y tabaco y menor prevalencia de consumo de hipnosedantes que la población general.

El vigente Plan de Acción sobre Drogas¹², en su acción nº 11, establece un *“modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo para la prevención, asistencia e inserción social y llevar a cabo acciones para fomentar la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de sus programas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC)”*.

Por otra parte, las características de la población laboral (estructuración espacial y temporal, recursos humanos, técnicos, etc.) favorecen la intervención preventiva y, su abordaje en este ámbito, requiere actuaciones específicas en la que es necesaria la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. A nivel de la Administración Pública, en este caso local, la intervención en este ámbito se desarrollará desde la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los y las empleados y empleadas públicos/as, ya sea en el marco de programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales, o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo (Estrategia Nacional sobre Drogas).

También el nuevo Plan Regional tiene en cuenta esta población cuando, en su análisis de necesidades relacionadas con la prevención, indica que *“el consumo de drogas se relaciona con todos los ámbitos de la actividad humana y, entre ellos, es especialmente importante el ámbito laboral. Por este motivo es necesario poner en marcha intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas en los lugares de*

¹¹ Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio de la Droga y las Toxicomanías. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

¹² Plan de acción sobre Drogas 2013-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

trabajo así como a facilitar el acceso al tratamiento de los trabajadores afectados por una adicción”.

7.1.4. Ámbito Comunitario

El principio de participación social, como uno de los principios rectores de este Plan Municipal, nos dice que *“el problema de las drogodependencias y las conductas adictivas afecta a la sociedad en su conjunto, por lo que requiere una respuesta desde la propia sociedad, con la finalidad de desarrollar una actuación integral frente al mismo. Debe prestarse, no obstante, una especial atención a la implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad”.*

En la línea de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, buscaremos promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre su posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución. La solución de los conflictos sociales planteados a raíz de las conductas adictivas pasan necesariamente por la implicación de todos los agentes sociales que intervienen en la comunidad, cada uno desde su papel y en sus funciones, y todas en conjunto como un esfuerzo colectivo, complementándose unos con otros.

La prevención, en su sentido más amplio, debiera ser comunitaria. No implica una intervención distinta del resto de ámbitos, ni un marco teórico diferente. Incluiremos aquí aquellas actuaciones dirigidas a la comunidad que complementen las actuaciones anteriores.

En relación a la población adolescente y juvenil encontramos chicos y chicas que no se encuentran escolarizados/as, debido a diferentes causas que han originado el abandono del sistema educativo. Muchos/as de ellos y ellas son, precisamente, quienes presentan un mayor número de factores de riesgo facilitadores de conductas disruptivas, entre ellas el consumo de sustancias. Se hace necesario, en este caso, el desarrollo de programas multicomponentes desarrollados a través de una metodología de calle o medio abierto.

El alcohol es la sustancia más consumida entre la población joven, principalmente durante los fines de semana y en el contexto de ocio nocturno. Por ello, es importante intervenir en el mismo, así como el ofrecer a los/as más jóvenes un modelo de utilización del ocio y el tiempo libre en el que el consumo de sustancias y/o el desarrollo de adicciones sociales, juegue un papel menos importante. Se ofrecerá, por tanto, una amplia oferta de actividades de ocio, deportivas y culturales que se configure como una alternativa eficaz a la situación descrita.

Además de intervenir en los espacios utilizados por esta población joven, es conveniente tener en cuenta las herramientas que utilizan, como redes sociales, mensajería instantánea, página web, etc., con la finalidad de poder mantener un contacto desde donde desarrollar aspectos preventivos.

Los objetivos del área de prevención son los siguientes:

Objetivos Generales

- Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población general, con especial atención al alcohol y tabaco.
- Retrasar la edad de inicio y/o reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población infantil, adolescente y juvenil, con especial atención al alcohol y tabaco.
- Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población laboral, con especial atención al alcohol y tabaco.
- Reducir la oferta de drogas, atendiendo a la legislación vigente

Objetivos Específicos

- Sensibilizar e informar a la población en general sobre las drogodependencias y otras conductas adictivas, así como sobre sus problemas asociados.
- Sensibilizar e informar, aumentando así la percepción de riesgo, sobre las drogodependencias y conductas adictivas, principalmente en relación al consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, nuevas tecnologías y juego patológico, en población general y/o adolescente en particular.
- Orientar y asesorar a las personas y/o familias que demanden información sobre el consumo de drogas y/o conductas adictivas, orientando, en caso necesario, hacia el recurso más adecuado.
- Reducir el consumo y/o retrasar la edad de inicio en el consumo experimental de alcohol, tabaco, hipnosedantes y cannabis, en población escolarizada y de otros contextos formativos.
- Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en jóvenes y colectivos vulnerables, retrasando la edad de inicio y/o reduciendo el consumo de drogas.
- Promover hábitos de vida saludables en el ocio y tiempo libre, especialmente entre la población juvenil, reforzando así los factores de protección ante los consumos de drogas y conductas adictivas.
- Formar a las familias en la adquisición de habilidades y estrategias relacionadas con la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas y la promoción de la salud.

- Informar y sensibilizar al personal municipal, en relación a los consumos de sustancias y otras adicciones.
- Desarrollar actuaciones en coordinación con el sector de Hostelería.
- Velar por el cumplimiento de las diferentes medidas de control de la oferta que establece la normativa nacional, autonómica y local, en relación a la venta, distribución, consumo y publicidad sobre drogas.

Las acciones a desarrollar en esta área son las siguientes:

- ✓ Desarrollo y/o difusión de campañas informativas sobre prevención del consumo de drogas y otras adicciones, dirigidas a la población adulta.
- ✓ Difusión del Plan Municipal sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas.
- ✓ Difusión, a través de la página web municipal, de los programas y/o actividades que se lleven a cabo desde el Ayuntamiento.
- ✓ Mantener y difundir el Boletín Informativo, de carácter bimensual.
- ✓ Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), principalmente a través de las redes sociales, para hacer extensiva la difusión de información a toda la población.
- ✓ Realización de actuaciones formativas/informativas a nivel comunitario.
- ✓ Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas.
- ✓ Mantenimiento y actualización de una Guía de Recursos sobre los servicios ofertados por la red asistencial, Entidades y Asociaciones, en el municipio de Albacete.
- ✓ Desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas, en educación primaria.
- ✓ Desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas, en educación secundaria, formación profesional básica y/o ciclos formativos de grado medio y/o superior.
- ✓ Talleres formativos en programas municipales de formación para jóvenes.
- ✓ Desarrollar parte del Servicio de Información y Orientación desde el Centro Joven Municipal.
- ✓ Desarrollo de programas de prevención selectiva e indicada del consumo de drogas y conductas adictivas.
- ✓ Desarrollo de programas de educación de calle para la detección e intervención precoz con menores y adolescentes, que se encuentren en situaciones de riesgo o presenten problemas relacionados con el consumo de drogas.
- ✓ Desarrollo de talleres formativos en prevención del consumo de drogas y conductas adictivas.
- ✓ Desarrollo y/o difusión de campañas informativas sobre prevención del consumo de drogas y otras adicciones, dirigidas a población joven.
- ✓ Ofrecer alternativas a las personas sancionadas por parte de la policía local, por el incumplimiento de la ordenanza reguladora de los espacios

públicos de Albacete para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana y el civismo, en materia de “práctica del botellón”.

- ✓ Fomento y promoción del asociacionismo juvenil.
- ✓ Promoción de actividades de tipo deportivo, de ocio alternativo, cultural y formativo.
- ✓ Actividades de disminución del riesgo, especialmente en contextos de ocio nocturno.
- ✓ Desarrollo de un programa de Escuela de Madres y Padres en prevención del consumo de drogas y/o conductas adictivas, en colaboración con las AMPAS.
- ✓ Actuaciones formativas puntuales, de prevención del consumo de drogas y/o conductas adictivas, en colaboración con las AMPAS.
- ✓ Otras actuaciones con familias, fuera del marco escolar.
- ✓ Creación y difusión de fichas informativas sobre sustancias y comportamientos adictivos.
- ✓ Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas.
- ✓ Coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Albacete, para el establecimiento de actuaciones conjuntas.
- ✓ Coordinación con representantes sindicales del Comité de Empresa y Junta de Personal municipal, para el establecimiento de actuaciones conjuntas.
- ✓ Difusión entre el personal municipal del Boletín Informativo, de carácter bimensual.
- ✓ Actuaciones de sensibilización y/o formativas, con profesionales del sector de hostelería
- ✓ Intervención de la Policía Local, para hacer cumplir la normativa nacional, autonómica y municipal en materia de drogas, reduciendo así la accesibilidad y disponibilidad percibida de las mismas.

7.2. ÁREA DE ASISTENCIA

Por asistencia entendemos todas aquellas medidas y acciones encaminadas a superar una situación de consumo problemático de drogas o una conducta adictiva, así como las destinadas a paliar los diversos problemas asociados a dichos consumos o conductas. Así mismo, es necesario tener en cuenta a los familiares más cercanos que son, por una parte, un pilar necesario para la recuperación de estas personas y, por otro, sufren las consecuencias derivadas de dichas conductas.

Según la Estrategia Nacional sobre Drogas, las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes

recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico.

Por otra parte, la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, de Castilla-La Mancha, señala en su artículo 20 que la Junta de Comunidades, en colaboración con otras Entidades Públicas y privadas, establecerá las siguientes actuaciones prioritarias:

a) La atención a los drogodependientes y a sus familiares desde el sistema público sanitario y de servicios sociales, siempre desde un enfoque multidisciplinar, especialmente en el nivel primario.

b) La coordinación estable entre los distintos recursos y programas destinados a la atención a los drogodependientes.

c) La realización de programas encaminados a la disminución de riesgos, reducción de daños y mejora de las condiciones sociales y sanitarias del drogodependiente, incluyendo actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a personas usuarias de drogas portadoras de enfermedades transmisibles y a sus familiares.

d) El desarrollo de programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos, u otros fármacos de eficacia clínica demostrada, el control sanitario y la atención social y personalizada.

e) La potenciación de programas de integración social de personas drogodependientes y de asesoramiento a sus familiares, así como los de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con objeto de conseguir su progresiva integración social y laboral.

f) La potenciación de programas y recursos dirigidos específicamente a mujeres drogodependientes con cargas familiares no compartidas y con otros factores añadidos de riesgo.

g) La equiparación del drogodependiente a otros enfermos, y la consideración de la drogodependencia, a efectos asistenciales, como una enfermedad.

En Castilla-La Mancha *“la intervención con personas con drogodependencia tiene su referente central en las unidades de conductas adictivas (UCA), en torno a las cuales se articulan el resto de recursos de la red de asistencial, siendo receptor y derivador desde/a distintos eslabones, adecuadamente coordinados y que pretenden complementarse. Las UCA, las unidades de salud mental de adultos y las unidades de salud mental infanto-juvenil, forman el eje central en torno al cual se estructura la atención a la salud mental y los trastornos causados por las conductas adictivas, con el fin de prestar atención y continuidad de cuidados a los pacientes y sus familiares, en todas las edades y en los distintos grados de comorbilidad entre los trastornos por*

*dependencia y otros trastornos mentales*¹³. Este nivel sanitario viene desarrollado por la Administración Regional.

A nivel local, las actuaciones deben basarse, por un lado, en la coordinación con el sistema sanitario y de servicios sociales y, por otro, en el establecimiento de acciones complementarias. En este sentido, son de especial importancia las entidades y/o asociaciones locales de ayuda mutua que atienden no solamente a personas afectadas por las conductas adictivas, sino también aquéllas que atienden a los familiares afectados por dicha situación.

Como en el área de prevención, también aquí es importante la intervención de calle, en este caso en materia de reducción de daños, cuya finalidad es paliar las consecuencias derivadas de un consumo de sustancias que no se desea o no se puede abandonar.

Los objetivos del área de asistencia son los siguientes:

Objetivos Generales

- Facilitar la accesibilidad a la red asistencial especializada en materia de drogas y/o conductas adictivas.
- Facilitar la existencia de diferentes recursos asistenciales y/o profesionales, complementarios a la Unidad de Conductas Adictivas.
- Mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de las personas con problemas derivados del consumo de drogas.

Objetivos Específicos

- Informar, orientar y asesorar a las personas afectadas por el consumo de drogas y/o conductas adictivas, a sus familias y a los colectivos que lo demanden, orientando en cada caso hacia el recurso más adecuado.
- Aumentar el conocimiento sobre la oferta de servicios y programas existentes en los diferentes recursos asistenciales.
- Apoyar a personas alojadas en el Centro de Atención Integral de Personas Sin Hogar (CAIPSH), con problemas derivados del consumo de drogas y/o conductas adictivas, para su mantenimiento en la red especializada.
- Prestar especial atención a la población de mujeres drogodependientes, implementando las acciones que sean necesarias para garantizar el efectivo acceso de las mismas a los recursos.
- Apoyar la actividad de los colectivos y/o entidades de ayuda mutua, así como de otras entidades, en materia de drogodependencias y otras conductas adictivas.

¹³ Plan Regional de drogodependencias y otras adicciones de Castilla-La Mancha “Horizonte 2018”

- Apoyar la creación de nuevos recursos asistenciales y/o mantenimiento de los ya existentes.
- Fomentar, apoyar e impulsar la intervención en materia de reducción del daño y riesgos derivados del consumo de drogas.

Las acciones a desarrollar en esta área son las siguientes:

- ✓ Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas.
- ✓ Mantenimiento y actualización de una Guía de Recursos sobre los servicios ofertados por la red asistencial, entidades y asociaciones, en el municipio de Albacete.
- ✓ Primer acompañamiento a la persona usuaria a los diferentes servicios de la red asistencial, en caso de demanda por parte de la misma.
- ✓ Difusión de la Guía de Recursos de Intervención Social en Drogodependencias del municipio de Albacete.
- ✓ Atención y apoyo personalizado a personas usuarias del Centro de Atención Integral de Personas Sin Hogar (CAIPSH) que presenten consumo de sustancias u otras conductas adictivas, con la finalidad de conseguir un inicio y/o mantenimiento dentro de la asistencia especializada, aumentando su adherencia a la misma y apoyando su Plan de Intervención Social.
- ✓ Acompañamiento de personas usuarias del Centro de Atención Integral de Personas Sin Hogar (CAIPSH) a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) u otros recursos asistenciales, cuando lo precisen.
- ✓ Inclusión de perspectiva de género en los programas/proyectos y otras acciones desarrollados y/o financiados desde el Ayuntamiento.
- ✓ Prestación de ayuda económica y/o institucional a las asociaciones de ayuda mutua y/o entidades que desarrollan su labor en el municipio de Albacete.
- ✓ Facilitar el uso de instalaciones municipales en aquellos casos que se considere conveniente para el óptimo rendimiento del recurso.
- ✓ Apoyar la creación de nuevos recursos asistenciales que complementen la actuación de los ya existentes.
- ✓ Mantenimiento de las instalaciones municipales cedidas a la Administración Regional, para el desarrollo de la actividad de la Unidad de Conductas Adictivas.
- ✓ Mantenimiento del Servicio de Mediación Jurídica en Drogodependencias.
- ✓ Colaboración en mantenimiento de Centro de Día de asistencia a personas con problemas derivados del consumo de drogas u otras conductas adictivas.
- ✓ Desarrollo de programas de reducción del daño, dirigido a personas afectadas por el consumo de drogas no susceptibles de inclusión en programas encaminados a la abstinencia del consumo.

- ✓ Desarrollo de actividades de Educación para la Salud, dirigidas a personas afectadas por el consumo de drogas y la problemática asociada al mismo.
- ✓ Seguimiento de personas con problemas de consumo, a través de la Educación de Calle.
- ✓ Programas de intercambio y distribución de jeringuillas y kits sanitarios.
- ✓ Programas de distribución de preservativos y talleres de sexo seguro.
- ✓ Proporcionar otro material higiénico que conlleve un consumo y unos hábitos de menor riesgo en el mismo.

7.3. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Uno de los objetivos generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas es el de *“Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral”*. Igualmente, desde la misma se indica que, con la finalidad de reforzar los mecanismos que promueven la “no desvinculación” de las personas en tratamiento de su medio laboral y, en todo caso, que faciliten la reinserción en el mismo, *“se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.) que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no solo desde las carencias sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento”*. Para conseguir tal fin, se interviene desde distintos contextos de actuación, como son el sanitario, los Servicios Sociales, el ámbito laboral y el Sistema Judicial.

A nivel judicial, el número de personas implicadas por denuncias y delitos relacionados con las drogas es elevado. La mediación trabaja desde la gestión positiva del conflicto, acercándola a las partes y haciéndolas responsables de sus propias decisiones¹⁴. Durante el período 2012-2015, fueron atendidos en el municipio de Albacete, a través del programa de mediación jurídica de Cáritas, 4.680 casos, de los cuales 1.462 corresponden a personas con esta problemática¹⁵. Por tanto, la mediación jurídica en drogodependencias se configura como una actuación asistencial a mantener.

En esta área se viene trabajando desde hace años con personas en riesgo de exclusión social desde los Servicios Sociales municipales, así como a través de la coordinación con otras instancias municipales, entidades sociales y otros recursos existentes.

¹⁴ Mediación en drogodependencias: reflexión práctica y ámbitos de aplicación. Javier Valero Llorca y Sandra Solbes Valero. Revista Española de drogodependencias, 2012

¹⁵ Mediación Jurídica. Memorias años 2012, 2013, 2014 y 2015. Cáritas Dicesana de Albacete

Los objetivos del área de incorporación social son los siguientes:

Objetivos Generales

- Facilitar la integración social y/o laboral de personas afectadas por el consumo de drogas.

Objetivos Específicos

- Facilitar el acceso a los recursos comunitarios que promueven la incorporación social, específicos o no, a personas con problemas derivados del consumo de drogas.
- Apoyar la incorporación laboral de personas afectadas por el consumo de drogas, a través de la formación y/o el empleo.

Las acciones a desarrollar en esta área son las siguientes:

- ✓ Coordinación con recursos comunitarios para su implicación en la normalización de la imagen social de la persona drogodependiente.
- ✓ Acompañamiento de personas usuarias en su itinerario de incorporación social.
- ✓ Aumentar el conocimiento de los diferentes recursos existentes, a través de la implicación personal de la persona usuaria.
- ✓ Reserva de un cupo de participantes en los diversos planes sociales y/o de empleo del Ayuntamiento de Albacete, donde la normativa lo permita, dirigidos a personas afectadas por el consumo de drogas, con evolución favorable.
- ✓ Desarrollo de itinerarios personalizados de incorporación social y/o laboral.
- ✓ Inclusión de personas afectadas por consumo de drogas, con evolución favorable, en acciones y programas de formación municipales.
- ✓ Seguimiento y atención de los/as usuarios/as participantes en las acciones anteriores.

7.4. ÁREA DE COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

La complejidad del fenómeno de las drogodependencias así como de otras conductas adictivas hace que, en su abordaje, intervengan recursos desde diferentes ámbitos (sanitarios, sociales, otras entidades, etc.), al mismo tiempo que se hace necesario la optimización de estos recursos, evitando respuestas descoordinadas. Por ello, dos de los principios rectores de la actuación municipal son la “Intersectorialidad y Multidisciplinariedad”, así como la “Coordinación y Cooperación”.

Desde la Estrategia Nacional sobre Drogas se orienta, impulsa y coordina las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollan en España, sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas a este fenómeno.

En la misma línea, el Plan Regional señala, por un lado, que *“Los ayuntamientos y diputaciones, como administración más cercana a los ciudadanos, deben implicarse en las intervenciones que se realicen en materia de adicciones, de manera que se promoverá la necesaria coordinación con la Administración Local, siempre de acuerdo al marco de competencias que establezca la legislación vigente”* y, por otro, que *“La solución de los problemas asociados a los comportamientos adictivos exige la implicación de toda la sociedad. En este sentido, el movimiento asociativo, en tanto que permite canalizar y articular la participación ciudadana, debe tener un papel activo en la planificación y realización de las intervenciones, participando en su ejecución de manera coordinada con las distintas administraciones”*.

A nivel municipal, la Comisión Local de Drogodependencias, se configura como el instrumento de participación, información y propuesta sobre temas referidos al consumo de drogas, toxicomanías y otras adicciones, que tengan lugar en el municipio de Albacete, siendo sus objetivos los siguientes:

- ✓ Promocionar la intervención social en materia de drogodependencias y otras adicciones, prestando el apoyo que le fuera requerido por las entidades que trabajan en la intervención social en drogas y otras adicciones, dentro de las funciones de informe y propuesta.
- ✓ Fomentar las relaciones entre entidades y personas del municipio que estén involucradas en esta materia, dentro de las funciones de informe y propuesta.
- ✓ Estimular la cooperación de las distintas Administraciones y Entidades implicadas, para una mayor eficacia y coordinación de los recursos a escala municipal, dentro de las funciones de informe y propuesta.
- ✓ Colaborar con la promoción de campañas, proyectos y actividades relacionadas con el tema que sean promovidas por la Unión Europea, Administración Central, Autonómica, Local, asociaciones que trabajen en este campo, o que acuerde formular por su propia iniciativa.
- ✓ Cualquier otra actividad que suponga beneficio para el desarrollo de la intervención social en este campo en el Municipio, dentro de las funciones de informe y propuesta.

Por otra parte, la complejidad del fenómeno de las drogodependencias mencionada anteriormente, así como su constante evolución hacen necesaria la

actualización de los y las agentes intervinientes en la misma. La misma Estrategia Nacional sobre Drogas contempla la formación como *“un ámbito transversal”* de la misma, considerándola como *“una dimensión básica para conseguir mejorar la competencia de los actores implicados en la prevención y el control de los problemas relacionados con las drogas”*.

Por ello, se hace necesario actuaciones formativas e informativas dirigidas a todas las áreas y ámbitos descritos en el Plan Municipal, entre ellos/as:

- ✓ Profesionales.
- ✓ Mediadores/as Sociales.
- ✓ Madres y Padres.
- ✓ Jóvenes.
- ✓ Profesorado.
- ✓ Asociaciones y entidades ciudadanas.
- ✓ Personal municipal.
- ✓ Sindicatos.
- ✓ Personal de otros ámbitos (hostelería, medios de comunicación, etc.).
- ✓ Voluntariado.
- ✓ Etc.

Los objetivos del área de coordinación y formación son los siguientes:

Objetivos Generales

- Coordinar las actuaciones que, en materia de adicciones, se desarrollen o vayan a ser implementadas en el municipio de Albacete.
- Mejorar la formación en materia de drogas y conductas adictivas a profesionales y agentes sociales implicados en la prevención, asistencia e incorporación social de las mismas.

Objetivos Específicos

- Potenciar la coordinación y colaboración con los recursos comunitarios existentes, así como con las entidades y asociaciones que desarrollan su labor en esta materia.
- Desarrollar programas y/o actuaciones en colaboración con otras Administraciones, entidades y/o asociaciones.
- Formar e implicar a distintos agentes sociales en la intervención en materia de conductas adictivas.
- Facilitar el desarrollo de eventos formativos en materia de conductas adictivas.

Las acciones a desarrollar en esta área son las siguientes:

- ✓ Coordinación con los recursos sociales, educativos, sanitarios y jurídicos de la comunidad, a través de la Comisión Local de Drogodependencias y Otras Adicciones.
- ✓ Coordinación de las diversas concejalías municipales, en materia de drogas y conductas adictivas.
- ✓ Difusión del Plan Municipal sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas.
- ✓ Desarrollo de actuaciones conjuntas con la Administración Regional, para el desarrollo del Plan Regional.
- ✓ Desarrollo de programas y/o actuaciones, con Asociaciones y otras Entidades, a través de convenios u otras fórmulas de colaboración.
- ✓ Jornadas técnicas u otros eventos formativos, en materia de drogas y/u otras conductas adictivas.
- ✓ Formación de mediadores sociales como agentes preventivos en drogodependencias, conductas adictivas y/o agentes de salud.
- ✓ Colaboración con las entidades que desarrollen acciones formativas en relación a las drogodependencias y/o conductas adictivas.
- ✓ Participación y/o asistencia en diversos foros de carácter técnico en materia de adicciones.

8. EVALUACIÓN

Como podemos observar, el presente Plan Municipal está estructurado en unas áreas de intervención que se traducen en unos determinados objetivos, generales y específicos, y unas determinadas acciones. Es preciso conocer si las intervenciones que realizamos se llevan a cabo de la forma prevista, si se alcanzan los objetivos marcados o, por el contrario, se producen determinadas desviaciones que deberemos detectar lo más pronto posible para insertar las medidas correctoras necesarias. Todo ello nos llevará a fundamentar la toma de las decisiones oportunas.

Para ello, llevaremos a cabo un proceso de evaluación.

La vigente Estrategia Nacional sobre Drogas ya establece, entre sus objetivos generales, la necesidad de *“potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas”*.

La evaluación del Plan Municipal sobre Drogas y Conductas Adictivas 2017-2020 se configura como un proceso continuo que comienza desde el mismo momento de elaboración del mismo, continúa con el desarrollo de las acciones previstas en él y terminará después de su finalización. Incluiría, por tanto, cuatro fases diferenciadas: evaluación previa, evaluación del proceso, evaluación de resultados y evaluación del impacto.

Con la evaluación previa, realizamos una detección de las necesidades locales. Por tal motivo, se ha llevado a cabo un análisis tanto del contexto (municipal) como de la situación en materia de drogas y otras conductas adictivas (regional y nacional), a partir del cual se configuran los diferentes objetivos y acciones a llevar a cabo durante la vigencia del Plan Municipal. Todo ello, con la finalidad de ofertar una respuesta adecuada a las necesidades de la población.

La evaluación del proceso valorará el funcionamiento de las diferentes intervenciones que se realicen, su eficiencia, su calidad, el grado en que se desarrollan según lo previsto inicialmente, así como detectar posibles áreas de mejora.

La evaluación de resultados se dirige a valorar el grado de cambio que se ha producido en la persona o la población hacia quien se dirige la intervención, respecto a la situación inicial. Valoramos así el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos y si estos se pueden atribuir a las acciones que se han llevado a cabo, es decir, analiza la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones. Para facilitar tal fin, se han establecido una serie de indicadores de evaluación en cada una de las acciones a desarrollar.

A través de la evaluación del impacto comprobaremos si las actuaciones produjeron los efectos deseados en la población diana y si se han obtenido otros efectos no previstos, con la finalidad de realizar los correspondientes ajustes

9. ANEXO 1: OBJETIVOS Y ACCIONES

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: PREVENCIÓN****OBJETIVO GENERAL: Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población general, con especial atención al alcohol y tabaco**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Sensibilizar e informar, aumentando así la percepción de riesgo, sobre las drogodependencias y conductas adictivas, principalmente en relación al consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, nuevas tecnologías y juego patológico, en población general y/o adolescente en particular	Desarrollo y/o difusión de campañas informativas sobre prevención del consumo de drogas y otras adicciones, dirigidas a población adulta.	•Concejalía de Asuntos Sociales •JCCM	•Nº campañas prevención realizadas y/o difundidas
	Difusión del Plan Municipal sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº de difusiones realizadas
	Difusión a través de la página web municipal de los programas y/o actividades que se lleven a cabo desde el Ayuntamiento.	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº programas y actividades difundidas
	Mantener y difundir el Boletín Informativo, de carácter bimensual.	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº de boletines publicados
	Utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), principalmente a través de las redes sociales, para hacer extensiva la difusión de información a toda la población	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº de redes sociales creadas Nº de difusiones
	Realización de actuaciones formativas/informativas a nivel comunitario	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras entidades	Nº actuaciones formativas/informativas
Orientar y asesorar a las personas y/o familias que demanden información sobre el consumo de drogas y/o conductas adictivas, orientando, en caso necesario, hacia el recurso más adecuado	Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas	• Concejalía de Asuntos Sociales	• Nº consultas realizadas
	Mantenimiento y actualización de una Guía de Recursos sobre los servicios ofertados por la red asistencial, entidades y asociaciones, en el municipio de Albacete.		• Nº de actualizaciones de la guía

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020			
ÁREA: PREVENCIÓN			
OBJETIVO GENERAL: Retrasar la edad de inicio y/o reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población infantil, adolescente y juvenil, con especial atención al alcohol y tabaco			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Reducir el consumo y/o retrasar la edad de inicio en el consumo experimental de alcohol, tabaco, hipnosedantes y cannabis, en población escolarizada y de otros contextos formativos	Desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas en educación primaria	•Concejalía de Asuntos Sociales •Concejalía Educación •Otras concejalías •JCCM •Otras Entidades	•Nº programas de prevención realizados •Nº de participantes
	Desarrollo de programas de prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas en educación secundaria, formación profesional básica y/o ciclos formativos de grado medio y/o superior	•Concejalía de Asuntos Sociales •Concejalía Educación •Otras concejalías •JCCM •Otras Entidades	•Nº programas de prevención realizados •Nº de participantes
	Talleres formativos en programas municipales de formación para jóvenes	•Concejalía de Asuntos Sociales •Concejalía de Empleo •Otras Entidades	•Nº de talleres •Nº de participantes
Facilitar a la población joven el acceso a la información desde un espacio normalizado	Desarrollar parte del Servicio de Información y Orientación desde el Centro Joven Municipal	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº consultas realizadas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de drogas en jóvenes y colectivos vulnerables, retrasando la edad de inicio y/o reduciendo el consumo de drogas	Desarrollo de programas de prevención selectiva e indicada del consumo de drogas y conductas adictivas	•Concejalía Asuntos Sociales •JCCM •Otras entidades	•Nº programas realizados •Nº participantes
	Desarrollo de programas de educación calle para la detección e intervención precoz con menores y adolescentes que se encuentren en situaciones de riesgo o presenten problemas relacionados con el consumo de drogas	•Concejalía Asuntos Sociales •JCCM •Otras entidades	•Nº programas realizados •Nº participantes
	Desarrollo de talleres formativos en prevención de consumo de drogas y conductas adictivas	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras entidades	•Nº talleres •Nº asistentes
	Desarrollo y/o difusión de campañas informativas sobre prevención del consumo de drogas y otras adicciones, dirigidas a población joven	•Concejalía de Asuntos Sociales •Plan Nacional y Regional sobre Drogas •Otras Entidades	Nº de campañas desarrolladas y/o difundidas
	Ofrecer alternativas a las personas sancionadas por parte de la policía local por el incumplimiento de la ordenanza reguladora de los espacios públicos de Albacete para fomentar y garantizar la convivencia ciudadana y el civismo, en materia de “práctica del botellón”	•Concejalía de Asuntos Sociales •Resto de Concejalías •Entidades colaboradoras	•Nº expedientes tramitados •Nº alternativas formativas •Nº otras alternativas
Promover hábitos de vida saludables en el ocio y tiempo libre, especialmente entre la población juvenil, reforzando así los factores de protección ante los consumos de drogas y conductas adictivas	Fomento y promoción del asociacionismo juvenil	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº de asociaciones creadas
	Promoción de actividades de tipo deportivo, de ocio alternativo, cultural y formativo	•Concejalía de Asuntos Sociales •Concejalías de Deporte, Cultura y Educación	•Nº actividades realizadas
	Actividades de disminución del riesgo, especialmente en contextos de ocio nocturno	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Concejalías	•Nº de actividades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Formar a las familias en la adquisición de habilidades y estrategias relacionadas con la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas y la promoción de la salud	Desarrollo de un programa de Escuela de Madres y Padres en prevención del consumo de drogas y/o conductas adictivas, en colaboración con las AMPAS.	•Concejalía de Asuntos Sociales. •JCCM •AMPAS	•Nº de Escuelas de Madres y Padres •Nº asistentes
	Actuaciones formativas puntuales de prevención del consumo de drogas y/o conductas adictivas, en colaboración con las AMPAS.		•Nº de sesiones formativas puntuales •Nº asistentes
	Otras actuaciones con familias, fuera del marco escolar	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras entidades	•Nº familias participantes •Nº actuaciones

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: PREVENCIÓN****OBJETIVO GENERAL: Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población laboral, con especial atención al alcohol y tabaco.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Informar y sensibilizar al personal municipal, en relación a los consumos de sustancias y otras adicciones	Creación y difusión de fichas informativas sobre sustancias y comportamientos adictivos	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº de fichas creadas
	Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº consultas realizadas
	Coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Albacete para el establecimiento de actuaciones conjuntas	•Concejalía de Asuntos Sociales •Servicio Prevención de Riesgos Laborales	•Nº reuniones realizadas •Nº actuaciones
	Coordinación con representantes sindicales del Comité de Empresa y Junta de Personal municipal para el establecimiento de actuaciones conjuntas	•Concejalía de Asuntos Sociales. •Representantes sindicales	•Nº reuniones realizadas •Nº actuaciones
	Difusión entre el personal municipal del Boletín Informativo, de carácter bimensual	•Concejalía de Asuntos Sociales	Nº de Boletines difundidos
Desarrollar actuaciones en coordinación con el sector de Hostelería	Actuaciones de sensibilización y/o formativas con profesionales del sector de hostelería	•Concejalía de Asuntos Sociales •Federación provincial de hostelería	•Nº de actuaciones realizadas

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: PREVENCIÓN****OBJETIVO GENERAL:** Reducir la oferta de drogas, atendiendo a la legislación vigente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Velar por el cumplimiento de las diferentes medidas de control de la oferta que establece la normativa nacional, autonómica y local, en relación a la venta, distribución, consumo y publicidad sobre drogas	Intervención de la policía local para hacer cumplir la normativa nacional, autonómica y municipal en materia de drogas, reduciendo así la accesibilidad y disponibilidad percibida de las mismas.	•Concejalía de Seguridad	•Nº actas de infracción

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: ASISTENCIA****OBJETIVO GENERAL: Facilitar la accesibilidad a la red asistencial especializada en materia de drogas y/o conductas adictivas.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Informar, orientar y asesorar a las personas afectadas por el consumo de drogas y/o conductas adictivas, a sus familias y a los colectivos que lo demanden, orientando en cada caso hacia el recurso más adecuado	Servicio de Información y Orientación municipal sobre drogas y conductas adictivas	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº atenciones prestadas •Nº personas atendidas
	Mantenimiento y actualización de una Guía de Recursos sobre los servicios ofertados por la red asistencial, entidades y asociaciones, en el municipio de Albacete	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Concejalías •Otras Entidades •Otras Admones.	•Nº actualizaciones de la guía
	Primer acompañamiento a la persona usuaria a los diferentes servicios de la red asistencial, en caso de demanda por parte del mismo	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº acompañamientos realizados
Aumentar el conocimiento sobre la oferta de servicios y programas existentes en los diferentes recursos asistenciales	Difusión de la Guía de Recursos de Intervención Social en Drogodependencias del municipio de Albacete	•Concejalía Asuntos Sociales	•Nº difusiones
Apoyar a personas alojadas en el Centro de Atención Integral de Personas Sin Hogar (CAIPSH), con problemas derivados del consumo de drogas y/o conductas adictivas, para su mantenimiento en la red especializada	Atención y apoyo personalizado a personas usuarias del CAIPSH que presenten consumo de sustancias u otras conductas adictivas, con la finalidad de conseguir un inicio y/o mantenimiento dentro de la asistencia especializada, aumentando su adherencia a la misma y apoyando su Plan de Intervención Social.	•Concejalía de Asuntos Sociales •Profesionales del CAIPSH •Otras Entidades	•Nº personas atendidas •Nº intervenciones
	Acompañamiento de personas usuarias del CAIPSH a la Unidad de Conductas Adictivas u otros recursos asistenciales, cuando lo precisen.	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Entidades	•Nº acompañamientos

Prestar especial atención a la población de mujeres drogodependientes, implementando las acciones que sean necesarias para garantizar el efectivo acceso de las mismas a los recursos	Inclusión de perspectiva de género en los programas/proyectos y otras acciones, desarrollados y/o financiados desde el Ayuntamiento	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Entidades	•Nº proyectos/programas desarrollados
--	--	---	---

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: ASISTENCIA**

OBJETIVO GENERAL: Facilitar la existencia de diferentes recursos asistenciales y/o profesionales, complementarios a la Unidad de Conductas Adictivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Apoyar la actividad de los colectivos y/o entidades de ayuda mutua, así como de otras entidades, en materia de drogodependencias y otras conductas adictivas	Prestación de ayuda económica y/o institucional a las asociaciones de ayuda mutua y/o entidades que desarrollan su labor en el municipio de Albacete	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Entidades	• N° de convenios y/o subvenciones realizadas
	Facilitar el uso de instalaciones municipales en aquellos casos que se considere conveniente para el óptimo rendimiento del recurso	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Concejalías	• N° de instalaciones utilizadas
Apoyar la creación de nuevos recursos asistenciales y/o mantenimiento de los ya existentes	Apoyar la creación de nuevos recursos asistenciales que complementen la actuación de los ya existentes	•Concejalía de Asuntos Sociales •Otras Entidades	•N° de nuevos recursos creados
	Mantenimiento de las instalaciones municipales cedidas a la Administración Regional para el desarrollo de la actividad de la Unidad de Conductas Adictivas		•N° instalaciones cedidas a JCCM
	Mantenimiento del servicio de mediación jurídica en drogodependencias		•N° mediaciones realizadas
	Colaboración en mantenimiento de Centro de Día de asistencia a personas con problemas derivados del consumo de drogas u otras conductas adictivas		•No de personas atendidas •N° programas realizados

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: ASISTENCIA****OBJETIVO GENERAL: Mejorar los niveles de salud y la calidad de vida de las personas con problemas derivados del consumo de drogas**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Fomentar, apoyar e impulsar la intervención en materia de reducción del daño y riesgos derivados del consumo de drogas	Desarrollo de programas de reducción del daño dirigido a personas afectadas por el consumo de drogas no susceptibles de inclusión en programas encaminados a la abstinencia del consumo.	•Concejalía de Asuntos Sociales •JCCM •Otras Entidades	•Nº programas •Nº beneficiarios/as
	Desarrollo de actividades de educación para la salud dirigidas a personas afectadas por el consumo de drogas y la problemática asociada al mismo.		•Nº actividades •Nº beneficiarios/as
	Seguimiento de personas con problemas de consumo, a través de la Educación de Calle.		•Nº Educadores/as •Nº beneficiarios/as
	Programas de intercambio y distribución de jeringuillas y kits sanitarios.		•Nº jeringuillas recogidas •Nº jeringuillas entregadas •Nº kits sanitarios
	Programas de distribución de preservativos y talleres de sexo seguro.		•Nº preservativos distribuidos •Nº talleres realizados •Nº asistentes
	Proporcionar otro material higiénico que conlleve un consumo y unos hábitos de menor riesgo en el mismo.		•Nº materiales distribuidos •Nº beneficiarios/as

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: INCORPORACIÓN SOCIAL****OBJETIVO GENERAL: Facilitar la integración social y/o laboral de personas afectadas por el consumo de drogas**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Facilitar el acceso a los recursos comunitarios que promueven la incorporación social, específicos o no, a personas con problemas derivados del consumo de drogas	Coordinación con recursos comunitarios para su implicación en la normalización de la imagen social de la persona drogodependiente	•Concejalía Asuntos Sociales •Otras Concejalías •Otras Entidades	•Nº recursos contactados
	Acompañamiento de personas usuarias en su itinerario de incorporación social	•Concejalía Asuntos Sociales •Otras Entidades	•Nº beneficiarios/as
	Aumentar el conocimiento de los diferentes recursos existentes a través de la implicación personal de la persona usuaria	•Concejalía Asuntos Sociales •Otras Entidades	•Nº beneficiarios/as
Apoyar la incorporación laboral de personas afectadas por el consumo de drogas, a través de la formación y/o el empleo	Reserva de un cupo de participantes en los diversos planes sociales y/o de empleo del Ayuntamiento de Albacete, donde la normativa lo permita, dirigidos a personas afectadas por el consumo de drogas, con evolución favorable.	•Concejalía de Asuntos Sociales •Entidades PMD •Concejalía de Empleo	•Nº planes realizados •Nº beneficiarios/as
	Desarrollo de itinerarios de inserción personalizados de incorporación social y/o laboral.		•Nº itinerarios •Nº beneficiarios/as
	Inclusión de personas afectadas por consumo de drogas, con evolución favorable, en acciones y programas de formación municipales		•Nº acciones y programas •Nº beneficiarios/as
	Seguimiento y atención de los/as usuarios/as participantes en las acciones anteriores	•Concejalía de Asuntos Sociales •Concejalía de Empleo	•Nº beneficiarios/as

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: COORDINACIÓN Y FORMACIÓN****OBJETIVO GENERAL:** Coordinar las actuaciones que, en materia de adicciones, se desarrollen o vayan a ser implementadas en el municipio de Albacete

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Potenciar la coordinación y colaboración con los recursos comunitarios existentes, así como con las entidades y asociaciones que desarrollan su labor en esta materia	Coordinación con los recursos sociales, educativos, sanitarios y jurídicos de la comunidad, a través de la Comisión Local de Drogodependencias y Otras Adicciones	•Comisión Local Drogodependencias	•Nº reuniones •Nº entidades
	Coordinación de las diversas concejalías municipales en materia de drogas y conductas adictivas	•Concejalías municipales	•Nº reuniones •Nº concejalías
	Difusión del Plan Municipal sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas	•Comisión Local Drogodependencias	•Nº difusiones
Desarrollar programas y/o actuaciones en colaboración con otras Administraciones, entidades y/o asociaciones	Desarrollo de actuaciones conjuntas con la Administración Regional para el desarrollo del Plan Regional	•Ayuntamiento de Albacete •Administración Regional	•Nº actuaciones conjuntas •Nº reuniones
	Desarrollo de programas y/o actuaciones con Asociaciones y otras Entidades, a través de convenios u otras fórmulas de colaboración	•Concejalía de Asuntos Sociales •Asociaciones y/o Entidades	•Nº de convenios y/o colaboraciones

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS 2017-2020**ÁREA: COORDINACIÓN Y FORMACIÓN**

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la formación en materia de drogas y conductas adictivas a profesionales y agentes sociales implicados en la prevención, asistencia e incorporación social de las mismas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	AGENTES IMPLICADOS	INDICADORES DE EVALUACIÓN
Formar e implicar a distintos agentes sociales en la intervención en materia de conductas adictivas	Jornadas técnicas u otros eventos formativos en materia de drogas y/u otras conductas adictivas	•Concejalía Asuntos Sociales •Admón. Regional •Otras Entidades	•Nº jornadas o eventos formativos •Nº participantes
	Formación de mediadores sociales como agentes preventivos en drogodependencias, conductas adictivas y/o agentes de salud	•Concejalía Asuntos Sociales •Admón. Regional •Otras Entidades	• Nº acciones formativas • Nº asistentes
Facilitar el desarrollo de eventos formativos en materia de conductas adictivas	Colaboración con las entidades que desarrollen acciones formativas en relación a las drogodependencias y/o conductas adictivas	•Concejalía Asuntos Sociales •Otras Entidades	•Nº colaboraciones
	Participación y/o asistencia en diversos foros de carácter técnico en materia de adicciones	•Concejalía de Asuntos Sociales	•Nº participaciones y/o asistencias

