

**PLAN MUNICIPAL SOBRE  
DROGODEPENDENCIAS Y OTROS  
TRASTORNOS ADICTIVOS DE LEGANÉS  
2022-2026**



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1.- INTRODUCCIÓN	<b>4</b>
2.- MARCO NORMATIVO	<b>6</b>
3.- JUSTIFICACIÓN	<b>8</b>
4.- LEGANES Y SUS ANTECEDENTES EN LA ACTUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.	<b>9</b>
5.-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN AMBITO DE LAS ADICIONES 5.1 Situación en la Unión Europea. 5.2 Situación en España. 5.3 Situación Comunidad de Madrid.	<b>13</b>
6.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS 6.1 Atención integral a la Adicción. 6.2 Prevención y Promoción de la Salud	<b>31</b>
7.- RECURSOS SOCIOSANITARIOS DEL MUNICIPIO	<b>45</b>
8.- REPECUSION DEL SARS-COV-2	<b>46</b>
9.- PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN	<b>48</b>
10.- CARACTERISTICAS TECNICAS Y METODOLOGIAS DEL PLAN 10.1 Concordancia con los planes autonómicos y nacionales 10.2 Modelo teórico. 10.3 Principios del Plan. 10.4 La misión. 10.5 Objetivos generales y específicos. 10.6 Líneas estratégicas. 10.7 Criterios metodológicos. 10.8 Sistema de seguimiento y evaluación.	<b>48</b>
11.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.	<b>56</b>
12.-FINANCIACIÓN	<b>56</b>
13.- BIBLIOGRAFÍA	<b>57</b>
14.- ANEXO	<b>58</b>

## 1.- INTRODUCCIÓN

Nuestro país goza de un consenso político, social y científico sobre la necesidad de la promoción de la salud y sobre la importancia de invertir recursos y esfuerzos no sólo en resolver o paliar los problemas del presente sino de evitar, en lo posible, los problemas futuros. La salud ha dejado de ser un objetivo lejano y utópico para ser considerado como una inversión a medio y largo plazo a la que se puede llegar tanto desde la prevención como, sobre todo, desde la promoción. Una inversión que, con criterios de oportunidad y eficiencia, también influye sobre el presente mejorando los servicios y la satisfacción de la ciudadanía.

Asumiendo que existe conciencia social sobre esta necesidad, lo que corresponde es la organización y la racionalización de los recursos que se invierten en la materia, es decir; determinar cómo se lleva a cabo la política de promoción de la Salud y prevención. En este sentido cada institución (Ayuntamiento, en nuestro caso) debe priorizar objetivos y seleccionar determinadas líneas estratégicas de actuación dentro de su ámbito de competencias para responder a las necesidades de la población.

Las adicciones constituyen un fenómeno social complejo y multidimensional por lo que intentar hacerle frente localmente exige una planificación que unifique todas las iniciativas parciales en la materia. Resulta imprescindible disponer de una política municipal muy clara sobre adicciones aunque se disponga de medios o recursos limitados.

No se debe olvidar que es al ayuntamiento hacia donde la ciudadanía vuelve sus ojos en primer lugar y de quien espera respuesta: por eso puede ejercer una función de coordinación en la ejecución de las políticas que se desarrollan en su municipio. Por tanto, parece sensato disponer de una respuesta planificada. Planificar es básicamente, pensar con un cierto orden y coherencia antes de actuar para conseguir determinados objetivos, lo cual no necesariamente debe resultar más costoso; es más, visto desde la perspectiva general del bienestar social y en términos de salud, siempre es rentable; no sólo de cara a reducir riesgos de padecer problemas sino para conseguir un estado de salud adecuado de la población así como un nivel óptimo de bienestar social.

Por otra parte, las sociedades de los países desarrollados se han hecho cada vez más complejas. La diversidad de los problemas y la especialización en la atención de los mismos han aumentado espectacularmente. Ello ha permitido grandes avances, pero, simultáneamente, la excesiva sectorización de los programas, a veces, ha hecho difícil disponer de la apropiada visión de conjunto y de la capacidad de ofrecer respuestas suficientemente integradas.

Desde esta perspectiva el **Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de Leganés 2022-2026** quiere ser una herramienta para profundizar en el conocimiento de la realidad social del municipio y para ofrecer respuestas coordinadas, integradas e integrales. Pretende ser un instrumento planificador, vertebrador y organizador de las estrategias y actuaciones en materia de adicciones que se llevan a cabo desde las diversas áreas municipales e integrando tanto a profesionales que trabajan en atención como a quienes lo hacen desde la prevención o la promoción de la salud continuando con el trabajo iniciado en 2009 con el plan de Drogodependencias de Leganés.

Con este marco, el documento del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos se configura como un instrumento que responde a las necesidades de

participación, intervención, y planificación estratégica así como instrumento político y de coordinación interinstitucional.

a) Como instrumento de **intervención** permite:

- Conocer las principales carencias, demandas y necesidades en materia de adicciones que facilite responder a ellas de manera coordinada y eficaz.
- Desarrollar nuevas iniciativas que respondan a necesidades reales y ajustadas a los recursos existentes.
- Conocer en cada momento los avances y retrocesos que se registran en todos los ámbitos en los que se desarrollan acciones en materia de adicciones.

b) Como instrumento de **participación** permite:

- Facilitar la participación de la ciudadanía y de los diversos agentes sociales en la valoración y diagnóstico de los factores de riesgo y protección del municipio.
- Concertar medidas con los diferentes agentes sociales, políticos e institucionales.
- Determinar las intervenciones y responsabilidades de los diferentes agentes implicados.

c) Como instrumento de **planificación estratégica** permite:

- Seleccionar los objetivos que en materia de adicciones mejor se adecuen a las necesidades y demandas de la población y a las prioridades de las áreas municipales.
- Ordenar la diversidad de actuaciones, programas, servicios y recursos municipales en dicha materia.
- Actualizar y adaptar las estrategias y medidas a la evolución de las situaciones de riesgo en el municipio de Leganés.
- Coordinar e integrar las actuaciones en materia de prevención, asistencia y reinserción de adicciones dentro de otras estrategias más amplias de promoción de la salud con las que se comparten muchos objetivos.

d) Como **instrumento político** permite:

- Orientar los esfuerzos de las diferentes concejalías, servicios y departamentos que desarrollan acciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de las adicciones.
- Visualizar las diversas actuaciones municipales en dicha materia, como un conjunto coherente de acciones que responden a un fin común.

e) Como instrumento de **coordinación interinstitucional** permite:

- Vincularse y coordinarse con las instancias que a tal fin se generan, tanto a nivel autonómico como municipal.

## 2.- MARCO NORMATIVO

El Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de Leganés 2022-2026 se enmarca en los siguientes ámbitos normativos:

### ÁMBITO EUROPEO.

- **Tratado de la Unión Europea.** Artículo 168 (antiguo art. 152), “*La acción de la Unión ... se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica*”.
- **Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2021-2025.** “... tres ámbitos de actuación: I.) *reducción de la oferta de droga: mejora de la seguridad;* II.) *reducción de la demanda de droga: servicios de prevención, tratamiento y asistencia;* III.) *abordar los daños relacionados con las drogas*”.
- **Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025.**

### ÁMBITO NACIONAL.

- **Constitución Española de 1978**, 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 necesarios....* 3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Así mismo facilitarán la adecuada utilización del ocio*”.
- **Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.**
- **Ley 14/1986 General de Sanidad**, artículo 6. “*Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: 1. A la promoción de la salud. 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas. 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente*”.
- **Plan Nacional sobre Drogas, 1985.** Se hace referencia a las competencias de las corporaciones locales en materia de drogodependencias.
- **Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008** ya establecía que “... *en el marco del Plan Nacional sobre Drogas corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones: 1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario. 2. Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo... 5. Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local*”.
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, donde queda de manifiesto el derecho de la ciudadanía sobre la prestación de atención sanitaria.
- **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.** En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013.
- **Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana** además de la tenencia o consumo de drogas, incluye nuevas conductas sancionables como las denominadas “cundas” o transporte compartido por los drogodependientes a los puntos de venta de droga, pero elimina la posibilidad de suspensión de las sanciones por la realización de un tratamiento para los y las mayores de edad, permitiéndola solo para menores.
- **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.** Aprobada en la conferencia Sectorial, 25 de enero de 2022.
- **Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024.**

- **Decreto 308/2019, de 26 de noviembre**, del consejo de gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud y la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.

#### ÁMBITO AUTONÓMICO (COMUNIDAD DE MADRID).

- **Ley 6/1995 de Garantías de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia**. En el título segundo marca las bases esenciales de lo que debe ser la acción administrativa de cara tanto a la prestación de servicios directos, como al desarrollo de acciones de fomento en actividades y servicios tan esenciales para las personas como la salud, la educación, el ocio, la cultura, el tiempo libre, etcétera.

- **Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga**, organismo autónomo competente en todas las acciones institucionales y sociales que sobre drogodependencias. Se fundamenta su creación y se establecen sus competencias y estructura. Se complementa con el *decreto 78/2002, de 19 de diciembre*. Derogada por Decreto 72/2015 de 7 de julio por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid.

- **Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, artículo 139 establece que “... *las Corporaciones Locales podrán recibir competencias delegadas de la Consejería de Sanidad, siempre que acrediten poder ejecutar plenamente las funciones que en materia de salud les asigne como competencia propia la legislación vigente y obtengan la acreditación para tales competencias en el modo que reglamentariamente se determine*”.

- **Ley 5/2002 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos**, artículo 45.2. “... *los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas: a) La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley. b) La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio. c) El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias*”.

- **Ley 8/2002 de Juventud**. El capítulo VII incorpora contenidos de salud y el consumo, con objeto de conseguir una protección física y psicológica integral, incluyendo la previsión de programas específicos destinados a la población juvenil.

- 2015 sustitución de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, actualmente sus competencias recaen en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud y en la Subdirección General de promoción, prevención y educación para la salud.

#### ÁMBITO LOCAL (AYUNTAMIENTO DE LEGANÉS).

- **Plan Municipal de Salud 2005** Diseñar y poner en marcha estrategias de Promoción de Salud, para el desarrollo de hábitos saludables y la reducción de comportamientos perjudiciales, adaptados a los grupos de ciudadanos, a que estén dirigidos y en especial, a los jóvenes.

- **Plan Municipal de Drogodependencias de Leganés 2009**. Marca como objetivos generales: 1.Reducir la prevalencia, incidencia e impacto de situaciones de riesgo y consumo de drogas, promoviendo así la salud de la ciudadanía en general y en materia de drogodependencias en particular. 2. Minimizar los perjuicios asociados al consumo de drogas.

- **Adhesión a la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS)** en Junta de Gobierno Local celebrada el día 21 de octubre de 2014.

### 3.- JUSTIFICACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS DE LEGANÉS

Las acciones encaminadas a mejorar la salud de la población deben formar parte de un plan de acción intersectorial realizado desde los diferentes niveles sociosanitarios y de la Administración, con el fin de diseñar estrategias que contribuyan al logro del máximo nivel de salud y bienestar de la población.

El compromiso de las Administraciones Locales es imprescindible como se recoge en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social“*El Ayuntamiento, como órgano de gobierno municipal, constituye el primer peldaño de las Administraciones Públicas al alcance de la ciudadanía y, por tanto, tiene un papel de primer orden en atender y dar respuesta a los problemas y demandas de la ciudadanía. La vinculación entre salud y municipio no es nueva. No obstante, el papel de los municipios en relación a la salud y el bienestar de la población ha ido cambiando a la par que lo hacían el concepto de salud, los problemas y necesidades de la población y las competencias municipales. La salud pública ha estado unida a lo municipal hace más de un siglo. Es en el municipio donde la gente vive, trabaja, se relaciona*”.

La Estrategia también refiere que:

*«...la administración local, por su condición privilegiada al ser la más próxima a la ciudadanía, es competente en materias que pueden ser determinantes de salud en su territorio y, por tanto, puede liderar, explicar, compartir e implementar políticas y estrategias que, con seguridad, van a permitir producir cambios en la dirección de ganar salud para su población”.*

Las adicciones son un problema social complejo, multidimensional y cambiante.

Aparecen sustancias de abuso y conductas adictivas nuevas; patrones de consumo y una sensibilidad social diferentes que provocan consecuencias individuales y sociales variadas que deben ser abordadas desde el compromiso y la responsabilidad social de todos los agentes implicados

La importancia de abordar las adicciones, como una estrategia que favorezca la salud de las poblaciones, se puede encontrar en el ámbito internacional, nacional, comunidad autónoma:

La ONU acordó en 2011 establecer como objetivo para el año 2025 una reducción del 25% en la mortalidad por enfermedades crónicas. Estableció la estrategia “*cuatro por cuatro*”, es decir, priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo (alimentación no saludable, inactividad física, **consumo de alcohol y consumo de tabaco**) para las cuatro enfermedades crónicas más importantes. En 2015 aprobó la Agenda 2030” en la Cumbre de Desarrollo Sostenible, fijándose 17 objetivos entre los cuales se encuentra el nº3 “*Salud y Bienestar*”, que pretende «*garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*». Una de las metas marcadas es «*fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*”.

La “Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024” impulsada por el “Plan Nacional sobre Drogas” se articula en torno a dos metas con diferentes objetivos estratégicos que se agrupan en varias áreas de actuación y que, a su vez, se apoyan “en seis áreas de actuación transversales. Las metas son: “*a) Alcanzar*” *una sociedad más saludable e informada mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general*» *b) Tener*” *una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción*”.

**La Ley 5/2002, de 27 de Junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos** (Comunidad de Madrid), que surge con la vocación de *«promocionar, de forma activa, hábitos de vida saludables y de una cultura de la salud que incluya el rechazo al consumo de drogas.»*

Además, esta Ley en su artículo 45.2 refiere, entre otros aspectos, *«que los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, tienen la competencia y responsabilidad mínima de aprobar y ejecutar el Plan Municipal sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, la ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio y el fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias.»*

Con esta última referencia de la Ley autonómica se regula la necesidad e importancia que tiene el abordaje de las adicciones, en sus distintas vertientes, por parte de las Corporaciones Locales.

El Ayuntamiento de Leganés aprobó la adhesión a Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud en Junta de Gobierno Local el 21 de octubre de 2014.

El Plan Municipal de Drogodependencias/Adicciones de Leganés es un instrumento al servicio del objetivo general del bienestar social del municipio que nace del compromiso del ayuntamiento con su ciudadanía, para trabajar a favor de la constante mejora de su calidad de vida desde una concepción integral de la salud.

#### **4.- LEGANES Y SUS ANTECEDENTES EN LA ACTUACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.**

Leganés es un municipio perteneciente al área metropolitana de Madrid, situada a once kilómetros del suroeste de la capital.

El municipio experimenta su mayor aumento de población en las décadas de los 60 y 70, estabilizándose posteriormente.

A mediados del siglo XX y al igual que otras localidades cercanas a Madrid, Leganés experimentó un gran crecimiento demográfico por la inmigración de otras regiones españolas, convirtiéndose en ciudad donde la mayoría de la población trabaja en la capital. Con el paso del tiempo, Leganés desarrolla una oferta propia de servicios públicos, industrias y comercios de gran importancia para la Comunidad de Madrid.

La localidad cuenta con edificios históricos como el antiguo Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel, abierto en 1851 como uno de los primeros manicomios del país; el cuartel de las Reales Guardias Valonas, diseñado por Francisco Sabatini en el siglo XVIII y que hoy es utilizado por la Universidad Carlos III de Madrid.

En el municipio se encuentra el parque de Polvoranca, uno de los parques semiurbanos más grandes de la Comunidad de Madrid.

La ciudad ha experimentado un gran crecimiento demográfico relacionado con el desarrollo económico de Madrid. Hasta la década de 1950. Su población apenas superaba los 5000 habitantes. A partir de ahí, la llegada de inmigrantes de otras provincias para trabajar en la capital propició la construcción de nueva vivienda en los municipios de los alrededores, más baratas que las del centro aunque con escasos servicios.

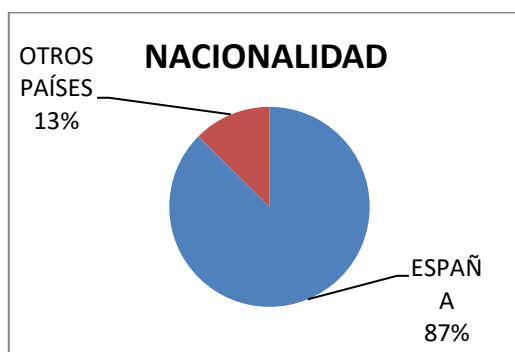
Los primeros bloques se construyeron en el barrio San Nicasio y los habitantes procedían de regiones como Extremadura, Castilla y Andalucía. De este modo se pasó de 7655 censados en 1960 a más de 56.000 en 1970 y se superaron los 160.000 en 1980.

Dado que estos movimientos superan los de cualquier previsión muchos distritos no tienen suficientes plazas de servicios públicos como colegios y hospitales.

El número de habitantes extranjeros ha aumentado en los últimos años hasta llegar a 118 foráneos por cada 1000 personas, cifra inferior a la media regional.

La población de nacionalidad española representa el 87% del censo, mientras que los de otras nacionalidades suponen el 13% restante.

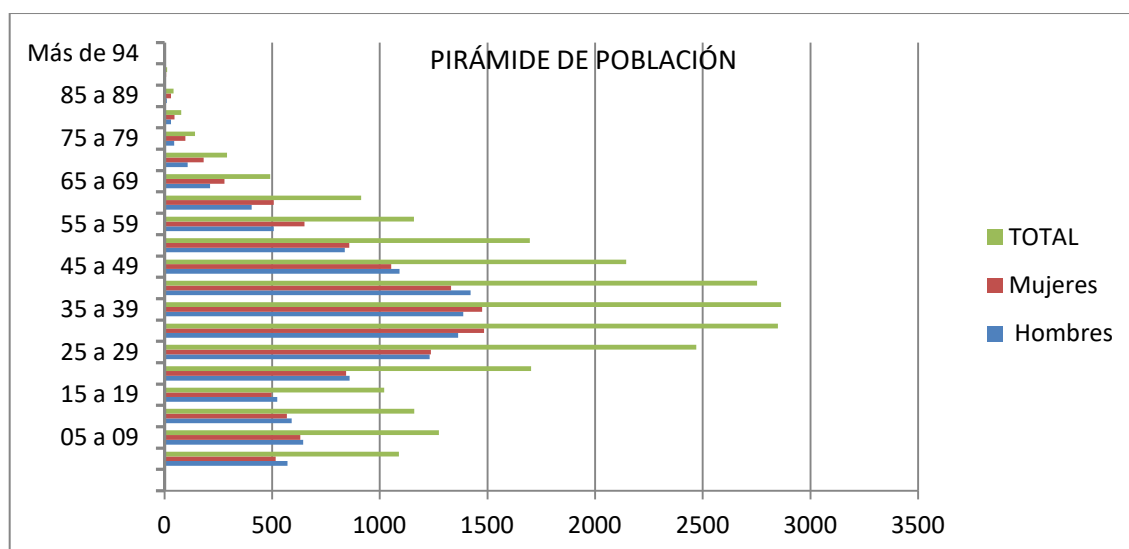
Por procedencia, las comunidades más importantes son la rumana (4076), marroquí (3107), colombiana (2867), ecuatoriana (900) y peruana (1335).



Fuente: Padrón 2021

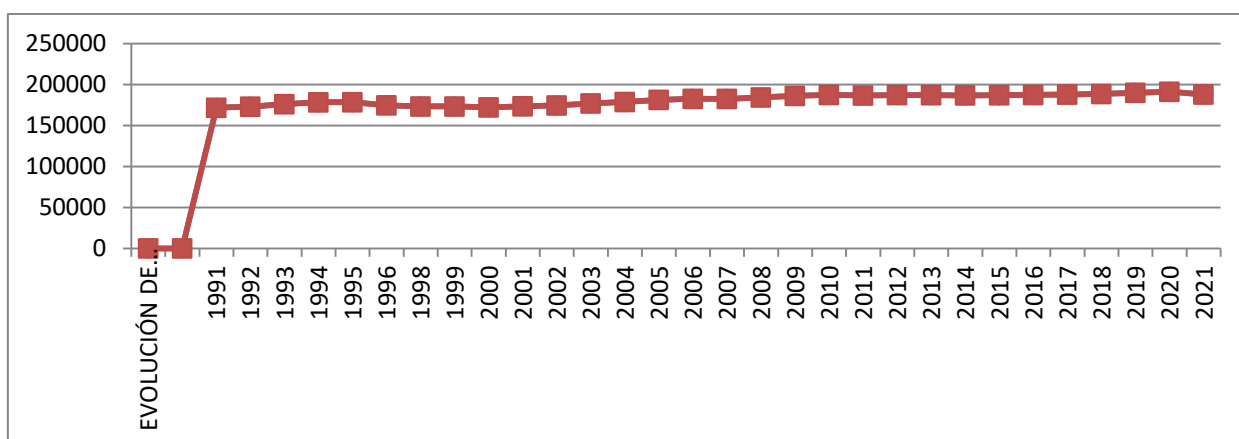
Aunque al principio se la consideraba una ciudad dormitorio, pues muchos de sus habitantes trabajan en Madrid, desde la década de 1980 se ha reducido la dependencia de servicios de la capital con la construcción de polígonos industriales, comercios, centros educativos, ambulatorios y un hospital general. Leganés forma parte de la Ley de Grandes Ciudades de España desde 2006.

Su población era de 188 691 habitantes en el año 2014 y actualmente es de 192.411 en el padrón del año 2021.

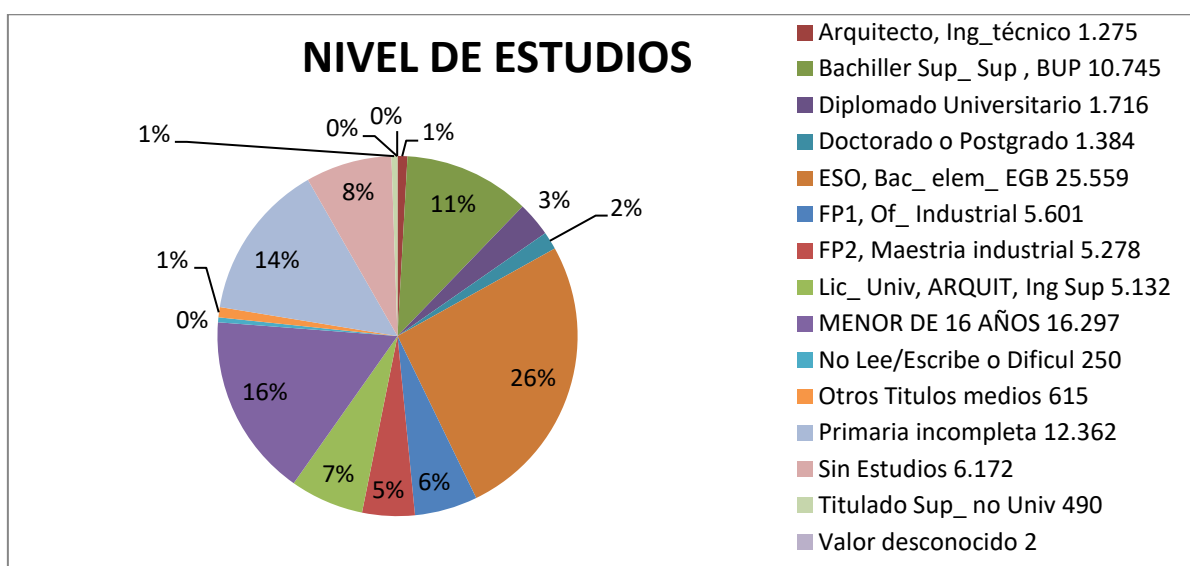


Fuente: Padrón 2021

## Evolución de la población



Fuente: Padrón 2021



Fuente: Padrón 2021

La actuación en materia de drogodependencias en el municipio se inicia en el año 1984 a través del Equipo de Salud Mental que mantiene dicha actividad hasta el verano de 1990, cuando se crea un equipo específico de atención a drogodependencias ubicándose este en un centro municipal.

A partir de 1991, el Ayuntamiento firma un convenio con la Comunidad de Madrid, convenio que permanece vigente hasta la actualidad, donde se origina el CAID (Centro de Atención Integral a las Drogodependencias).

Este centro es pionero en crear el Programa de Intervención Familiar, desde se atienden a las familias de personas con problemas de drogas que no quieren acudir a tratamiento.

La labor realizada todos estos años en el municipio, se ha impulsado y dinamizado desde el Centro de Atención Integral de Drogodependencias. No obstante se ha trabajado coordinadamente con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento (Consejería de Sanidad)

En el CAID, inicialmente se presta asistencia a personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias ilegales, heroína prácticamente en exclusiva; posteriormente se incorporan pacientes que presentan uso inadecuado de medicamentos, ansiolíticos y opioides principalmente, derivados de los servicios de Atención Primaria, Salud Mental u hospitales que solicitan poder realizar la derivación para iniciar el tratamiento de deshabituación. Alrededor del año 2000 se produce un cambio importante en el perfil de las personas atendidas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína. En 2020 se incorporan a tratamiento pacientes con consumos de alcohol como sustancia única.

Este centro fue pionero en crear el Programa de Intervención Familiar, en el que se atienden a las familias de personas con problemas de drogas que no desean acudir a tratamiento.

El Equipo de Salud Municipal inició su andadura como en la década de 1990 con un equipo de educadores de calle que trabajaban en los diferentes barrios de la ciudad con jóvenes en situación de riesgo, incorporando posteriormente intervenciones de prevención universal del consumo de drogas en el ámbito educativo.

A partir del 2012 ampliar el marco de actuación desde un enfoque de promoción de la Salud con una orientación comunitaria, implicando a todos los agentes que en el municipio trabajan por la salud entendida desde un punto de vista amplio.

En 2014 el Ayuntamiento aprobó la adhesión a Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Dotación de personal actual.

Centro de Atención integral a Drogodependientes. CAID:

- 3 psicólogos/as
- 1 médica
- 1 farmacéutico
- 1 diplomada en enfermería
- 2 trabajadoras sociales
- 2 auxiliares de laboratorio

Salud Municipal:

- 1 Técnico (Educador Social)
- 2 auxiliares técnicos

Personal compartido:

- 2 auxiliares administrativos
- 1 vigilante
- 1 coordinadora

## 5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES.

### 5.1. SITUACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA.

La Unión Europea cuenta desde 1993 con el “Observatorio Europeo de las Drogas y las Drogodependencias” (EMCDDA)<sup>5</sup> que tiene como misión proporcionar «una información real, objetiva, fiable y comparable sobre el fenómeno de la droga y la drogodependencia, así como sobre sus consecuencias». La información no siempre es fácilmente comparable ya que no hay una metodología estandarizada de recogida

Por otro lado, “The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs”, estableció una encuesta con el fin de poder recoger de forma unificada la información, describiendo el uso de sustancias psicoactivas de estudiantes de 15 y 16 años en Europa.

La Encuesta ESPAD (Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas) es fruto de un esfuerzo de colaboración de equipos de investigación en más de 40 países europeos y el mayor proyecto de investigación internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes en el mundo. El objetivo general del proyecto es reunir datos comparables sobre el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de 15 y 16 años de edad en Europa.

En 2019 se ha realizado la Encuesta ESPAD en la que por primera vez España ha participado como país miembro, si bien desde 1995 España ha proporcionado datos comparables procedentes de la encuesta ESTUDES.

Los datos que se presentan a continuación salen de ambas fuentes de información. Los datos no han podido tener el nivel de detalle que tienen los de España o incluso de la Comunidad de Madrid.

La Tabla 1 nos muestra los datos recogidos desde el EMCDDA en el que podemos ver la prevalencia de consumo de sustancias. El alcohol se confirma en Europa como la droga con la edad de inicio más temprana y junto con el tabaco, las más probadas alguna vez en la vida, seguida del cannabis. El alcohol es el de mayor prevalencia en los últimos 30 días. No aparecen datos de adicciones sin sustancia.

TABLA 1. Datos del Observatorio Europeo (EMCDDA) 2020

		CONSUMOS EN EUROPA EN POBLACIÓN GENERAL ( ENTRE 15 Y 64 AÑOS )								
		PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS								
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			Edad de inicio		
		H	M	T	H	M	T			
ALCOHOL	63,94 %	58,34 %	61%	82,6 %	72 %	77,24 %	71%	53,46 %	62 %	15-17
TABACO	65%	50,54%	58%	41%	27%	33,85%	40%	27%	33,52 %	16,6
Cigarrillos electrónicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cannabis	25,47%	15,29%	20,28 %	8,33 %	3,71 %	5,99 %	4,37%	1,69%	3,03 %	17
Cocaína	5,19 %	2,21 %	3,57 %	1,38%	0,53 %	0,95%	0,55%	0,15 %	0,34%	23
Éxtasis/MDMA	4,84%	2,33%	3,44%	1,19%	0,53%	0,85%	0,41%	0,19%	0,28%	22
Anfetaminas	3,9 %	1,88%	2,79%	0,84%	0,37%	0,59%	0,38%	0,16%	0,25%	21
LSD	0,27 %	0,10%	0,18 %	0,36 %	0,15%	0,25%	0,13%	0,3%	0,8%	-
Heroína/Opioides	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23

A continuación, se analizan los datos pertenecientes al ESPAD 2019.

Una vez más la sustancia más consumida es el alcohol con una media de 79% del total de la muestra habiendo consumido alguna vez en la vida y el 47% en los últimos 30 días, emborrachándose el 13%. Una de cada 3 personas (33%) entrevistadas había probado el alcohol a los 13 años o antes y un 1 de cada 15 (6,2%) se han emborrachado” a esa edad. Es también destacable que 1 de cada 3 (34%) estudiantes declarara haber realizado “binge drinking”. La variabilidad entre países es muy grande, pero en todos ellos, el alcohol es percibido como una droga de fácil accesibilidad. Los datos de España coinciden con la media europea con la curiosidad que el porcentaje de chicas (38%) que han realizado “binge drinking” es bastante mayor que el de chicos (30%).

En relación al tabaco, el 18% de la muestra ha fumado cigarrillos a los 13 años o más joven, aunque la media de edad de inicio es de 16 años. Un 41% de la muestra ha consumido tabaco y el 20% lo ha consumido en los últimos 30 días. España vuelve a situarse en la media europea según los datos de este estudio.

Está aumentando el uso de cigarrillos electrónicos situándose en cifras cercanas al tabaco, habiendo un 40% de estudiantes que lo han utilizado alguna vez en la vida. El uso en los últimos 30 días se sitúa en el 14%. España tiene un 42% de prevalencia a lo largo de la vida y un 9% en el último mes.

Es importante mencionar que un 32% de la población estudiantil europea considera que el cannabis es la sustancia ilícita más fácil de conseguir, en España el 41% lo considera, siendo esta una tendencia que aumenta con los años. Una vez más hay gran variabilidad de consumo entre los diferentes países con una media del 16% de la muestra que ha consumido alguna vez y el 7,1% en el último mes. Los datos de España son más altos, con el 23% alguna vez y el 12% en el último mes.

Para detectar el posible uso problemático del cannabis se utilizó la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) y un 4% de la muestra está en riesgo de desarrollar un uso problemático. En cuanto a la muestra española, un 6% de los chicos y un 5,6% de las chicas, por lo tanto, un 5,8% de la muestra.

En esta encuesta sí se han recogido datos en relación a adicciones sin sustancias.

En este sentido, un 22% de la población europea de 15 y 16 años ha jugado con dinero (online o presencial) en los últimos 12 meses y un 7,9% ha jugado con dinero online. Los datos de España son algo inferiores, 17% y 4,2%, duplicando los chicos a las chicas. Para medir un posible problema con la conducta de juego se utilizaron dos escalas. Por un lado, se incluyó una escala creada por Rockloff y sus colaboradores para medir la intensidad de la actividad de juego o el juego con dinero excesivo. Por otro lado, se utilizó la escala Lie/Bet para medir el posible juego problemático.

El 15% del alumnado europeo que había jugado con dinero en los últimos 12 meses presentó un juego con dinero excesivo, y un 5% un posible juego problemático. En el caso de España fueron menores con un 10% y 3,2% respectivamente.

Finalmente, desde el 2015, la ESPAD incluye un módulo en el que se pregunta sobre el uso de las redes sociales y los videojuegos. Se utiliza una herramienta de auto-percepción relacionado con el uso de ambas cosas para la detección de problemas centrándose en tres variables: demasiado tiempo dedicado a estas actividades, malos sentimientos debido al acceso restringido y las preocupaciones de la familia relacionadas con el tiempo dedicado a estas actividades.

Los resultados muestran que un 46% de la muestra considera tener problemas con el uso de las redes sociales (un 43% en España) y un 21% con los videojuegos (un 16% en España).

A continuación, se presenta la tabla con los datos comentados anteriormente:

TABLA 2. Datos del Informe ESPAD 2019

CONSUMOS EN EUROPA EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL ( ENTRE 15 Y 16 AÑOS )				
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS				
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS	EDAD DE ICIO
<b>SUSTANCIAS</b>				
ALCOHOL	79%	-	47%	16
1.- Borrachera	-	-	13%	-
2.- Binge drinking	-	-	34%	-
Tabaco	41%	-	20%	16,6
Cigarrillos electrónicos	40%	-	14%	-
Cannabis	16%	-	7,1%	17
Cocaína	-	1,2 %	-	23
Éxtasis/MDMA	-	0,9%	-	22
Anfetaminas	-	0,7 %	-	21
Heroína/Opioides	-	0,35 %	-	23
<b>COMPORTAMENTALES</b>				
Juego con dinero ( on-line y presencial)	-	22%	-	-
Juego con dinero on-line	-	46%	-	-
Redes Sociales percepción problema	-	46%	-	-
Videojuegos percepción problema	-	21%	-	-

## 5.2. SITUACIÓN EN ESPAÑA.

En España se dispone de dos grandes estudios que permiten contar con datos históricos y recientes. Estas encuestas son Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES, que recoge información de alumnado de entre 14 y 18 años y la Encuesta sobre alcohol y drogas de España, EDADES que recoge datos de personas entre 15 y 64 años. A su vez, desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) se emite un informe anual en el que se comentan y comparan los datos obtenidos en estas encuestas. A continuación se presenta un resumen de los datos más relevantes de las dos últimas encuestas realizadas, ESTUDES 2018/2019 y EDADES 2019/2020.

Tabla 1. ESTUDES 2018/2019

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS				Edad de inicio
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
Alcohol	76,3%	79,4 %	77,9%	74,1%	77,5%	77,9%	57,2 %	58,8%	58,5%	14
Borrachas	48,5%	53,4%	51,1%	42,3%	46,5%	44,5%	23,7%	25 %	24,3%	-
<b>TABACO</b>	<b>38,2%</b>	<b>44,3%</b>	<b>41,3%</b>	<b>31,4%</b>	<b>38,5%</b>	<b>35%</b>	<b>23,9%</b>	<b>29,3%</b>	<b>26,7%</b>	14,1
Cigarrillos electrónicos	---	-	48,9 %	-	-	37,8 %	-	-	14,9%	
Cannabis	34,5%	31,5%	33%	29,2%	25,9%	27,5%	21,5%	17,3%	19,3%	14,9
Cocaína	3,9%	1,9%	2,9%	3,2%	1,7 %	2,4 %	1,3%	0,6%	0,9%	15,1
Éxtasis	3,1%	2,1%	2,6%	2,4%	1,4 %	1,9 %	0,6 %	0,4%	0,7 %	15,4
MDMA	1,9 %	1,3 %	1,6 %	1,6 %	0,8 %	1,2 %	0,7%	0,3 %	0,5 %	15,2
Anfetaminas	2,7%	1,2 %	1,9 %	2,0 %	0,8 %	1,4 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	15,2
Alucinógenos *	2,7 %	1,2 %	1,9 %	2,0 %	0,8 %	1,4 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	15,2
Heroína/Opioides	1,0%	0,4 %	0,7 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %	14,5
Hipnosedantes	15,1 %	21,5 %	1,4 %	9,8 %	1,1 %	12 %	5,1 %	7,7 %	6,4 %	14
Hipnosedantes sin receta	6,8 %	10,3%	8,6 %	4,7 %	7,4 %	6,1 %	2,2 %	3,5 %	2,9 %	14,3
Analgésicos opioides	3,00 %	1,5 %	2,2 %	2,2 %	0,8 %	1,5 %	0,7 %	0,2 %	0,5 %	14,9

FUENTE: OEDA INFORME 2020 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (ESTUDES 1994- 2018/2019)

Tabla 2. EDADES 2019/2020

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			Edad de inicio
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	
<b>Alcohol</b>	95,5 %	90,4 %	93 %	82,7 %	71,6 %	77,2 %	72 %	53,9 %	63 %	16,7
<b>TABACO</b>	74,9 %	65,1 %	70 %	44,4 %	34,2 %	39,4 %	41,4 %	32 %	36,8 %	16,6
<b>Cigarrillos electrónicos</b>	12 %	8,9 %	10,5 %	5 %	3,2 %	4,1 %	2,4 %	1,2 %	1,8 %	30,4
<b>Cannabis</b>	43,3 %	28,7 %	37,5 %	14,6 %	6,3 %	10,5 %	11,4 %	4,7 %	8 %	18,5
<b>Cocaína</b>	16,1 %	5,7 %	11,2 %	4,00 %	0,9 %	2,5 %	1,9 %	0,3%	1,2 %	21,1
<b>Éxtasis</b>	7,5 %	2,4 %	5 %	1,4 %	0,4 %	0,9 %	0,6 %	0,1 %	0,3 %	20,7
<b>MDMA</b>	1,8 %	0,5 %	1,2 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0 %	0,1 %	23,3
<b>Anfetaminas</b>	6,5 %	2 %	4,3 %	0,9 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,2%	0,3 %	20,6
<b>Alucinógenos*</b>	8,2 %	2,8 %	5,5 %	1 %	0,2 %	0,6 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	21,2
Setas mágicas	5,3 %	1,7 %	3,5 %	0,6 %	0,1 %	0,4 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	22,2
<b>Heroína/Opioides</b>	1,2 %	0,3 %	0,7 %	0,1 %	0 %	0,1 %	0,1 %	0 %	0 %	22,6
<b>Hipnosedantes</b>	18,3 %	26,8 %	22,5 %	9,4 %	14,7 %	12 %	6,5 %	10,7 %	8,6 %	23,4
<b>Hipnosedantes sin receta</b>	3 %	3,1 %	3,1 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %	0,6 %	0,4 %	0,5 %	30,6
<b>Analgésicos opioides</b>	14,1 %	26,2 %	15,2 %	6,2 %	8,1 %	7,1 %	3 %	4,3 %	3,6 %	32,6

FUENTE: OEDA INFORME 2021 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES 2019/2020)

Los datos de la Encuesta ESTUDES 2018/2019 (alumnado de 14 a 18 años) y la Encuesta EDADES 2019/2020 (población de 15 a 64 años) muestran una vez más, que las drogas legales más consumidas alguna vez en la vida son el alcohol (77,9% ESTUDES y 93% EDADES) y el tabaco (41,3% y 68,5%). Seguidas por el cannabis (33% y 37,5%) y los hipnosedantes (18% y 22,5%) dentro de las drogas ilegales.

Por otro lado, se ve que también tienen una edad de inicio de consumo muy temprana. El alcohol, el tabaco y los hipnosedantes a los 14 años y el cannabis a los 14,9 años según ESTUDES. Si se presta atención a los datos de EDADES, la edad de inicio de tabaco es de 16,6, alcohol 16,7, cannabis 18,5 e hipnosedantes 32,6 años.

Como se puede observar en los datos de ambas encuestas, el alcohol es la sustancia más consumida por la población española (93% general, 95,5% de los hombres y el 90,4% de la mujeres - EDADES) por lo que se puede concluir que el consumo de bebidas alcohólicas está totalmente normalizado y aceptado por la sociedad española. En ESTUDES, se ha visto que el consumo de alcohol correlaciona con: un mayor número de faltas de asistencia al centro escolar (33,2% que consumen frente a 24,4% toda la muestra); Una familia más permisiva con el consumo del alcohol (50,4% frente a 37,5%); Una hora de vuelta a casa en las salidas más tardía (3am o más, 52,9% frente a 37,6%); Y el consumo de otras drogas (42,7% frente a 28,4%). Estos datos revelan los principales factores de riesgo y vulnerabilidad de la población

más joven, indicando los aspectos en los que se debe incidir en la prevención y la detección precoz de consumo de alcohol.

El acceso al alcohol se produce principalmente en bares o pubs, supermercados y/o discotecas. Un 58% del alumnado encuestado ha bebido en los últimos 30 días, un 22,6% han realizado botellón, el 24 % se ha emborrachado y el 32% ha hecho “binge drinking” (beber gran cantidad de alcohol en un periodo corto de tiempo) de los cuales el 56,7% han sido chicos y un 54,3% chicas.

En la tabla 3 podemos observar la evolución del consumo de alcohol en la franja de alumnado de 14 a 18 años.

Tabla 3. ESTUDES 2018/19

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alguna vez en la vida	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Últimos 12 meses	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9	76,6	75,6	75,9
Últimos 30 días	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	85,5	63,0	74,0	68,2	67,0	58,5
-Borracheras Últimos 30 días	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6	30,8	22,2	21,8	24,3
Bringe drinking Últimos 30 días								41,4	36,7	41,8	32,2	31,7	32,3
Edad media de inicio consumo	13,5	13,7	13,8	13,6	13,7	13,7	13,7	13,7	13,7	13,9	13,8	14,0	14,0
Edad media de inicio consumo alcohol semanal		15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	14,8	14,8	15,1	15,0	15,0	15,1	15,2
Edad primera borrachera										14,8	14,6	14,7	14,8

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

Es preocupante que, a pesar de haber disminuido el consumo en los últimos 30 días, las borracheras han aumentando, así como el “binge drinking”.

Si se analiza el consumo de bebidas energéticas (tipo Redbull, Monster, Burnout...) 4 de cada 10 jóvenes responden haber tomado alguna en los últimos 30 días (49,7% chicos y 31,1% chicas).

En cuanto al consumo de tabaco, el 41,3% del alumnado ha fumado alguna vez y el 9,8% fuma diariamente, siendo la edad media de inicio de consumo 14,1 años. Se observa que las chicas están consumiendo más tabaco (56,3%) que los chicos aunque no difiere la edad de inicio.

Un dato importante a destacar es la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en el alumnado de 14 a 18 años (48,4%), aumentando la proporción de forma considerable en la población que ya consume tabaco (6 de cada 10). Los chicos los utilizan más (53,7%). En la población general (15 a 64 años) la prevalencia de alguna vez en la vida es del 10,5%.

Es importante mencionar, que el cannabis es percibido como menos peligroso que el tabaco y además, se percibe como la sustancia más disponible. Un 42% del alumnado ha recibido oferta de cannabis en los últimos 12 meses.

El ESTUDES muestra que la edad media de inicio de consumo de cannabis es de 14,9 años. El cannabis es la droga ilegal más consumida por el alumnado de 14 a 18 años (33%), aumentando de forma considerable a medida que aumenta la edad. El 15,8% (ESTUDES) de la población estudiantil de 14 años admite haberla probado alguna vez, el 51,2% (ESTUDES) de la de 18 años y el 37,5% (EDADES) de la población de 15 a 64 años.

El perfil de población estudiantil consumidora de cannabis nos describe a un chico (54,1%), que falta a clase (49,6% frente al 24,4% del total), que repite curso (38,2% frente a 24,2%),

con una familia permisiva frente al consumo de cannabis (10,7% frente a 5,9%) y con policonsumo de 3 o más sustancias (74,1% frente a 31,4%).

Las personas con un consumo problemático de cannabis (CAST>4) son las que más sustancias consumen (61,2% más de 4 frente a 10,5%), destacando el alcohol, que hace botellón (64,1% frente a 22,6%), practica el “binge drinking” (76,7% frente a 32,3%) y se emborracha (72% frente a 24,3%). Una vez más, estos indicadores facilitan datos para la detección precoz del consumo y la prevención.

Mencionar que el consumo es mayor en los chicos en todas las drogas ilegales, a excepción de los hipnosedantes y el consumo de las drogas legales está más extendido en chicas (alcohol y tabaco). Esta tendencia no se confirma en los datos de la Encuesta EDADES.

Si se analizan los datos desde la perspectiva de género, se pueden interpretar estos datos como una confirmación de los mandatos de género; Se esperaba que las mujeres no consumieran drogas y si lo hacían, que fuera dentro de la legalidad. La única sustancia que es mayor en las mujeres son los hipnosedantes, lo cual podría indicar que se está produciendo un abuso en la medicalización de los malestares (malestares de género).

En cuanto a los hipnosedantes con y sin receta, la edad media de inicio de consumo es de 34,4 años y el 22,5% de la población entre 15 y 64 años los han consumido alguna vez en la vida. Los datos reflejan que en todas las franjas de edad, el consumo por parte de las mujeres es significativamente mayor, habiendo un 8,1% de las mujeres que los consumen a diario frente al 4% de los hombres (EDADES).

El 25,8% del alumnado de 14 a 18 años ha consumido alguna vez en la vida, el 17,2% en los últimos 12 meses y 9,5% en el último mes (ESTUDES).

Resaltar que en relación a hipnosedantes sin receta los datos también son preocupantes ya que un 8,6% del alumnado los ha consumido, el 6,1% en los últimos 12 meses y el 2,9% en los últimos 30 días. En cuanto a la población general, el 3,1% los ha usado alguna vez en la vida, siendo la edad de inicio los 30,6 años, cifra considerablemente menor que la de hipnosedantes prescritos.

Llama la atención el consumo de analgésicos opioides para “colocarse” dentro de la población más joven (3,0%). Se da un mayor consumo por parte de los chicos y aumenta de forma considerable con la edad, llegando al 4,1% en los chicos de 18 años. Cuando se hace referencia al consumo de cocaína, la edad media de inicio de consumo son 15,2 (15, 1 en base y 15,3 en polvo) en la población estudiantil de 14 a 18, subiendo a 21,1 años cuando se estudian los datos de población entre 15 y 64 años. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo, en el grupo de 15 a 64 años es el 11,2% y de 2,9% en alumnado de 14 a 18 años. En los últimos 12 meses es el 2,5% (15-64 años) y el 2,45% (14-18 años) y en los últimos 30 días de 1,1% en población de 15 a 64 años y de 0,9% en alumnado de 14 a 18 años.

El perfil del alumnado que consume cocaína es un chico (65,1%), con faltas de asistencia a clase (59% consumidor frente a 24,4% total estudiantes), que cuando sale regresa a las 3 am o más tarde (70,8% frente a 37,6%) y es policonsumidor de 3 o más drogas (96,4% frente a 31,4%). De estos datos se puede inferir que cuando una persona joven consume cocaína ya ha consumido otras sustancias.

La tendencia al consumo de cocaína es ascendente, aunque la prevalencia es mayor a lo largo de la vida, que en el consumo de los últimos 30 días. Sigue siendo la cocaína en polvo la modalidad de elección preferida 10,9% frente a 1,4% de cocaína base.

En el resto de drogas presentadas, la tendencia es estable.

El Sistema de Alerta Temprana de la UE y el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) presentan las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) que son aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miao miao, flakka, superman, catinonas,

mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos e inciensos. Durante el 2020 se detectaron en España por primera vez 4 NSP. En el informe del Observatorio se presentan todas las NSP detectadas en España entre el 2014 y 2020 y su clasificación.

Desde el 2014 las encuestas incluyeron datos sobre conductas relacionadas con el uso de internet, los videojuegos y el juego de azar, que podían convertirse en un problema para la persona que las desarrollaba, convirtiéndose en una adicción comportamental. El “Informe sobre Adicciones comportamentales 2020. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES” será el documento en el que se basará el análisis de los datos relacionados con estas conductas.

A continuación, se presentarán y analizarán las adicciones comportamentales presentadas en dicho Informe. Como se puede ver, se ha recogido el juego de azar online y presencial (reconocido como adicción en el DSM-V dentro del capítulo de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, se habla de gambling), el uso de internet y el uso de los videojuegos (reconocido en el CIE-11, se habla de gaming). Tabla 4.

Tabla 4. Datos generales de ambas encuestas (EDADES y ESTUDES)

CONSUMO EN ESPAÑA EN POBLACIÓN GENERAL (15-64 años ) EDADES					CONSUMO EN ESPAÑA EN POBLACIÓN ESTUDIANTEL (14-18 años ) ESTUDES				
PREVALENCIA DEL CONSUMO					PREVALENCIA DEL CONSUMO				
COMPORTAMEN- TALES	ÚLTIMOS 12 MESES			EDAD DE INICIO	COMPORTAM ENTALES	ÚLTIMOS 12MESES			EDAD DE INICIO
	H	M	T	T		H	M	T	T
<b>Juego con dinero presencial</b>	65,9%	61,2%	63,6%	22,7	<b>Juego con dinero presencial</b>	30,7%	15,3%	22,7%	14,6
<b>Juego con dinero Online</b>	9,1%	4,2%	6,7%	25,9	<b>Juego con dinero Online</b>	17,4%	3,6%	3%	14,7
<b>Uso de internet</b>	94,7%	94,4%	94,5%	-	<b>Uso de internet</b>	23,4%	16,4%	20%	----
<b>Videojuegos</b>	-	-	-	-	<b>Videojuegos</b>	96%	69%	82,2%	---

\* Uso compulsivo de internet (CIUS> o= 28) FUENTE: OEDA Informe sobre Adicciones comportamentales 2020 Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

La prevalencia del juego con dinero presencial sigue siendo mucho más alta que Online, tanto en población general (63,6% frente a 6,7% Online) como en población juvenil (22,7% frente a 3% online). Un dato llamativo, teniendo en cuenta que la edad legal para apostar dinero es los 18 años, es que la edad de inicio es 14,6 y en Online es de 14,7 Y aunque los datos de la población general marcan una edad de inicio mucho mayor (22,7 y 25,9), es necesario visibilizar que el juego online se ha duplicado del 2017 al 2019 y se ha diversificado. Cuando se habla de juego con dinero Online, el tramo de edad en el que más se juega es el comprendido entre los 15 y 34 años (17,6%). Si se divide el tramo, se puede apreciar que el 9,3% del grupo corresponde a personas de 25 a 34 años (14,3% de los chicos y 4,3% de las chicas) y un 8,3% al grupo de 15 a 24 años (12,2% de los chicos y 4,1% de las chicas). A lo largo de todas las edades, la prevalencia de los hombres es mayor que el de mujeres que juegan con dinero Online.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, según la encuesta ESTUDES la prevalencia de jugar dinero Online ha aumentado del 2016 (6,4%) al 2018 (10,3%) con una importante diferencia por sexo, en los hombres (17,4%), en mujeres (3,6%). La variable edad también

juega un papel importante. A los 14 años el 8% ha jugado alguna vez y va aumentando hasta llegar al 14,6% del alumnado de 18 años. Entre el alumnado, con independencia del sexo, el juego preferido Online son los videojuegos, seguidos de las apuestas deportivas. Si se hace referencia a la cantidad máxima de dinero gastada en un día, el 5,8% (0,9% en población general) de los chicos han gastado menos de 6 euros pero un 3,7% (2,3% en población general) ha gastado entre 6 y 30 euros y por encima de un 300 euros un 1% (0,3% en población general). El 1% (0,6% en población general) de los chicos juegan diariamente y algo más del 1% más de 6 horas al día.

En relación al juego Online con dinero en la Tabla 5 se puede observar, en población general, que los hombres se centran especialmente en apuestas deportivas, mientras que en la población más joven, un alto porcentaje tanto de chicos como de chicas dedican dinero a los videojuegos. Por otro lado, en población general se sigue viendo que las mujeres juegan principalmente a loterías y loterías instantáneas, primitiva y bonoloto. En cambio, cuando se mira la distribución de elección, en la población de 14 a 18 años, se observa que las chicas diversifican mucho los juegos de elección mostrando que más de un 30% de las que han jugado han probado 8 de las 12 categorías de juego, quedando fuera las dos que son prioritarias en población genera.

Tabla 5. Datos de juego con dinero Online (EDADES y ESTUDES)

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLCIÓN GENERAL (15-64 años ) EDADES			CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLCIÓN ESTUDIANTIL (14-18 años ) ESTUDES		
PREVALENCIA DEL CONSUMO					
JUEGO con dinero ONLINE	ÚLTIMOS 12 MESES		JUEGO con dinero ONLINE	ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M		H	M
Apuestas Deportivas	58,8%	22,6%	Apuestas Deportivas	46,8%	39,5%
Juegos de cartas	14,9%	8,4%	Juegos de cartas***	16,9%	35,2%
Videojuegos	14,4%	13,1%	Videojuegos	56,1%	56-5%
Loterías, Primitivas y Bonoloto	22,6%	45,5%	Loterías, Primitivas y Bonoloto *	14,4%	19,8%
Quinielas de fútbol y/ o Quinigol	15%	11,3%	Quinielas de fútbol y/ o Quinigol	23,1%	34,8%
Bingo	6,4%	12,2%	Bingo	14,8%	33,4%
Apuestas en carreras de caballos	6,4%	8,3%	Apuestas en carreras de caballos	13,6%	35,2%
Juegos en casinos	12,2%	8,6%	Juegos en casinos	17,6%	38,3%
Slots , máquinas de azar / tragaperras	6,4%	5,6%	Slots , máquinas de azar / tragaperras	13,5%	35%
Bolsa de valores	3,8%	6,4%	Bolsa de valores	--	--
Concursos con apuestas económicas	3%	5,8%	Concursos con apuestas económicas	--	--
Juegos en salas de juegos	6,1%	7,7%	Juegos en salas de juegos	1,8%	3,8%
Loterías instantáneas ( rasca once )	8,3%	25,5%	Loterías instantáneas **	9,4%	17%

\* ONCE cupones, juego activo eurojackpot, 7/39 \*\* Rascas ONCE \*\*\* Poker, Mus, Blackjack, Punto y Banca.

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

En relación a los datos de juego con dinero presencial, aumentan a medida que lo hace enta la edad, incrementándose en todos los tramos desde el 2015 al 2019/2020. La población entre 55 y 64 años son las que más juegan (77,1%) y entre 15 y 24 ya juega el 31,4%. Las diferencias por sexo tienden a reducirse a medida que aumenta la edad. En la población de estudiantes de

14 a 18 años, según la encuesta ESTUDES la prevalencia de jugar con dinero presencial ha aumentado del 2016 (13,6%) al 2018 (22,7%) con una importante diferencia por sexo, siendo mayor en los chicos (21,6%) que en las chicas (5,4%).

A los 14 años el 18,6% ha jugado alguna vez y va aumentando hasta llegar al 37,2% del alumnado de 18 años. El juego de elección de los chicos son las quinielas de fútbol (49,2%), en segundo lugar las apuestas deportivas (48,4%) y en tercer lugar, las loterías, primitivas y bonoloto (43,9%), mientras que en el caso de las chicas las loterías son las primeras (55,4%), en segundo lugar las loterías instantáneas (45,6%) y en tercer lugar el bingo (44,1%). Sería necesario un análisis desde la perspectiva de género, para poder explicar las diferencias que se dan entre el juego online y el presencial con las chicas sobretodo.

Si se hace referencia a la cantidad máxima de dinero gastada en un día, el 12,6% (22,7% en población general) de los chicos han gastado menos de 6 euros. Respecto a la cantidad total de dinero jugada en los últimos 12 meses, aspecto preguntado en la encuesta de 2014, el 13,3% de los estudiantes de 14 a 18 años afirma haberse gastado menos de 50 euros. Solamente el 1,6% juega semanalmente frente al 5,6% de la población general.

En la Tabla 6 se recogen los datos en referencia a la distribución del juego de elección en ambas encuestas.

Tabla 6. Datos de juego con dinero presencial (EDADES y ESTUDES)

CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLCIÓN GENERAL (15-64 años ) EDADES			CONSUMOS EN ESPAÑA EN POBLCIÓN ESTUDIANTIL (14-18 años ) ESTUDES		
PREVALENCIA DEL CONSUMO					
JUEGO con dinero PRESENCIAL	ÚLTIMOS 12 MESES		JUEGO con dinero PRESENCIAL	ÚLTIMOS 12 MESES	
	H	M		H	M
Apuestas Deportivas	9.1%	1.1%	Apuestas Deportivas	48.4%	15.9%
Juegos de cartas ***	2%	0.6%	Juegos de cartas***	22.6%	16.8%
Videojuegos	0,8%	0,4%	Videojuegos	19.1%	7.5%
Loterías, Primitivas y Bonoloto*	92,7%	96.3%	Loterías, Primitivas y Bonoloto *	43.9%	55-4%
Quinielas de fútbol y/ o Quinigol	24.1%	4.4%	Quinielas de fútbol y/ o Quinigol	49.2%	21%
Bingo	4.1%	5.4%	Bingo	23,7%	44,1%
Apuestas en carreras de caballos	0.9%	0.2%	Apuestas en carreras de caballos	13.2%	6.8%
Juegos en casinos	2.3%	0.9%	Juegos en casinos	19.2%	8.8%
Slots , máquinas de azar / tragaperras	5.2%	1.4%	Slots , máquinas de azar / tragaperras	23.7%	13.3%
Bolsa de valores	0,2%	0,1%	Bolsa de valores	--	--
Concursos con apuestas económicas ***	0.2%	0.3%	Concursos con apuestas económicas	--	--
Juegos en salas de juegos	2.1%	0.7%	Juegos en salas de juegos	26.3%	16.8%
Loterías instantáneas ( rasa once )	25,1%	24.7%	Loterías instantáneas ( rasa once )	35.9%	45.6%
eSport o deportes electrónicos	----	----	eSport o deportes electrónicos	13.3%	5%

\* ONCE cupones, juego activo eurojackpot, 7/39 \*\* Rascas ONCE \*\*\* Poker, Mus, Blackjack, Punto y Banca \*\*\*\*Televisión, radio y prensa FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).

En el informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) también se analizan los resultados de la escala diagnóstica que se incluyó desde el 2017 en la Encuesta

EDADES, para hacer una estimación de la prevalencia de un posible juego problemático o trastorno del juego.

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

La prevalencia de posible juego problemático estimada a partir de la escala Lie/Bet, entre la población de estudiantes de 14 a 18 años, desvela que el 7,6% de los chicos frente al 2% de las chicas presentan posible juego problemático. En relación a la edad, la prevalencia va aumentando con la edad, siendo del 2,4% a los 14 años hasta el 9,3% a los 18 años.

Entre la población de 14 a 18 años que han jugado online, el 26,4% podrían tener un problema de juego problemático, porcentaje que desciende entre el alumnado de 14 a 18 años que han jugado con dinero de manera presencial hasta el 19,8%.

Por otro lado, los datos muestran que aquellas personas que tienen un posible juego problemático juegan una mayor cantidad de dinero, tanto en internet como de forma presencial.

Respecto al tipo de juegos online, en ambos grupos (problemático o no) han jugado en mayor medida a videojuegos, apuestas deportivas o deportes electrónicos, aunque en aquellos con posible juego problemático son las apuestas deportivas el tipo de juego más jugado. Ocurre lo mismo en el juego presencial, a pesar de que lo más jugado son las loterías, aquellas personas con posible juego problemático, juegan principalmente a apuestas deportivas.

En cuanto al uso de internet, los datos que se obtienen de la Encuesta EDADES, reflejan que más del 95,3% de la población ha usado internet alguna vez en la vida y en los últimos 30 días el 93,8%.

La tabla 7, que aparece a continuación, hace referencia al uso lúdico de internet en la población de entre 15 y 64 años, según sexo (%). Se entiende por uso lúdico la realización de actividades como mensajería instantánea (tipo whatsapp), búsqueda de información, envío / recepción de correos electrónicos o ver contenidos de video para compartir (por ejemplo, youtube). Página | 32

Tabla 7. Datos sobre el uso lúdico de internet (EDADES)

USO LÚDICO DE INTERNET	TOTAL	SEXO	
		H	M
Alguna vez en la vida	95,3%	95,4%	95,2%
ÚLTIMOS 12 MESES	94,5%	94,7%	94,4%
ÚLTIMOS 30 días	93,8 %	93,9 %	93,7%

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019)

Por edad, las mayores prevalencias (alrededor del 98%) se observan entre las personas de 15 a 44 años, mientras que la prevalencia desciende hasta un 85% cuando se analiza a las mayores de 55 años. No se observan diferencias entre hombres y mujeres. Cuando el patrón de utilización lúdica de internet es lo suficientemente frecuente como para provocar un deterioro significativo, en diferentes áreas importantes del funcionamiento de la vida cotidiana (personales, sociales, educativas, ...), se puede hablar de un uso compulsivo de internet (puntuación CIUS  $\geq$  28).

En las encuestas de población general y población estudiantil se ha incluido una escala para determinar el riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo de internet.

Según los resultados de la Encuesta EDADES 2019 (población de 15 a 64 años), la prevalencia de personas usuarias de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo es del 3.7%, lo que supone una cifra estimada de 1.139.000 personas. Por otra parte, los datos reflejan que el uso compulsivo de internet es superior entre la población más joven (de 15 a 24 años). De esta población, las mujeres presentan mayores prevalencias, hecho que sucede de forma contraria en el grupo de mayor edad, donde los hombres presentan mayor incidencia.

Según los resultados del ESTUDES, un 20% de la población estudiante presenta un riesgo elevado de estar realizando un uso compulsivo de internet, siendo superior en las mujeres (23.4%) que en los hombres (16.4%). No hay diferencias significativas por edad.

Además se ha buscado la posible correlación que pudiera tener con el consumo de algunas sustancias y los resultados han reflejado que hay correlación, siendo más evidente en los datos de población de 15 a 64 años, en los que la prevalencia se duplica en aquellas personas con posible uso compulsivo.

Tabla 8. Correlación de variables sustancias y posible uso compulsivo de internet.

SUSTANCIAS	EDADES	ESTUDES		
	Población 15-a 64	15 a 64 (puntuación CIUS >= 28 )	Población 14 a 18	14 A 15 (puntuación CIUS >=28 )
Binge Drinking	15.4%	29,1 %	32,3 %	37,9 %
Borrachera	6.8 %	17,7	24,3 %	30,7 %
Cannabis	2.9 %	6,2 %	19,3 %	23,0 %
Tabaco diario	---	---	9,8 %	10,4 %

FUENTE: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2019) y Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014 incluyó los videojuegos y deportes electrónicos (eSports), bien como persona jugadora bien como espectadora, dentro de su campo de actuación debido al notable incremento en la prevalencia de su uso en los últimos años y que se está viendo reflejado en las demandas asistenciales desde el sector profesional que les atiende.

Del mismo modo, dentro de las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales, como ya se ha visto, se incluye el juego de azar (presencial y online), el uso compulsivo de internet (se sigue explorando si es necesario dividir entre diferentes usos) y ya se ha incorporado el uso de videojuegos. Por este motivo, en el 2018 se incluyó ya en la Encuesta ESTUDES un módulo de videojuegos, no teniendo datos de población general todavía.

La tabla 9 muestra la prevalencia de uso de videojuegos, eSports o de espectador/a de eSports en el alumnado de 14 a 18 años. Es interesante observar cómo se reduce el uso a medida que aumenta la edad, posiblemente porque aumenten las áreas de interés.

Tabla 9. Videojuegos, eSports y espectador/a eSports (ESTUDES).

TIPO	SEXO			EDAD				
	Total	H	M	14	15	16	17	18
<b>Videojuegos</b>	82,2 %	96,0 %	69,0 %	85,5 %	84,2 %	81,3 %	79,6 %	78,1%
<b>eSports</b>	47,9 %	66,6 %	30,3 %	51,4 %	50,2 %	47,8 %	44,2 %	44,1 %
<b>Espectador/a eSport</b>	34,7 %	50,9 %	19,5 %	36,9 %	36,6 %	34,7 %	31,9%	32,1 %

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

A pesar de que los datos muestran un porcentaje mayor de chicos que de chicas jugando, cuando se exploran los datos de la comunidad de personas que juegan habitualmente, la diferencia es mucho menor apareciendo cifras casi iguales. Sería interesante explorar las variables edad, sexo y tiempo de juego de forma cruzada para ver si aparecen datos significativos.

Analizando la frecuencia de uso de videojuegos, Tabla 10, en el último año se puede destacar que cerca del 50% lo han hecho al menos semanalmente. Por sexo, son los chicos los que han hecho uso de videojuegos con una mayor frecuencia, no encontrando diferencias significativas referentes a la edad.

Tabla 10. Frecuencia de uso de videojuegos (ESTUDES)

		TOTAL	SEXO	
			H	M
Nunca o no	Nunca	18,4 %	4,1 %	32,4 %
De 1 a 3 días al año	Anualmente	14,2 %	4,7 %	23,5 %
De 1 a 3 días al mes	Mensualmente	20,6 %	16,9 %	24,3 %
De 1 a 4 días por semana	Semanalmente	28,6 %	43,2 %	14,3 %
De 5 a 7 días por semana	Diariamente	18,1 %	31 %	5,4 %

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

Se observa, según la Tabla 11, que la gran mayoría del alumnado que ha jugado a videojuegos en los últimos doce meses dedica menos de dos horas al día a realizar dicha actividad (50.9%). Al igual que pasa con la frecuencia de uso, son los chicos los que dedican mayor número de horas, no apreciándose diferencias de conducta en función de la edad. Destacar que el 5,6% le dedica más de 5 horas al día.

Tabla 11. Tiempo de uso de videojuegos (ESTUDES)

	TOTAL	SEXO	
		H	M
Nunca o no	20,4 %	4,3 %	38%
Menos de dos horas al día	50,9 %	49,5 %	52,6 %
De 2 a 5 horas al día	23 %	36,5 %	8,1 %
De 6 a 8 horas al día	3,7 %	6,4 %	0,8 %
Más de 8 horas al día	1,9 %	3,3 %	0,4 %

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

En relación al gasto que conlleva el uso del videojuego asociado para mejorar su posición, su personaje, accesorios, imagen, etc., la Tabla 12 indica que siete de cada diez estudiantes no han tenido ningún gasto económico; Un 19.2% indica haber gastado menos de 50 euros. Parece especialmente preocupante que el 9,2 % sí ha gastado más de 50 euros.

Referente al sexo, son los chicos los que han gastado mayor cantidad de dinero y, por edad, son los más jóvenes los que lo han hecho.

Tabla 12. Dinero gastado en el videojuego (ESTUDES)

	TOTAL	SEXO	
		H	M
Nada	71,6 %	56.1 %	92,1 %
Entre 1 y 50 euros	19,2%	29,2 %	5,9 %
Entre 51 y 100 euros	4,8 %	7,6 %	1,2 %
Más de 100 euros	4,4 %	7,1 %	0,8 %

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

Debido a este aumento del uso de los videojuegos, además del uso de internet y el juego de azar, en el año 2018, ya se incluyó en ESTUDES un apartado dedicado a los videojuegos.

El trastorno por uso de videojuegos se define desde el 2018, según la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS), como un patrón de comportamiento de juego (“juego digital” o “videojuego”) caracterizado por un control deficiente sobre el juego, aumentando la prioridad dada al juego, sobre otras actividades en la medida en que el juego tiene preferencia sobre otros intereses y actividades diarias, junto a la continuación del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas.

En el año 2013, la Asociación Americana de Psiquiatras incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el “Trastorno por Juego en Internet” (Internet Gaming Disorder), debido al potencial adictivo de los videojuegos, junto con el incremento en su prevalencia de uso.

Según datos reflejados por ESTUDES, del alumnado encuestado que manifiesta que ha jugado a videojuegos en los últimos 12 meses, el 12.1% podrían presentar un potencial Trastorno por Uso de Videojuegos.

Por edad, las mayores prevalencias se registran entre el alumnado de 14 y 15 años y se encuentran diferencias significativas en lo referente al uso por sexo, donde el porcentaje de chicos supera el 10% mientras que entre las chicas el dato es inferior al 2%.

En la Tabla 13 se refleja la posibilidad de presentar un posible Trastorno por Videojuegos según (DSM-V) en relación a una mayor frecuencia de su uso. Queda reflejado que la frecuencia de uso es mucho mayor entre el alumnado que presenta un posible trastorno (58.2%).

Tabla 13. Comparación de la Frecuencia de uso de videojuegos (ESTUDES)

		ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRANSTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nunca o no	Nunca	18,4 %	0.0
De 1 a 3 días al año	Anualmente	14.2 %	1,9 %
De 1 a 3 días al mes	Mensualmente	20,6 %	6.9 %
De 1 a 4 días por semana	Semanalmente	28,6 %	33 %
De 5 a 4 días por semana	Diariamente	18,1 %	58,2 5

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

Referente a la frecuencia de uso de videojuegos en los últimos 12 meses en relación al número de horas invertidas en esta actividad, la Encuesta ESTUDES indica que el alumnado con un posible trastorno, le dedica de media más tiempo que el resto de estudiantes (el 26.1% de dice de media más de 5 horas). Analizando los datos de la Tabla 14 se podría inferir que en el momento en que se juega más de dos horas diarias, se incrementa en gran medida las posibilidades de desarrollar un trastorno por uso de videojuegos.

Tabla 14. Comparación del Tiempo de uso de videojuegos (ESTUDES)

	ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRANSTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nunca o no	20,4 %	0.0
Menos de dos horas al día	50,9 %	23,4 %
De 2 a 5 horas al día	23 %	50,5 %
De 6 a 8 horas al día	3,7 %	15,6 %
Más de 8 horas al día	1,9 %	10,5 %

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

Atendiendo a los datos sobre la Encuesta ESTUDES, Tabla 15, el alumnado que ha gastado más dinero en mejorar su posición, su personaje, accesorios..., es el que posiblemente presente un trastorno por videojuego.

Tabla 15. Comparación del Gasto de dinero en videojuegos (ESTUDES)

	ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS	ESTUDIANTES CON POSIBLE TRANSTORNO POR VIDEOJUEGO (DSM-5)
Nada	71,6 %	34,8 %
Entre 1 y 50 euros	19,2 %	33,4 %
Entre 51 y 100 euros	4,8 %	14,5 %
Más de 100 euros	4,4 %	4,4 %

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

Aunque ninguna de las variables se ha mostrado como determinante, todas ellas han mostrado diferencias significativas entre la muestra general y la que presenta un posible trastorno por videojuegos. Cuando se cruzan variables se pueden encontrar diferentes resultados, Tabla 16. Cuando se comparan estos dos grupos con el uso de sustancias (“binge drinking”, borrachera y cannabis) no se aprecian diferencias significativas.

Cuando la comparación es cruzada con juego con dinero presencial, online y con posible juego problemático, se aprecia un porcentaje mucho mayor en el grupo con posible trastorno por videojuego.

Tabla 16. Comparación de la prevalencia de juego con dinero on-line, presencial y posible juego problemático (ESTUDES)

	Juego con dinero online Últimos 12 meses	Juego con dinero presencial Últimos 12 meses	Posible juego problemático (LIE / BET >1)
Estudiantes 14-18 años total	10,3 %	22,7 %	4,7 %
Estudiantes con un posible trastorno por videojuego (DSM-V >_ 5)	27,7 %	35,0 %	14,9 %

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

### 5.3 SITUACIÓN COMUNIDAD DE MADRID.

En Madrid, la Subdirección General de Epidemiología, de la Dirección General de Sanidad, se encarga de analizar los datos referentes a la Comunidad que se extraen de las Encuestas EDADES (15 a 64 años) y ESTUDES (14 a 18 años) nacionales.

Según la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas de la Comunidad De Madrid, EDADES 2019, analizada desde la Subdirección General de Epidemiología (Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid), los datos más destacados son los siguientes:

El alcohol es la sustancia más consumida por la población madrileña de 15-64 años, con una prevalencia de consumo en el último mes del 65,0%. El tabaco es la sustancia que más se consume a diario (33,2%), presentando la edad de inicio más precoz (16,8 años). El cánnabis es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia de consumo en el último mes del 8,7%.

El 14,6% de la población madrileña de 15 a 64 años ha consumido alguna vez analgésicos opioides, utilizándolos en la gran mayoría de los casos en la cantidad y tiempo indicados y obteniéndolos mediante receta médica.

Las prevalencias de consumo en la Comunidad de Madrid son similares a las registradas a nivel nacional para la mayoría de las sustancias.

Al comparar con la encuesta previa se observa un incremento del consumo actual de hipnosedantes, analgésicos opioides y consumo de cigarrillos electrónicos; se observa un descenso del consumo actual de tabaco, alcohol, cánnabis y cocaína.

Se presentan diferencias por sexo en el consumo de sustancias, mostrando en general los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres. Las mujeres presentan un mayor consumo de hipnosedantes y de analgésicos opioides.

El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. Además, se observa que las generaciones más jóvenes se han iniciado antes en el consumo de todas las sustancias estudiadas.

Se presenta un importante patrón de policonsumo, ya que el 42,2% del alumnado había consumido más de una sustancia en el último año. Las personas policonsumidoras presentan una mayor prevalencia de consumos de riesgo. Página | 39

El 4% de la población madrileña de 15 a 64 años realiza un consumo de riesgo de alcohol. El consumo de riesgo es superior en hombres (6,1%) que en mujeres (2%). En los hombres, en los grupos de mayor edad y en las mujeres, en los grupos de edad más jóvenes.

La prevalencia de borracheras en el último año en el grupo de edad de 15 a 24 años ha sido del 36,9% y de consumo intensivo de alcohol o en atracón (binge drinking), en el último mes, del 15,6%.

Respecto al cánnabis, el 20,7% de las personas que lo habían consumido, en el último año, realizaban un consumo problemático (32,2% en el grupo de 35- 44 años, y 27,2% en el grupo de 55-64 años), observándose que sólo el 0,6% refiere haber iniciado tratamiento en los últimos doce meses. La prevalencia de uso compulsivo de internet ha sido del 5,2% para la población madrileña de 15-64 años, siendo más frecuente en hombres; los hombres de 15 a 24 años es el grupo de población que registra la mayor prevalencia (11,3%). La prevalencia de juego problemático con dinero en el último año, en las personas que han jugado, ha sido del 4,2%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (5,4 vs 3,0).

TABLA 1. Datos de la Comunidad de Madrid EDADES 2019

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN GENERAL ( ENTRE 15 Y 64 AÑOS )												
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS												
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ EN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Alcohol	94,8 %	88%	91,4 %	7,8%	69,1%	74,5%	72,7%	57,2%	65%	16,6	17,3	17
Tabaco	75,6 %	61,7 %	68,5 %	46,7%	32,4%	39,6 %	44,5%	30,8%	37,7%	17,7	17	16,8
Cigarrillos electronicos	13,1 %	8%	10,5 %	7,5%	3,1%	5,3%	4,2%	1,5%	2,9%	29,4	29,5	29,4
Cannabis	47,4 %	28,5 %	38,0 %	14,4%	7,3%	10,9%	11,8%	5,7%	8,8%	18,43	19,4	18,8
Cocaína	16,1 %	6,4%	11,3 %	2,8%	1,2%	2%	1,1%	0,3%	0,7%	1,6	22,2	21,8
Éxtasis/MDMD	8%	2,3%	5,2%	1,5%	0,6%	1,1%	0,5%	0,1%	0,3%	21,2	19,9	20,9
Anfetaminas	5,9%	1,7%	3,8%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	20,6	20,4	20,6
Alucinógenos *	8,8 %	4,8 %	6,8 %	1 %	0,5 %	0,75%	0 %	0 %	0 %	22,4	21,7	23,5
Heroína/Opioedes	2,3 %	0,1 %	1,2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0%	21,7	23	21,8
Hipnosedantes	14,1 %	23,6 %	18,9 %	7,5 %	12,3 %	9,9 %	4,7 %	8,9 %	6,8 %	33,1	34,7	34,1
Hipnosedantes sin receta	3,6 %	4,5 %	4,1 %	2,3 %	1,8 %	2,1 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	32,2	29,3	30,7
Analgésicos Opioides	13,5 %	15,6 %	14,6 %	6,1%	7,3%	6,7%	3,3%	3,8 %	3,6%	31	32,8	32,1

Según la Encuesta Sobre Uso De Drogas en Enseñanzas Secundarias de la Comunidad de Madrid, ESTUDES 2018, analizada desde la Subdirección General de Epidemiología (Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid), los datos más destacados son los siguientes:

El alcohol es la sustancia más consumida por el alumnado de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid. Los hombres presentan prevalencias de consumo más elevadas para las sustancias ilegales (cannabis, cocaína, alucinógenos, anfetaminas, heroína, etc.) y las mujeres para las sustancias legales (tabaco, alcohol e hipnosedantes). En general, el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 14 a 18 años aumenta con la edad.

Entre las sustancias de mayor prevalencia, las de edad de inicio más precoz han sido el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, con valores similares a los registrados a nivel nacional. Este año se ha registrado una edad de inicio muy precoz para el consumo de heroína (13,7 años) pero, debido a la baja prevalencia de consumo, esta cifra puede presentar amplias oscilaciones. En los últimos años se observa un retraso de la edad media de inicio de consumo en el alcohol, el tabaco, el cannabis y las sustancias volátiles.

En la Comunidad de Madrid las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas han sido, en general, similares a las registradas para el conjunto del territorio nacional. La prevalencia de consumo de alcohol es en la Comunidad de Madrid algo inferior a la registrada a nivel nacional, siendo algo superior la de tabaco, cannabis y éxtasis.

Se observa un incremento en el consumo de tabaco, cannabis e hipnosedantes, así como en el uso de cigarrillo electrónicos.

La disponibilidad de estas sustancias para estudiantes de 14 a 18 años es elevada. La mayoría de la muestra consigue las sustancias ilegales a través de familiares/amistades/personas conocidas. A más del 40% les han ofrecido cannabis en el último año y a un 7% se lo han ofrecido más de 20 veces.

Un importante porcentaje de personas encuestadas considera que el consumo de estas sustancias, especialmente de las legales, no presenta riesgo. Más del 6% de chicos estudiantes, de 14 a 18 años, beben porque consideran que el alcohol es saludable.

El 7% del alumnado encuestado considera que está mal informado respecto al tema de las drogas y sus efectos y un 25% se considera informado sólo a medias.

La prevalencia de juego con dinero es del 23%, superior en chicos y aumenta con la edad (46% en chicos de 18 años). La prevalencia ha aumentado respecto a las encuestas previas.

El 4,8% del alumnado presenta juego patológico (20% en los que han jugado). Más del 80% de la muestra ha jugado a videojuegos en el último año (97% de los chicos y 68% de las chicas). El 11% de los chicos presenta juego problemático de videojuegos.

El 20% de las personas encuestadas presenta un uso compulsivo de internet, cifra que asciende al 27% en las chicas de 18 años. Casi la mitad de los varones de 14-17 años visitan en internet páginas sólo para personas adultas (de violencia, sexo,

TABLA 2. Datos de la Comunidad de Madrid ESTUDES 2018

CONSUMOS EN COMUNIDAD DE MADRID EN POBLACIÓN ESTUDIANTIL (ENTRE 14 Y 18 AÑOS)												
PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS												
SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ VEN LA VIDA			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DÍAS			EDAD DE INICIO		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Alcohol	74,7%	76,5%	75,6%	72,2%	74,7%	73,5%	55,6%	55,4%	55,5%	14,1	14,1	14,1
Tabaco	40,4%	46,2%	43,3%	32,8%	38,3%	35,5%	25,7%	29,6%	27,6%	14	14,1	14,1
Cigarrillos electrónicos	--	--	52,8%	--	--	41,4%	--	--	17,1%	--	--	--
Cannabis	37%	31,2%	34,1%	31,3%	26%	28,6%	22,9%	17,3%	20,1%	--	--	15
Cocaína	3,8%	1,6%	2,7%	3,1%	1,4%	2,2%	1,3%	0,3%	0,8%	--	--	15
Éxtasis/ MDMA	4,2%	2,2%	3,2%	3,6%	1,3%	2,4%	1,3%	0,2%	0,7%	15,7	15,7	15,7
Anfetaminas *	1,8%	1,1%	1,4%	1,4%	0,7%	1,0%	0,6%	0,2%	0,4%	15,2	15,2	15,2
Alucinógenos*	3,2%	1,5%	2,4%	2,4%	0,8%	1,6%	0,7%	0,2%	0,4%	15,5	15,5	15,5
Heroína/Opioides	0,7%	0,4%	0,6%	0,6%	0,2%	0,4%	0,3%	0,0%	0,2%	13,5	14	13,7
Hipnosedantes	15,3%	21,9%	18,7%	10%	15,7%	12,9%	5,4%	8,7%	7,1%	--	--	14,1
Hipnosedantes sin receta	6,4%	10,9%	8,7%	4,8%	7,6%	6,2%	2,3%	4,5%	3,4%	--	--	14
Analgésicos opioides	3,4%	1,4%	2,4%	2,15	0,6%	1,4%	0,5%	0,2%	0,4%	--	--	--
Inhalables Volátiles	2,4%	2,5%	2,2%	1,2%	0,9%	1,1%	0,5%	0,4%	0,5%	14,6	14,6	14,6

## 6. LÍNEAS DE ACTUACION Y OBJETIVOS.

6. 1. Atención integral a la adicción.
6. 2. Prevención y Promoción de la Salud

### 6. 1. ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADICCIÓN

El Servicio Madrileño de Salud, ente creado para contribuir a la adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la administración sanitaria de la Comunidad de Madrid; en virtud de lo previsto en el artículo 4 del Decreto 24/2008, de 3 de abril, desarrolla entre otras funciones la atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales y la distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.n) del Decreto 2/2022, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud, le corresponde la prestación asistencial en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud y de las instituciones de titularidad privada involucradas en estas tareas sanitarias.

La Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Leganés, suscribieron un convenio el 1 de enero 1995; este convenio tiene por objeto desarrollar un régimen de colaboración dirigido a la atención en régimen ambulatorio de pacientes drogodependientes que pertenecieran, preferentemente, al área de influencia del Centro. Esta colaboración se ha ido plasmando posteriormente en sucesivas adendas de modificación y prórroga.

El objeto del convenio es la prestación del servicio público consistente en el diagnóstico y tratamiento a personas que sufren un trastorno adictivo con la finalidad de lograr su deshabitación, que se hace operativo a través del Centro Municipal de Atención Integral a Drogodependientes (CAID; así como apoyo a sus familiares mediante consejo y estrategias para ayudarles en el proceso de deshabitación y actuaciones preventivas.

El CAID de Leganés, es un Servicio público de atención directa e integral. Presta servicio a la población afectada por problemas de mediante un modelo de intervención biopsico-social ajustado a las características individuales. El objetivo fundamental es ofrecer un tratamiento de carácter multidisciplinar, integrado e individualizado a la población afectada por el consumo de una o más sustancias.

La prestación de servicios se lleva a cabo por un equipo técnico especializado en materia de Prevención, Asistencia, Rehabilitación y Reinserción de personas con adicciones.

**Objetivo general:** Minimizar los riesgos y daños derivados de las conductas y consumos problemáticos, afianzando la coordinación con los servicios socio-sanitarios, para dar una respuesta continuada, eficaz y con perspectiva de equidad.

### Objetivos específicos

**1 Favorecer y garantizar el acceso a una atención sanitaria y social centrada en las necesidades** individuales de las personas con adicciones o en riesgo de padecerlas, respetando la singularidad de cada persona y desde los principios rectores de este Plan.

#### *Acciones*

- Promocionar la detección precoz de uso problemático de sustancias, dispositivos tecnológicos y otros comportamientos susceptibles de desarrollar adicción.
- Identificar las carencias de poblaciones específicas o más vulnerables relacionadas con detección, acceso y continuidad en la atención de adicciones (con especial atención a mujeres, menores, patología dual, situación de vulnerabilidad social).

### *Indicadores*

- N° de acciones de promoción/año.
- N° carencias detectadas/año.
- N° necesidades propuestas/año.
- N° necesidades atendidas /año.

## **2 Potenciar y asegurar la coordinación de los diferentes recursos implicados en la atención.**

### *Acciones*

- Promocionar el conocimiento mutuo de los recursos.
- Establecer protocolos de derivación y coordinación.

### *Indicadores*

- N° de reuniones/año.
- Protocolo de coordinación.
- N° coordinaciones/año.
- Protocolo de derivación.
- N° protocolos derivación/año.

## **3 Reducir o limitar los daños asociados a la adicción.**

### *Acciones*

- Crear y visibilizar un protocolo de actuación con personas en situación de vulnerabilidad para la reducción de daños asociados a distintas conductas adictivas.
- Potenciar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en la reducción de daños.

### *Indicadores*

- Protocolo de actuación en reducción de daños.
- N° de protocolos activados/año.
- N° de coordinaciones/año.

## **4 Apoyar la incorporación socio-laboral de las personas con conductas adictivas**

### *Acciones*

- Potenciar la coordinación con recursos de formación y empleo.

### *Indicadores*

- N° de plazas formativas destinadas/año.
- N° de plazas de empleo destinadas/año.
- N° personas beneficiarias/año.
- N° personas beneficiarias/sexo.

## **5 Establecer mecanismos específicos de control de la atención temprana a menores y jóvenes con conducta adictiva**

### *Acciones*

- Formación a profesionales de atención primaria, profesorado, orientación para la detección precoz de conductas de riesgo y/o de adicción.
- Dar respuesta a las necesidades detectadas en el análisis de la realidad

### *Indicadores*

- N° de menores atendidos.
- Tipología atención a menores.
- N° de jóvenes atendidos.
- Tipología atención a jóvenes.

Estas actuaciones sanitarias se articulan en una Cartera Asistencial:

- A) SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN.
- B) SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR.
- C) SERVICIO DE VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPEÚTICO.
- D) SERVICIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPEÚTICO.

1) SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN: Dirigido a personas consumidoras de tóxicos/con problemas relacionados con las adicciones, familiares, profesionales, organizaciones, asociaciones y ciudadanía en general.

Se inicia a petición de las personas que acuden al CAID, derivadas desde recursos sanitarios, sociales, educativos o de forma individual; que solicitan ser atendidas en alguna de sus necesidades: información, orientación, valoración o tratamiento.

Tiene el objetivo de recoger la demanda, informar y orientar en materia de drogodependencias/adicciones, recursos asistenciales, formas de acceso a la Red asistencial de la Comunidad de Madrid e itinerarios de tratamiento, establecer vínculo, motivar para iniciar la intervención si es necesario.

Tipos de demanda y criterios de actuación:

a) Personas que sólo demandan información y orientación para ellas o sus familiares: Informar de forma individualizada sobre sustancias/conductas adictivas, sobre usos y efectos, riesgos, tratamientos...etc.

c) Personas con problemas de adicción: Establecer vínculo y motivar para iniciar el tratamiento. Analizar el problema y plantear soluciones a corto y medio plazo. Concertar citas para el servicio de valoración.

b) Familiares de personas con problemas relacionados con conductas adictivas: Facilitar estrategias que hagan posible el tratamiento mediante la enseñanza de habilidades de manejo para familiares afectados. Reducir de la ansiedad que la situación produce. Analizar el problema y plantear soluciones a corto y medio plazo. Concertar citas en el servicio de orientación familiar.

2) SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR: Dirigido a personas del entorno familiar de la persona adicta.

Tiene una influencia positiva sobre la evolución de la persona adicta; se puede realizar de forma paralela a la intervención con el o la paciente o cuando éste no se siente motivado para iniciar un tratamiento y la familia acude al centro.

Facilita el cambio positivo en la unidad familiar y en la propia persona adicta, logrando en muchos casos, que ésta se decida finalmente a iniciar tratamiento.

Cuando la familia logra hacer cambios positivos en su dinámica interna, en la definición de sus roles, en sus sistemas de comunicación, etc., está en mejores condiciones, no sólo para ayudar de forma más efectiva a su familiar afectado por un problema de adicción, sino también para afrontar de forma positiva una situación crítica de otra índole.

3) SERVICIO DE VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPEÚTICO: Dirigido a personas adictas que estén interesadas en realizar tratamiento de deshabituación y a pacientes en tratamiento que necesitan ser reevaluados.

El proceso de valoración de los pacientes en sus aspectos bio-psico-sociales es fundamental como primer paso para establecer un plan de tratamiento o una estrategia de intervención adecuada.

### ***Valoración y Diagnóstico***

La evaluación comienza en la primera entrevista y se continúa como un proceso dinámico a lo largo del proceso de tratamiento, retroalimentando al equipo técnico y a la persona en

tratamiento, con una información útil relacionada con las diferentes áreas afectadas por la adicción. (Áreas sanitaria, psicológica, social y ocupacional).

Las áreas, dimensiones o ejes en los que se realiza la evaluación son:

1. Trastorno por consumo de Sustancias.
2. Psicopatológica.
3. Salud y Autocuidados.
4. Socio-Relacional. Familiar. Ocio y Tiempo libre. Formativo-Laboral.

*Trastorno por consumo de sustancias*, el instrumento utilizado para realizar el es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales I DSM-5.

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. El diagnóstico se basa en un patrón patológico de comportamiento relacionado con el consumo de drogas y que implica un control deficitario de la conducta, deterioro social, consumo de riesgo y efectos farmacológicos de tolerancia y abstinencia.

*Psicopatológica.*

Diagnóstico de patología concomitante mental en colaboración con el Instituto Psiquiátrico José Germain, se valora la presencia de trastornos no inducidos (primarios) y trastornos inducidos por sustancias.

*Salud y autocuidados*

Valoración del estado de salud, autocuidados y diagnóstico de patología concomitante orgánica en colaboración recursos asistenciales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Se les realiza anamnesis y exploración general y se solicitan las pruebas complementarias necesarias entre las que se incluyen analíticas para la de detección de enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el consumo de drogas: VIH y hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual.

*Socio-Relacional. Familiar. Ocio y Tiempo libre. Formativo-Laboral.*

Se valoran los recursos personales y sociales, se determinan las carencias el área familiar, educativa, laboral, de ocio y tiempo libre, comunitaria y de relaciones; para detectar la presencia de otros condicionantes relevantes, que hayan afectado o limitado el desarrollo personal del paciente y que pueden ser objeto de atención clínica.

#### ***Elaboración del plan de tratamiento personalizado***

La información recogida y puesta en común por parte del equipo interdisciplinar permite realizar una evaluación multidimensional y diseñar un itinerario de tratamiento personalizado.

Se valora la posibilidad de que el o la paciente haga uso de las distintas prestaciones de las que dispone el CAID en función de sus necesidades

Entre los objetivos principales del diseño del plan de tratamiento, se encuentran la adquisición por el o la paciente de la conciencia de enfermedad, la identificación de las fortalezas y debilidades y el mantenimiento de la motivación a lo largo de todo el proceso que favorezca la adherencia al tratamiento.

#### **4) SERVICIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL TERAPEÚTICO.**

Dirigido a personas con adicciones que han sido valoradas, diagnosticadas y establecido un plan terapéutico.

Consiste, en poner en juego la metodología, estrategias, actuaciones específicas y recursos necesarios, ya sean internos, o externos; conjugando las distintas intervenciones en función de las necesidades y de la evolución de cada paciente. Teniendo siempre presentes las diferencias

y los ritmos de cambio individuales, podemos definir algunas fases o subprocesos en el desarrollo del plan personalizado de intervención:

- Desintoxicación y/o estabilización
- Deshabitación, rehabilitación e integración social.
- Evaluación de resultados.
- Seguimiento post-alta.

### **Desintoxicación y/o estabilización (en caso de consumo de sustancias).**

La desintoxicación es un proceso, delimitado en el tiempo, por el que la persona pasa de la situación de consumo a la de abstinencia; se ponen en juego una serie de medidas farmacológicas, psicológicas, etc., que permiten controlar las manifestaciones clínicas, que se producen al dejar de consumir.

Se trata, de atenuar y/o eliminar los síntomas y signos del síndrome de abstinencia, que dependen de las sustancias consumidas, dosis y frecuencia de consumo, vía de administración, características físicas y psicológicas del sujeto y patologías. Será necesario adaptar el proceso a la situación de cada persona y utilizar las herramientas farmacológicas o de otro tipo, apropiadas, así como los recursos necesarios, ya sea en la modalidad de desintoxicación ambulatoria o la que se realiza en régimen de ingreso.

### **Deshabitación, rehabilitación e integración social.**

Implica la adquisición, por parte de cada paciente, de capacidades psicológicas que le hacen posible el abandono de la relación de dependencia establecida con la droga, la recuperación paulatina de los hábitos de vida previos a la instauración de la adicción, o la recuperación de parcelas personales que habrían sido invadidas por las conductas de consumo de drogas.

Se ponen en marcha nuevas estrategias terapéuticas, ya sean de tipo médico, psicológico, ocupacional, social, de educación y reeducación de hábitos, etc., que se orientan a facilitar la superación de miedos y tensiones, la adquisición de habilidades personales de diversa índole que les hagan más resistentes y menos vulnerables ante los riesgos del consumo, la recuperación de relaciones sociales y familiares constructivas, la adquisición y el disfrute de un ocio saludable y enriquecedor y la búsqueda de valores y estilos de vida nuevos que faciliten la asunción del reto de *vivir sin depender de una sustancia*.

La rehabilitación hace referencia al proceso orientado a recuperar funcionalidades en las distintas áreas de la vida de la persona, áreas que, suelen verse afectadas en mayor o menor medida por un problema de dependencia de las drogas.

Ambos procesos discurren paralelamente, forman parte de la misma realidad individual y constituyen el fin último de una intervención integral en adicciones. Para apoyar a cada paciente en este proceso, se precisa la participación de diferentes profesionales que conforman el equipo técnico responsable del mismo, así como la puesta en juego de diferentes medidas, estrategias, actividades y recursos. Todo ello en función de las necesidades individuales y de la evaluación continua del proceso.

#### *La educación para la salud*

Es fundamental en la recuperación social y la normalización del estilo de vida de la persona con problemas de adicción, dado que los hábitos saludables y los autocuidados permiten minimizar las secuelas producidas por la adicción. Se basa en la motivación por la propia salud, la mejora de los hábitos y las pautas de autocuidados, así como la adquisición y mantenimiento de prácticas saludables evitando las de riesgo. Se fomenta la necesidad de acudir a los recursos normalizados de atención sanitaria con los que se debe establecer una coordinación continuada repartiendo esfuerzos y poniendo el acento en el colectivo de pacientes con períodos más largos de consumo.

El *uso adecuado del ocio* se evidencia como un instrumento normalizador y facilitador de la estabilización personal y de la integración social mediante el diseño de estrategias y actividades orientadas a desarrollar las habilidades personales, sociales y culturales en ese

ámbito. Serán prioritarias las intervenciones encaminadas a fomentar actividades de carácter participativo en ambientes normalizados del entorno comunitario más próximo, y alejado del entorno habitual de consumo, con el fin de paliar el proceso de deterioro de sus capacidades relacionales que en muchos casos conducen a un progresivo aislamiento social de las personas afectadas. Se proporcionará, por tanto, el conocimiento y la utilización de los medios y recursos de su entorno más cercano (polideportivos, espacios culturales etc.).

Un objetivo prioritario de esta fase es favorecer la *integración sociolaboral* de la población atendida. El Programa de Intervención Social para la Reinserción va encaminado a conseguir medios laborales y económicos que permitan cierta estabilidad para planificar una vida autónoma y social a los pacientes y sus familias, permitiendo una adecuada reinserción y normalización social.

Es necesaria la coordinación con Servicios Sociales Generales, Centros penitenciarios, Juzgados, Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información al Drogodependiente (SAJIAD)... y se participa en diferentes mesas de trabajo (Mesa de Empleo, Mesa de personas sin hogar...)

Se cuenta con el apoyo del COS, un día a la semana (Centro de Orientación Sociolaboral) que subvenciona la Consejería de Sanidad y los Talleres de capacitación laboral y de empleo, adaptados a las poblaciones cada vez más diversificadas.

### **Evaluación de resultados.**

La información obtenida a través de este proceso de evaluación continua, servirá de orientación acerca de la intervención a realizar y permitirá en el momento del alta del paciente, conocer la calidad y magnitud de los cambios producidos y la comparación de los mismos con la situación del paciente en el momento de la primera evaluación y con los objetivos que inicialmente se habían marcado en cada una de las dimensiones de intervención, nos permite realizar una evaluación de resultados.

### **Seguimiento post-alta.**

Una vez finalizada la intervención, tras haber logrado los cambios previstos en las diferentes áreas de intervención, el seguimiento post-alta permite conocer los logros y las dificultades de los y las pacientes a su salida de la red con respecto a diversas variables, así como el grado de mantenimiento de las metas alcanzadas y obstáculos encontrados, respecto al empleo, consumo de sustancias, relaciones familiares, red social y ocio.

Este seguimiento aporta un conocimiento relevante sobre la reincorporación a la sociedad de las personas después de haber finalizado su proceso terapéutico y contribuye a conseguir la mejor adecuación posible de las actuaciones de los programas de intervención del Instituto de Adicciones.

### **Metodología y Estrategias de Intervención.**

**Intervención individual.** Los miembros del equipo interdisciplinar realizan sesiones de trabajo individuales orientadas a este fin, utilizando la metodología y herramientas propias de cada disciplina profesional.

La intervención individual con pacientes cubre las áreas siguientes: Psicológica, médica, enfermería, Psicológica, social y ocupacional.

La duración y frecuencia de las sesiones individuales con cada paciente estarán en función de los objetivos a conseguir y el momento del proceso en el que se encuentre, y la evolución en el tratamiento.

**Intervención grupal con pacientes.** El grupo es una importante herramienta terapéutica, que facilita las sinergias positivas y ayuda a avanzar en el proceso de cambio.

La duración de la actividad grupal, así como la frecuencia y duración de las sesiones, la condición de grupo abierto o cerrado, etc., vendrán determinadas por el tipo de grupo y los objetivos del mismo.

### **Tratamiento farmacológico de la dependencia a opioides.**

El tratamiento farmacológico específico para el abordaje de la dependencia de opiáceos (Metadona y Buprenorfina-naloxona) permite una normalización de numerosas funciones, no solo físicas, sino también psicológicas, que se encuentran significativamente perturbadas por los opiáceos de acción corta, como la heroína. Esto proporciona a la persona adicta la oportunidad de reducir su exposición a conductas de riesgo y de mejorar en aspectos sociales y sanitarios.

Su efectividad se concreta en el aumento de la adherencia y retención en tratamiento, disminución del consumo de drogas ilegales y de las prácticas de riesgo asociadas, disminución de la comorbilidad (VIH, hepatitis víricas) y de la mortalidad, reducción de la criminalidad y, todo ello, resulta en un aumento de la calidad de vida de las personas que realizan estos programas y de las de su entorno.

### **Intervención frente a patologías asociadas al consumo.**

Las personas atendidas en el CAID se consideran una población de riesgo frente a enfermedades transmisibles, principalmente: infección por VIH, hepatitis C, hepatitis B y tuberculosis debido a las prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas por vía parenteral y a la pérdida de control, desinhibición y falta de percepción de riesgo que provoca el uso de ciertas sustancias y facilita la transmisión por vía sexual. Por este motivo, se desarrollan acciones dirigidas a reducir la transmisión, mejorar el diagnóstico y favorecer la adherencia a los tratamientos entre la población atendida.

Las acciones se agrupan en tres líneas:

#### **1. Acciones preventivas y de detección precoz:**

Realización de pruebas analíticas diagnósticas: VIH y hepatitis B, hepatitis C y tuberculosis.

Se realiza una importante tarea de concienciación sobre estas patologías, orientada a disminuir el riesgo de contagio, favorecido por el consumo de drogas y las prácticas sexuales sin protección. Se incide en la importancia de la adherencia al tratamiento y la continuidad de los seguimientos médicos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas..

#### **2. Acciones con personas infectadas:**

Un pilar básico de la intervención, especialmente desde el área sanitaria, es que estas tomen conciencia de la importancia de la realización de seguimientos clínicos en las Unidades Hospitalarias así como la adherencia y cumplimiento de los tratamientos con el fin de lograr cargas virales indetectables y mantener una buena calidad de vida.

Existe una coordinación estrecha entre el CAID y el hospital Severo Ochoa y otros hospitales de Madrid para mejorar el seguimiento y tratamiento de estas enfermedades.

Los pacientes atendidos en relación a las drogas de abuso se distribuyen en la siguiente agrupación por diagnóstico:

- Alcohol/Alcohol y Otros (31,96%),
- Cocaína/ Cocaína y Otros (30,37%),
- Heroína/Heroína y otros (25,63%),
- Cannabis / Cannabis y Otros (12,05%).

El 27,2% presentan otros trastornos mentales, siendo la mayor prevalencia en los grupos por trastorno de Cocaína/ Cocaína y Otros y Alcohol/Alcohol y Otros.

La mayor prevalencia de patología orgánica en relación con el consumo de drogas se da en los grupos de Heroína/Heroína y otros y Alcohol/Alcohol y Otros

Del total de los pacientes atendidos, el 73,6% son hombres y el 26,4% mujeres.

## 6. 2. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Salud Municipal, desde su puesta en marcha, ha tenido entre sus prioridades la atención a la prevención de adicciones y la promoción de la salud desarrollando una gran diversidad de programas y actuaciones de prevención y promoción de la salud.

Estas actuaciones tienen como marco de referencia el enfoque biopsicosocial que trasciende lo individual y biológico para centrarse en el aspecto interpersonal, psicológico y social, sin dejar de lado, la promoción de la salud como un proceso por el cual las personas pueden incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Un buen estado de salud está determinado por múltiples variables que incluyen desde el diseño urbano o el medio ambiente, hasta la atención social, la prevención de la dependencia y las condiciones económicas. No obstante desde el área de prevención y promoción de la salud, sin olvidar los otros determinantes, trataremos de incidir en los estilos de vida, ofreciendo oportunidades para mantener hábitos saludables como el ejercicio y la buena alimentación y sobre todo empoderando para que el ciudadano pueda tomar sus propias decisiones en lo concerniente a su salud.

La intervención que desarrollan desde área de prevención y promoción de la Salud se pueden clasificar en función de los siguientes tipos de prevención:

### **Tipos de prevención.**

La intervención en el área de prevención y promoción de la Salud se lleva a cabo en función de la población a la que se dirige y de los siguientes tipos de prevención;

- *Prevención Universal:* Programas y actuaciones dirigidos a la población en general.
- *Prevención Selectiva:* Programas y actuaciones dirigidos a un segmento concreto de la población que presenta diversos factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con el consumo de drogas.
- *Prevención Indicada:* Programas y actuaciones dirigidas a personas que, sin reunir criterios de un diagnóstico de adicción, presentan importantes problemas de comportamiento y autocontrol.

### **Objetivo general**

Fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo estilos de vida saludables desde una perspectiva de equidad en salud y mediante estrategias específicas de atención, información, asesoramiento y educación para la salud, tendentes a la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección que retrasen la edad de inicio y reduzcan la vulnerabilidad de la ciudadanía hacia las adicciones.

#### 6.2.1. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

##### 6.2.1.1 Prevención y promoción de la salud. **Ámbito comunitario.**

###### *Objetivo específico 1*

- Favorecer e impulsar la participación social de la ciudadanía en la mejora de los recursos comunitarios en materia de adicciones y prevención de enfermedades que permitan ganar salud a la ciudadanía de Leganés.

Actuaciones.

- Desarrollo y puesta en marcha de herramientas que faciliten la participación ciudadana en el análisis de la realidad del municipio de Leganés en relación con las adicciones y la mejora de los recursos comunitarios relacionados con la salud.
- Detección y evaluación de los recursos disponibles en materia de adicciones y de promoción de la salud.

Indicadores.

- Elaboración de un Mapa de recursos para la salud en el municipio de Leganés.

- N° de aspectos detectados sobre los que intervenir para aumentar la equidad en actuaciones de promoción de la salud.
- N° de herramientas diseñadas y utilizadas para la participación.
- N° eventos desarrollados para promover la participación ciudadana.

#### *Objetivo específico 2*

- Favorecer la concienciación de la población sobre los riesgos provocados por las adicciones y las enfermedades relacionadas con estilos de vida perjudiciales para la salud favoreciendo la participación ciudadana.

#### Actuaciones.

- Realización de campañas de sensibilización, dirigidas a toda la ciudadanía sobre conductas adictivas y prevención de enfermedades asociadas a la importancia de la modificación de hábitos.
- Contemplar en las campañas de sensibilización sobre adicciones y prevención de enfermedades la perspectiva de género y la diversidad de identidades.
- Planificación de actividades con motivo de la Conmemoración de Días Nacionales, Mundiales e Internacionales relacionadas con la Salud.

#### Indicadores.

- N° de campañas de sensibilización sobre conductas adictivas
- N° de campañas de sensibilización sobre prevención de enfermedades.
- N° de asociaciones y entidades participantes en su desarrollo.
- N° de recursos participantes en su desarrollo.
- N° de conmemoraciones realizada

#### *Objetivo específico 3*

- Visibilizar, potenciar y apoyar las iniciativas de promoción de salud y prevención de las adicciones promovidas desde las asociaciones y entidades del municipio encaminadas a la mejora del estado de la salud y la calidad de vida de la ciudadanía de Leganés.

#### Actuaciones.

- Concretar trabajos con el Consejo Sectorial de Salud y Consumo para la puesta en marcha de las acciones propuestas en el Plan Municipal de Adicciones.
- Mantener reuniones periódicas de la Mesa de Técnica de Asociaciones para desarrollar acciones del Plan Municipal de Adicciones y la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud en el SNS.
- Apoyar los proyectos de las asociaciones y entidades en materia de promoción de la salud y prevención de las adicciones.
- Desarrollar acciones formativas dirigidas a asociaciones y mediadores sociales en relación con la prevención de las enfermedades y las adicciones.
- Difusión de la labor que desempeñan las asociaciones y entidades del municipio mediante guías, folletos, videos e información en redes sociales.

#### Indicadores.

- N° de proyectos subvencionados por el Área de Salud Municipal del Ayuntamiento de Leganés.
- N° de reuniones del consejo Sectorial de Salud y Consumo
- N° de reuniones de la Mesa de Coordinación Intersectorial.
- N° de acciones formativas realizadas con asociaciones y entidades de salud.
- N° de documentos de información o divulgativos diseñados o editados.

### **6.2.1.2 Prevención y promoción de la salud. Ámbito educativo.**

#### *Objetivo específico*

- Facilitar el desarrollo de programas de prevención de las adicciones y la promoción de la salud/prevención de enfermedades, basados en la evidencia científica y en las buenas prácticas, dirigidos a la comunidad educativa.

#### *Actuaciones.*

- Desarrollo de los programas de prevención de adicciones y promoción de la Salud dirigidos a los centros educativos de Leganés;
  - o Programa de alimentación saludable.
  - o Programa de prevención de accidentes en el hogar y primeros auxilios.
  - o Programa de educación emocional y motivación.
  - o Programas de prevención de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas.
  - o Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.
  - o Programa de prevención de adicciones con grupos y menores en situación de riesgo.
  - o Programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
  - o Programa de prevención de accidentes de tráfico y consumo de drogas.
- Coordinación con equipos directivos, departamentos de orientación y profesorado de los centros educativos para el desarrollo de programas de prevención de adicciones y promoción de la salud en el ámbito educativo.
- Coordinación con asociaciones y servicios de Salud de la Comunidad de Madrid para el desarrollo e implementación de los programas de prevención de adicciones y promoción de la salud en el ámbito educativo.
- Desarrollo de programas de prevención de adicciones y promoción de la Salud dirigidos a las familias que favorezcan la labor educativa y preventiva mediante la adquisición de herramientas y habilidades en el ámbito familiar.
- Desarrollo de programas de prevención de adicciones y promoción de la Salud dirigidos al profesorado que favorezcan la labor educativa y preventiva mediante la adquisición de herramientas y habilidades en el ámbito escolar.
- Realización de intervenciones tanto individuales como grupales con menores en situación de riesgo y vulnerabilidad. (Prevención Selectiva e Indicada).

#### *Indicadores*

- Nº de centros escolares que participan en programas de Educación para la Salud y prevención de adicciones.
- Nº de alumnado y profesorado que participan en programas de Educación para la Salud y prevención de adicciones.
- Nº de asociaciones e instituciones implicadas en el desarrollo de los programas.
- Nº de familias participantes.
- Nº de AMPAS.
- Nº de acciones formativas realizadas por familias y profesorado.
- Nº de reuniones con departamentos de orientación.
- Nº de intervenciones con grupos en situación de riesgo.
- Nº de intervenciones individuales menores en situación de riesgo.

### **6.2.1.3 Prevención y promoción de la salud. Ámbito familiar.**

#### *Objetivo específico*

Impulsar programas de formación dirigido a las familias que permitan dotar de competencias y habilidades educativas para la prevención de adicciones y la promoción de la salud.

#### *Actuaciones*

- Desarrollo de intervenciones individualizadas con familias que tienen menores en situación de riesgo de consumo.
- Coordinación con el Área de Educación del Ayuntamiento de Leganés y AMPAS para el desarrollo de programas de prevención de adicciones y promoción de la salud en centros educativos.
- Elaboración y distribución de material divulgativo de orientación e información para familias.

#### *Indicadores*

- N° de AMPAS participantes.
- N° de familias participantes.
- N° de ejemplares y materiales difundidos.
- N° de sesiones formativas realizadas.
- N° de intervenciones familiares realizadas.

### **6.2.1.3 Prevención y promoción de la salud. Ámbito menores en situación de riesgo.**

#### *Objetivo específico*

Impulsar intervenciones personalizadas de promoción de la salud y prevención de las adicciones con menores en situación de riesgo y sus familias.

#### *Actuaciones*

- Desarrollo de intervenciones y atención individualizadas con menores en situación de riesgo de consumo y sus familias.
- Desarrollo de competencias y habilidades educativas con menores que faciliten la prevención de adicciones.
- Coordinación con centros educativos y equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y otras instituciones para la detección precoz de menores en situación de riesgo.

#### *Indicadores.*

- N° de menores.
- N° de familias.
- N° de reuniones de coordinación con instituciones.
- N° de intervenciones individuales.
- N° de intervenciones familiares realizadas.

### **6.2.2. ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN.**

#### **Objetivo general.**

Potenciar las estructuras de coordinación y participación existentes en el municipio para implementar de forma eficaz el Plan de Adicciones de Leganés y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

#### *Objetivo específico 1*

Consolidar y mejorar la coordinación entre los diferentes servicios, asociaciones e instituciones involucrados en el Plan de Adicciones de Leganés y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

#### *Actuaciones*

- Desarrollo de reuniones del Consejo Sectorial de Salud y Consumo.
- Realización de reuniones de la Mesa de coordinación intersectorial de Salud.

#### *Indicadores.*

- N° de responsables asistentes.
- N° entidades asistentes.
- N° de reuniones.

### *Objetivo específico 2*

Promover la coordinación con las instituciones que a nivel autonómico y nacional están implicadas en el ámbito de las adicciones y la prevención de enfermedades.

Actuaciones

- Desarrollo de reuniones del Consejo Sectorial de Salud y Consumo.
- Realización de reuniones de la Mesa de coordinación intersectorial de Salud.

Indicadores.

- N° de responsables asistentes.
- N° entidades asistentes.
- N° de reuniones.
- N° de actuaciones/año.

### *Objetivo específico 3*

- Favorecer el impulso de colaboraciones con el tejido asociativo involucrado en la mejora de la salud de la ciudadanía de Leganés.

Actuaciones

- Realizar reuniones del Consejo Sectorial de Salud y Consumo de Leganés.
- Realizar reuniones de la Mesa Técnica de Asociaciones y entidades que forman parte del Consejo Sectorial de Salud y Consumo de Leganés.
- Desarrollar actividades conjuntas promovidas desde las asociaciones e instituciones que forman parte del Consejo Sectorial de Salud y Consumo.

Indicadores.

- N° de responsables asistentes.
- N° entidades asistentes.
- N° de reuniones.
- N° de actuaciones/año.

Las actuaciones en prevención y promoción de la salud se articulan en los siguientes programas:

**Ámbito comunitario.** Se realizan actuaciones para la población general contando con la participación del tejido asociativo y de la ciudadanía como protagonista de su salud.

#### *Semana de la salud*

Programa de actividades cuyo objetivo es sacar la salud a la calle y ceder el protagonismo a las entidades vinculadas a la salud, así como propiciar la transversalidad de la salud a través de la colaboración con el resto de las delegaciones.

Las actividades que se realizan varían de un año a otro pero de forma general el programa contiene; actividades y talleres realizados por las asociaciones, mesas informativas, actividades de animación, conferencias, actividades culturales y actos institucionales, coordinaciones con entidades e instituciones (salud pública, atención primaria, Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Psiquiátrico José Germain).

#### *Conmemoración días mundiales.*

Actividades dirigidas a sensibilizar respecto a problemáticas concretas sobre la salud. Las actividades que se desarrollan son: conferencias, jornadas, mesas informativas, diseño y elaboración de infografías para su difusión por redes sociales, iluminación de fuentes públicas... Entre los días mundiales que se conmemoran podemos destacar: Día Mundial sin tabaco, Día Mundial sin Alcohol, Día Mundial del Corazón, Día Mundial de la Salud Mental, Día Mundial de la lucha contra el Cáncer de Mama, Día Mundial de la Diabetes, etc.

#### *Campaña de verano*

Campaña de sensibilización y cuidado de la salud en verano, incidiendo en consejos saludables ante las olas de calor en la época estival dirigida a las familias, personas mayores y población en general. Esta campaña va acompañada de la elaboración y diseño de material

para difusión sobre consejos saludables y cartelería para su difusión en centros municipales y colegios públicos de Leganés. Además se intervenciones en las colonias deportivas y mesas informativas en las piscinas municipales para la prevención del cáncer de piel.

#### *Metrominuto Leganés*

Programa de promoción de estilos de vida saludable que va dirigido a promover los desplazamientos a pie como una forma sencilla y accesible de mejorar nuestro estado de salud y prevenir el aumento de enfermedades como: Obesidad, Diabetes, enfermedades cardiacas, depresión, Ictus, reumatismos e incluso cáncer. Para ello se ha diseñado un plano metrominuto en la que se identifican distancias en metros y tiempo estimado para realizar cada trayecto.

#### *Coordinación con Asociaciones y Entidades.*

Actividades relacionadas con el trabajo en red con asociaciones, entidades e instituciones desde distinto nivel administrativo que se materializan en la convocatoria y desarrollo de reuniones del Consejo Sectorial de Salud y Consumo, Mesa técnica de Asociaciones del Consejo Sectorial de Salud y Consumo y Mesa de Coordinación Intersectorial de la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud en el SNS. Estas estructuras de coordinación permiten detectar necesidades en la comunidad y elaborar propuestas de prevención de enfermedades, dar visibilidad a problemas de salud y en definitiva proporcionar herramientas a la comunidad para ganar en salud.

**Ámbito educativo:** Los programas dirigidos a los centros educativos de Leganés cubren todos los niveles educativos de tal forma que cada curso recibe una acción formativa para dar continuidad a lo largo de toda la etapa escolar a la prevención de las adicciones y la promoción de hábitos saludables. La intervención contempla a toda la comunidad educativa; equipo directivo, departamentos de orientación, equipo docente, alumnado y AMPAS. El equipo de prevención y promoción de la salud, se encargan de la puesta en marcha de las intervenciones en los centros educativos.

#### *Centros Educativos*

La oferta educativa destinada a centros educativos persigue desarrollar una intervención adaptada a los contenidos del Currículum Educativo y a las características socioeducativas del alumnado dando prioridad a colectivos o grupos más vulnerables.

El profesorado y las familias tienen un papel preponderante en la educación para la salud por lo que favorecer su implicación es imprescindible para el logro de un estilo de vida saludable. Los programas de prevención de adicciones y educación para la salud son implementados durante el curso escolar y se evalúan anualmente para comprobar el grado de satisfacción de los participantes e introducir mejoras en los mismos. En la actualidad los programas son los siguientes:

#### Educación Primaria Obligatoria.

PROGRAMAS	NIVEL EDUCATIVO	TEMÁTICA
1º desayuna, después, ¡cómete el día! *	1º Y 2º E.P.O	Alimentación saludable.
Prevención de accidentes	3º E.P.O	Hábitos saludables.
Emociones y motivación.	4º E.P.O	Salud emocional.
Tú decides tu desayuno. *	5º E.P.O	Alimentación saludable.
Lo que el tabaco esconde. Gymkhana de tabaco	6º E.P.O	Prevención adicción al tabaco.

\*Programas realizados con la intervención de profesionales sanitarios de la Salud Pública y Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud en colaboración con profesionales del área de prevención y promoción de la Salud del Ayuntamiento de Leganés.

## Educación Secundaria Obligatoria.

PROGRAMAS	NIVEL EDUCATIVO	TEMÁTICA
Publicidad: Imagen corporal. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria	1º E.S.O.	Alimentación saludable y prevención de trastornos de la conducta alimentaria
Prevención del consumo de alcohol.	2º E.S.O.	Prevención adicción al alcohol.
¿Qué debo saber sobre el cannabis?	3º E.S.O.	Prevención adicción al cannabis.
Aclárate sobre las drogas	4º E.S.O.	Prevención adicciones a sustancias.
Prevención de drogodependencias	FPB, ACE, UFIL	Prevención de adicciones a sustancias.
Prevención del VIH/SIDA*	BCH, CGM, CGS, E.S.O	Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
Prevención con menores en riesgo.	E.S.O, FPB, ACE, UFIL	Prevención de adicciones a sustancias.

\* Programa realizado con la intervención de profesionales sanitarios de Salud Pública y Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud en colaboración con profesionales del área de prevención y promoción de la Salud del Ayuntamiento de Leganés.

En ocasiones indicadas se utilizan servicios de la Consejería de Sanidad que complementan nuestro trabajo, entre ellos podemos destacar:

- Servicio itinerante de prevención de las adicciones “Drogas o tú”, que es un dispositivo ubicado en un autobús equipado con tecnología multimedia que actúa en los espacios de encuentro de población adolescente y joven o en los propios centros educativos de Leganés.
- “Cine y educación en valores”, programa realizado en colaboración con la Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) que consiste en el visionado por parte del alumnado de una película que persigue trabajar posteriormente en el aula contenidos relacionados con la prevención y la promoción de la salud.

**Ámbito familiar:** El equipo de prevención y promoción de la salud realiza las siguientes intervenciones:

### *Formación para Familias en prevención de drogodependencias.*

El consumo de drogas es un problema que preocupa a una buena parte de las familias en la actualidad. En muchas ocasiones los padres y madres desean saber ¿cuáles son las consecuencias del consumo de drogas? ¿Qué podemos hacer para evitar que nuestros hijos e hijas las consuman? ¿Cómo debemos actuar?... Desde el área de prevención y promoción de la Salud, nos planteamos abordar estas preguntas, ofreciendo una información clara y precisa sobre la prevención de las adicciones a sustancias.

#### Objetivos

- Reflexionar sobre el fenómeno de las drogodependencias y favorecer el desarrollo e implicación de padres y madres en la promoción de hábitos saludables.
- Aportar conocimientos básicos y competencias que permitan a padres y madres ejercer su labor en la prevención de las adicciones.

Se realiza una sesión formativa con las familias de una duración de hora y media ampliable en función de las necesidades detectadas en el grupo.

### *Atención y orientación a familias.*

Se trata de ofrecer un espacio de atención y orientación dirigido a familias con menores en situación de riesgo desde un enfoque de prevención indicada para resolver dudas y ofrecer herramientas que permiten manejar situaciones problemáticas asociadas a consumos de sustancias que no requieren de la atención por parte de los profesionales del CAID. Estas intervenciones se realizan en coordinación con el equipo de profesionales del CAID.

**Ámbito Menores en situación de Riesgo:** es un programa que ofrece atención e intervención personalizada a menores y que pretende prestar apoyo a las familias, centros educativos, centros de salud, entidades municipales, entidades sociales y población en general...

Objetivos:

- Favorecer que los menores desarrollen factores de protección y hábitos saludables que reduzcan su vulnerabilidad hacia el consumo de drogas.
- Dotar a familias de estrategias y recursos que les permitan actuar ante las adicciones con sustancia.
- Orientar a las familias y centros educativos sobre las dudas e inquietudes que surgen cuando se presentan casos de consumo de drogas con menores a edades tempranas.

Se trata de ofrecer un espacio de prevención y promoción de la salud personalizada para quien se ha iniciado en el consumo recreativo o esporádico de drogas y aún no requiere de atención por parte de los profesionales del CAID.

Todas estas intervenciones son planificadas, diseñadas, desarrolladas y evaluadas por los profesionales del área de prevención de adicciones de C.A.I.D de Leganés / de la Concejalía de Salud y Consumo

## **7. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DEL MUNICIPIO**

CENTROS DE SALUD:

- Centro de Salud Santa Isabel
- Centro de Salud Leganés Norte
- Centro de Salud María Jesús Hereza
- Centro de Salud M<sup>a</sup> Ángeles López Gómez
- Centro de Salud Dr. Mendiguchia Carriche
- Centro de Salud Jaime Vera.
- Centro de Salud Huerta de los Frailes
- Centro de Salud María Montessori

UNIDAD TECNICA – 9 DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA

RECURSOS DE SALUD MENTAL:

- Hospital Universitario “José Germain”
- Centro de Salud mental José Germain

CENTROS DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO:

- M<sup>a</sup> Ángeles López Gómez

SERVICIO DE URGENCIAS:

- Hospital Severo Ochoa

HOSPITALES PÚBLICOS.:

- Hospital Severo Ochoa

OTRAS ENTIDADES DEL MUNICIPIO.

- Entidades que forman parte del tejido asociativo del municipio y que prestan sus servicios en Leganés.

## **8. REPERCUSIONES DEL SARS-CoV-2.**

La irrupción de la COVID 19, ha tenido una fuerte repercusión en la vida de las personas en todas sus esferas y ha podido influir en el consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones. Por ello el Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA) realizó un seguimiento, a través de diferentes fuentes de información, durante los meses de marzo a junio de 2020. A continuación, se expone un resumen de sus principales conclusiones <sup>(1)</sup>

### **8.1. COVID-19 y consumo de drogas ilegales.**

Los resultados de la encuesta europea <sup>(2)</sup> sobre consumo de drogas en la pandemia por COVID-19, realizada por el *Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA)* entre el 8 de abril y el 31 de mayo de 2020, reflejan que el 71,9% de personas encuestadas consumidoras de sustancias psicoactivas ilegales, cesaron o disminuyeron su consumo, un 16,3% no realizaron cambios y solo el 11,9 % aumentaron la cantidad o frecuencia de consumo. Las razones que alegan son: menor disponibilidad para adquirir drogas, dificultades para recogerlas debido al confinamiento y tener menos ocasiones para su consumo, unido a la preocupación por los efectos en la salud. La tendencia general de reducción en el consumo se observa en todas las drogas ilegales, excepto en el cannabis que se produce en menor medida, posiblemente por ser la droga ilegal de mayor disponibilidad. En España, durante el estado de alarma, no se notificaron nuevas sustancias a través del *Sistema Español de Alerta Temprana sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas (SEAT)*.

### **8.2. COVID-19 y consumo de tabaco.**

La encuesta “*Tabaco, otras formas de consumo y confinamiento*” <sup>(3)</sup>, realizada entre el 4 y el 22 de mayo de 2020 refleja que un 6,73% de personas fumadoras abandonaron el hábito tabáquico y un 5,98% redujo su consumo durante el confinamiento. En este periodo, el 13,56% intentó dejar de fumar. Un 61,83% de personas que antes del confinamiento estaban expuestas al humo del tabaco, dejaron de estarlo.

### **8.3. COVID-19 y consumo de alcohol.**

Los datos de la “*Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19*” <sup>(4)</sup>, muestran que la mayoría de las personas encuestadas disminuyeron el consumo de alcohol, o no lo aumentaron, tanto en la frecuencia de consumo y número de bebidas en cada ocasión, como en el consumo intensivo. El 39,4% dice haber reducido la frecuencia, el 40,2% redujo el número de bebidas en cada ocasión y el 41,9% tuvo menos episodios de consumo intensivo.

### **8.4 COVID-19 y adicciones comportamentales.**

Según la encuesta “*Internet, videojuegos y juego con dinero online: Covid-19*” realizada por el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)* a través de la web, entre el periodo 18 de mayo y el 30 de junio de 2020, se produjo un aumento en la frecuencia de uso de videojuegos y uso de internet. Y una disminución en la frecuencia de juego con dinero online. En dicha encuesta, se observa también que el 7,2% de las personas jugadoras encuestadas, podrían presentar un trastorno por videojuegos según escala DSM-V, mayor entre menores de 18 años. Otros datos relevantes de esta encuesta son: el 68,9% declara haber aumentado el uso de internet (72,2% mujeres, 67,5% hombres) el 11,2% podría presentar, posible uso compulsivo según la escala CIUS, siendo más frecuente en personas jóvenes. En relación al juego con dinero online, un 86,6% contestaron no haber jugado antes, ni durante el confinamiento.

## 8.5 Problemas relacionados con las drogas durante el confinamiento por COVID19.

El OEDA, realizó una consulta a los centros notificadores de las Comunidades Autónomas, que están integrados en el *Sistema Español de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA)* en relación a los indicadores de admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad relacionadas con sustancias psicoactivas, durante el confinamiento, obteniéndose los siguientes resultados: las admisiones a tratamiento descendieron aproximadamente en un 70%, tanto en hombres como mujeres y para todas las sustancias, aunque el descenso es un poco menor en opioides. Este hecho guarda relación con la prioridad que dieron los servicios de atención a los casos que necesitaban tratamiento sustitutivo con metadona o equivalentes. También se priorizó a personas sin techo que consumen heroína.

En relación a las urgencias, se objetivó un descenso moderado, algunas Comunidades Autónomas destacan que se produjo un descenso menor en mujeres, que tuvieron que ser atendidas por urgencias relacionadas con el consumo de alcohol e hipnosedantes. En general los casos de urgencias en hombres fueron más numerosos que en mujeres y sobre todo en urgencias debidas al consumo de alcohol y cocaína.

## 8.6 Conclusiones.

Tras el análisis de estos datos, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, en “COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España” <sup>(5)</sup>, de donde proceden los datos expuestos anteriormente, concluye: «(...) *Estos resultados preliminares sugieren que las medidas impuestas para el control de la epidemia por COVID -19, han tenido un impacto sobre los consumidores de sustancias psicoactivas que, en términos generales, han cesado o reducido su consumo, si bien el consumo tecnológico se habría visto incrementado*».

Además, el *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)* resalta que hay que tener cautela a la hora de interpretar estos resultados, debido a las limitaciones que presentan las fuentes disponibles, de tal forma que estos resultados no se pueden generalizar al conjunto de la población española y es necesario contextualizarlos con los resultados que se obtengan posteriormente a través de los sistemas de información del OEDA, que anualmente actualiza la información relativa al consumo de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y sobre adicciones comportamentales en la población española.

Notas:

(1)Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe del Observatorio Español de Drogas y Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España.

(2)Mini-EWSD-COVID. Realizada a través de Internet.

(3) Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo y las comunidades autónomas de la Rioja y Murcia. Realizada a través de Internet.

(4) Liderada por el Equipo del Dr. JürgeRehm. Universidad Politécnica de Dresde, con la colaboración del equipo del Dr. Antoni Gual. Hospital Clinic de Barcelona.

(5)Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de Drogas y Adicciones. COVID-19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España

## 9.- PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

**Responsabilidad pública** en la satisfacción de las necesidades sociales. Mediante la adscripción de los recursos financieros, humanos y técnicos adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.

**Participación** de la población en el planteamiento, diseño, ejecución y evaluación de las acciones contempladas en el Plan. Promoviendo su implicación en las mismas. En sociedades complejas como la nuestra la participación no se produce de manera espontánea, al contrario se trata de un *bien escaso* que hay que cuidar y estimular

**Coordinación** entre los recursos propios del Ayuntamiento de Leganés y los de otros organismos públicos, asociaciones, agentes sociales, etc. para optimizar la utilización de los recursos disponibles.

**Normalización:** mediante la utilización de los recursos y cauces normales que la sociedad dispone para la satisfacción de sus necesidades.

**Prevención:** las acciones que se planifiquen, y que se recogen en el Plan, han de incidir sobre los orígenes de los problemas y sobre las causas que los producen, fortaleciendo los recursos de la población destinataria para hacerles frente.

**Integración:** las acciones pretenderán, en último término, facilitar la integración armónica de los destinatarios y destinatarias en su entorno familiar, educativo, social, cultural, económico.

**Planificación:** mediante la adecuación de los recursos a las necesidades y problemas que concurran en cada caso concreto. Siempre basándose en un Estudio de la realidad para adaptar y modificar las actuaciones a las necesidades cambiantes.

**Educación para la Salud:** como estrategia básica sobre la que diseñar los programas y actuaciones preventivas. Evidentemente desde una concepción de salud positiva y poniendo el acento en lo que se pretende conseguir y no sólo en lo que se pretende evitar.

**Globalidad:** consideración integral de la persona y de los grupos sociales. Evitando visiones parciales y disgregadoras, de modo que así todas las acciones sumen y se tengan en cuenta unas a otras

**Descentralización:** promoviendo el progresivo acercamiento de la planificación, gestión y toma de decisión de las acciones preventivas a los destinatarios de las mismas, mediante los cauces apropiados para ello.

## 10.- CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y METODOLOGÍAS DEL PLAN

### 10.1. Concordancia con los planes autonómicos y nacionales

El Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos asume los planteamientos de los Planes Autonómico y Nacional en materia de Drogodependencias y Adicciones, y sigue el diseño establecido por el Plan Municipal de Salud. Dando continuidad a la labor desarrollada en el municipio y con el objetivo de convertirse en el instrumento vertebrador de las actuaciones que en materia de drogodependencias se desarrollen en el mismo, tanto en materia de asistencia como de prevención. Lo que implica un esfuerzo continuado de comunicación y de coordinación.

Se trata de una meta simple y compleja a la vez, pues, en el fondo, es cuestión de poner en primer plano las necesidades de las personas, de las familias y de los grupos, y hacerlo por encima de la parcelación de los conocimientos y de las divisiones administrativas.

En consonancia con esa meta el plan está permanentemente abierto a las propuestas de los participantes y empeñado en la búsqueda de las causas comunes que están en la base de los conflictos relacionados con las drogas y con otros problemas sociales. Así hemos de partir de conceptos suficientemente amplios e integradores en lo que se refiere a la salud, el bienestar social, la calidad de vida, prevención, riesgo y protección.

## **10.2 Modelo teórico.**

Dado su carácter transversal, el fenómeno de las adicciones debe abordarse con una perspectiva multidisciplinar, integral y comunitaria. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la asistencia a las personas con vulnerabilidad o con problemas de adicciones y facilitando la inclusión normalizada de las personas afectadas en su entorno comunitario.

La primera línea de actuación que se plantea gira en torno a la **Prevención y Promoción de la Salud**. Se proponen acciones dirigidas a capacitar a las personas en sus factores de protección, reduciendo los de riesgo, mediante la creación de entornos saludables que favorezcan comportamientos no adictivos.

En segundo lugar, y de forma complementaria a la línea anterior, se plantean estrategias y acciones para **reducir y controlar la oferta**. Por un lado, se pretende impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente, así como regular la normativa municipal que aumente los factores de protección.

La tercera línea de actuación se orienta a garantizar la asistencia en la **atención integral de las personas con problemas de adicciones**. Se trata de minimizar los riesgos y daños derivados del uso y/o posible adicción y asegurar una respuesta continuada, coordinada y eficaz de las necesidades de intervención.

La siguiente línea propone **mecanismos que generen alianzas**, potenciando la cooperación entre los diferentes agentes implicados, tanto públicos como privados. Dichas alianzas son necesarias para tratar eficientemente el fenómeno de las adicciones. Por último, para garantizar un enfoque continuado, permanente, actualizado y eficaz en las estrategias de intervención, es necesario una **evaluación y control continuo de las actuaciones**, que permita aprender de la experiencia y mejorar en el futuro, asegurando un correcto funcionamiento del Plan.

El fenómeno de las adicciones abarca distintas problemáticas y comportamientos, y así se pretende abordar en el presente Plan. Se contemplan, por un lado, las **sustancias con capacidad adictiva**, algunas de consumo muy arraigado en nuestro entorno como el alcohol y el tabaco, y otras, como los derivados del cannabis, opiáceos, psicoestimulantes, alucinógenos, medicamentos psicotrópicos, derivados anfetamínicos y otras sustancias sintéticas y procedentes de la fabricación química.

Pero, además, las estrategias de actuación en materia de adicciones incorporan la atención a otros **comportamientos que, realizados de forma repetida o excesiva, pueden hacer surgir problemas graves y generar los patrones adictivos similares** a las sustancias con capacidad adictiva. Hablamos del juego de azar y también de nuevas realidades sociales, como el uso de internet, las redes sociales, las tecnologías digitales y las nuevas aplicaciones para ellas diseñadas, cuyo uso indebido, excesivo o abusivo puede comportar preocupación y ciertos problemas que pueden constituir los albores de una futura adicción.

El Plan 2022-2026 contempla las **intervenciones en materia de adicciones** en distintos niveles, teniendo en cuenta que las causas de las adicciones son muy complejas y variadas, incluyendo factores de vulnerabilidad de índole personal, factores del entorno comunitario y también otros de carácter macroeconómico y social.

El modelo de intervención sitúa a la persona en el centro como sujeto principal al que proteger y facilitar asistencia. Desde esta perspectiva, las actuaciones deben considerar los factores determinantes de la salud y de los comportamientos adictivos de cada persona, tanto factores hereditarios como conductas relacionadas con la salud. Las intervenciones individuales también tienen en cuenta la autonomía personal como elemento esencial para entender por qué las personas optan o no por conductas saludables.

En este sentido, se plantea el reto de empoderar a la persona para aumentar el control sobre su vida. Reconocer sus derechos, pero también establecer sus deberes y obligaciones, no sólo como usuarias de los servicios sociales o de salud, sino también en aceptación de la libertad personal, siempre que sean mayores de edad. Por lo que respecta al ámbito comunitario, se destaca el valor propulsor de los entornos más cercanos a la persona (familiar, escolar/educativo, ocio y deporte, laboral, etc.), buscando la implicación y la participación de todos ellos en las intervenciones propuestas. En este punto, es relevante el papel de las instituciones locales, por su cercanía a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Finalmente, es importante considerar el contexto socioeconómico y político, que ejerce una influencia importante sobre los patrones de estratificación social, generando desigualdades socioeconómicas, que a su vez son determinantes para el consumo de sustancias y la adopción de conductas no saludables.

Siempre tomando como punto de partida la persona, el Plan 2022-2026 se cimienta en los **principios** de universalidad, solidaridad y equidad, perspectiva de género y perspectiva de diversidad identitaria, que deben impregnar todas las estrategias y actuaciones.

El principio de **universalidad** implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y asistencia. Con un criterio de **solidaridad**, el Plan 2022-2026 prioriza la protección de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión, asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos, sin tener en cuenta su capacidad económica o procedencia. Siguiendo un principio de **equidad**, el Plan busca que todas las personas cuenten con las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones, independientemente de sus condiciones sociales, de género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios o país de origen. Se inspira para ello en el concepto de “universalismo proporcional”, lo que implica que las actuaciones en materia de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades.

La **perspectiva de género** adquiere una importancia destacada en el marco del Plan. En primer lugar, por la imprescindible consideración de las diferencias fisiológicas, psicológicas y sociales entre mujeres y hombres con respecto a las adicciones. En segundo lugar, porque las mujeres están adquiriendo conductas adictivas que antes sólo estaban socialmente admitidas en los hombres. En tercer lugar, por la necesidad de promover programas sensibles al género, capaces de superar los obstáculos que afrontan las mujeres para acceder al tratamiento de las adicciones y mantenerse en él. Por ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adicciones teniendo en cuenta el sexo y el género, es decir las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de mujeres y hombres.

Por último, resulta fundamental una **perspectiva de diversidad identitaria** para garantizar el acceso a la atención a personas con identidades diversas (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, etc.) de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a su necesidad y se promueva su integración social.

### 10.3 Principios del Plan

A continuación se abordará la explicación de algunos conceptos y enfoques que encuadran la actuación en adicciones del municipio y este Plan de Drogodependencias.

#### *Adicción:*

Se define por la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, aún sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles, en el plano biológico, psicológico y social.

La adicción a sustancias hace referencia a un patrón desadaptativo de consumo de una o varias sustancias que conlleva un malestar clínicamente significativos y/o un deterioro del funcionamiento del individuo.

La ludopatía puede ser considerada una adicción en base a su clínica y a los fenómenos neurobiológicos que se presentan en el o la paciente.

Otros comportamientos internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc. presentan analogías con las adicciones a sustancias similares a las que las que se observan en el juego patológico.

#### *Drogodependencia:*

Se enfoca el fenómeno de las drogodependencias y su atención desde una visión Interdisciplinaria y fundamentalmente biopsicosocial. La drogadicción según la OMS es una patología crónica y recurrente, por lo que además de desintoxicar al drogodependiente, se trata de dotarle de instrumentos de control y protección para reducir las recaídas, posibilitando su resolución, y el mantenimiento en abstinencia. Intentar en primer lugar prevenir situaciones de riesgo y de drogodependencias, pero en el caso en que estas se desarrollen no solo es suficiente con desintoxicar, sino que además hay que deshabituarse y reinsertar, dotando de instrumentos adecuados de control y de prevención de recaídas a los individuos y a su entorno, familia, iguales, etc. Intentando reconstruir la salud física, social (familiar, económica, laboral, jurídica-legal) y psicológica del paciente y de su entorno; la reducción de los daños y los riesgos, tanto de los consumos como de los estilos de vida inapropiados. El objetivo final del trabajo con el drogodependiente es conseguir su total reinserción.

#### *Prevención:*

El conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir la probabilidad de que en su seno aparezcan determinados problemas, para que si aparecen se resuelvan lo mejor y más pronto posible y para que sus consecuencias negativas se minimicen al máximo. En este sentido la promoción de la salud tiene un papel central como primer paso lógico para la prevención de conductas de riesgo y consumo de sustancias.

Dichos esfuerzos se enmarcan en la promoción de la salud, en su sentido más holístico, abarcando con ello actividades que promuevan el desarrollo personal y el aumento en la calidad de vida de los habitantes de Leganés.

#### *Factores de riesgo y protección*

Desde una perspectiva ecológica y multicausal existe una gran diversidad de factores que determinan la relación entre el individuo y su entorno, y, por tanto, también explican las causas del consumo de drogas y otros trastornos del comportamiento. Tanto en el ámbito más personal como en el ámbito macrosocial más genérico, pasando por otros intermedios, podemos encontrar factores o indicadores que pueden influir positivamente o negativamente en las consecuencias tanto del uso de drogas como de cualquier otra situación de riesgo.

Un factor de riesgo se puede definir como un atributo individual, una condición situacional, ambiente o contexto que incrementan la probabilidad del uso problemático de drogas y de otras conductas adictivas.

Conviene tener en cuenta determinadas precauciones a la hora de valorar:

- No se pueden considerar de forma aislada
- Implican una interacción dinámica
- No son válidos para cualquier época / contexto
- Ninguno es predominante sobre los demás

Otros factores que también han de ser tenidos en cuenta están relacionados con momentos de crisis, de estrés psicosocial, de pérdidas, de presión de grupo, de contexto familiar o social etc., y aquellos otros relacionados con determinadas etapas de transición en el ciclo vital.

Un factor de protección por el contrario será un atributo individual, una condición situacional, ambiente o contexto que incrementan la probabilidad de que la persona adopte comportamientos y actitudes saludables.

Por tanto, el Plan Municipal de Adicciones tratará, básicamente, de promocionar el desarrollo integral individual y colectivo como estrategia de salud, de contribuir a la calidad de vida y el bienestar social en la localidad desde el ámbito de competencias municipal.

**Para ello, las acciones del plan se encaminarán, por un lado, a detectar y reducir tanto factores de riesgo de los distintos fenómenos que frenan este desarrollo y potenciar, por otro lado, los factores de protección.** De modo que en el caso de la asunción de una conducta de riesgo se minimice al máximo las posibles sus consecuencias negativas.

#### **10.4 Misión:**

Contribuir a la consecución del objetivo general del bienestar social del municipio trabajando a favor de la constante mejora de la calidad de vida de la ciudadanía desde una concepción integral de la salud.

Esta contribución vendrá del mantenimiento, diseño y puesta en marcha de estrategias de promoción de la salud para el desarrollo de hábitos saludables y la reducción de los comportamientos perjudiciales, adaptados a los grupos de ciudadanos y ciudadanas a que estén dirigidos y en especial a la población joven.

#### **10.5 Objetivos generales y específicos:**

*Objetivos Generales del Plan:*

1. Reducir la prevalencia, incidencia e impacto de situaciones de riesgo y consumo de drogas, promoviendo así la salud de la ciudadanía en general y en materia de drogodependencias en particular
2. Minimizar los perjuicios asociados al consumo de drogas

*Objetivos específicos:*

1. Reducir la prevalencia, incidencia e impacto de situaciones de riesgo y consumo de drogas, promoviendo así la salud de la ciudadanía en general y en materia de drogodependencias en particular.
2. Reducir el uso de drogas en la población de Leganés
3. Controlar la oferta de drogas en el municipio
4. Aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes ante el consumo de drogas en el municipio (plan de salud extendido a toda la población)
5. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas en la población en Leganés
6. Promoviendo sistemas de información sobre conocimientos actitudes y comportamientos referentes al consumo de sustancias.
7. Minimizar los perjuicios asociados al consumo de drogas
  - Reducir la proporción de consumidores de drogas con patrones de consumo problemáticos o conductas de alto riesgo para su salud.
  - Reducir los daños derivados del uso de drogas.

- Mejorar la calidad de la atención prestada a las personas con problemas de adicción a las drogas, consiguiendo una coordinación efectiva de los dispositivos específicos y generales vinculados con esta problemática bien sea a nivel local como regional o nacional.
- Incrementar la tasa anual de personas con problemas relacionados con las drogas que se insertan adecuadamente al contexto social y laboral.

## 10.6 Líneas estratégicas

Siguiendo el ordenamiento en materia de drogodependencias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid en su Plan Estratégico, el Plan de Salud Municipal de Leganés y nuestros propios objetivos, se establecen una serie de líneas estratégicas en torno a las cuales debe estructurarse la actividad en materia de drogodependencias dentro del municipio.

Las líneas estratégicas quedan definidas de la siguiente manera:

**Estrategia preventiva.** Incluye las actuaciones de información, sensibilización, educación y desarrollo de competencias encaminadas a prevenir los problemas relacionados con las drogas y las drogodependencias.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- La información y sensibilización en el ámbito comunitario  
Iniciar la realización de campañas de sensibilización dirigidas a la población general.  
Mantener y reforzar campañas dirigidas a:  
Impulsando actuaciones preventivas en el ámbito laboral.  
Impulsar actuaciones encaminadas a mejorar la educación en materia de salud y habilidades para la vida.
- Actuaciones en el Ámbito Educativo  
Mantener y reforzar las actuaciones necesarias para que la mayoría de los escolares hayan recibido una formación adecuada en prevención de drogodependencias.  
Potenciar las actuaciones que en materia de formación para la salud se llevan a cabo en la escuela y con la comunidad educativa.  
Reforzar las actuaciones sobre este ámbito en materia de resolución de conflictos, asertividad, toma de decisiones y habilidades para la vida.
- Actuaciones en jóvenes en situación de riesgo:  
Desarrollando programas de prevención selectiva y/o indicada entre adolescentes consumidores.
- Actuaciones en el Ámbito Familiar:  
Manteniendo y reforzando las actuaciones que fomentan el empoderamiento de las familias en las funciones que le son propias.
- Actuaciones en el Ámbito del Ocio y el Tiempo Libre.  
Desarrollando programas alternativos de ocio y tiempo libre de modo que el ocio no se asocie necesariamente al consumo de sustancias.
- Actuaciones relativas al control del acceso a las sustancias.  
Cumplimiento de las ordenanzas.

**Estrategia asistencial.** Se trata de dar respuesta a las personas adictas y a sus familiares, atendiendo sus problemas de salud. Dichas acciones irán encaminadas hacia atender, en el marco bio-psico-social, a todas las personas con problemas de adicciones que lo soliciten.

Facilitar la equidad y accesibilidad a los servicios y tratamientos.

Adecuar los recursos y los programas a las necesidades de los usuarios.

Impulsar el desarrollo de un sistema de detección precoz y de asistencia apropiado a las características de los y las adolescentes con problemas de dependencias y a sus familias.

Establecer protocolos de coordinación.

- Actuaciones con los servicios sociales del municipio.
- Actuaciones con los servicios de atención sanitaria primaria y especializada.
- Actuaciones con los servicios jurídico-penales.
- Actuaciones con las instituciones y agentes que tienen competencias en materias de adicciones.

**Estrategia de reinserción.** Desde la coordinación, potenciación y optimización de los actuales recursos de la red de inserción sociolaboral-comunitaria.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Continuar y reforzar el trabajo de reinserción de las personas con problemas relacionados con las drogas.
- Promover la incorporación laboral de personas con problemas de drogodependencias. Estudiar la posibilidad de desarrollar programas de atención a víctimas de problemas derivados del uso de drogas.

**Estrategia de coordinación institucional y participación social.** Para atender la necesidad, compartida por profesionales y equipos, de coordinación y colaboración institucional.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Continuar y reforzar el trabajo de coordinación intrainstitucional, interinstitucional e intersectorial.
- Promover la optimización de los esfuerzos, la búsqueda de la complementariedad y el aprovechamiento de las sinergias entre instituciones, equipos y profesionales.

**Estrategia de investigación, evaluación.** Tratando de contribuir a optimizar y mejorar las actuaciones realizadas desde un mejor conocimiento de la realidad y una búsqueda del ajuste a la misma.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Desarrollar un sistema de recogida de información que permita conocer la situación en materia de drogodependencias del municipio y su evolución a lo largo del tiempo.
- Desarrollar un sistema de evaluación que permita mostrar la actuación realizada, mejorarla y lanzar propuestas de futuro.

**Estrategia de comunicación.** Para que la población y los agentes sociales conozcan los diferentes programas, acciones, y resultados. Tanto en los medios de comunicación social como a través de otras instituciones o instancias.

Dichas acciones irán encaminadas hacia:

- Dar a conocer las necesidades, medidas y actuaciones realizadas en el marco de las drogodependencias a la población en los medios de comunicación local y regional.

## **10.7 Criterios metodológicos**

- Optimización de los recursos disponibles.
- Integración de las actuaciones en proyectos y programas más amplios evitando así su dispersión.
- Interdisciplinariedad de las actuaciones propuestas.
- Eficacia en la prevención y atención de las principales problemáticas sociales.
- Flexibilidad respecto a las nuevas necesidades y situaciones concretas de cada caso, susceptibles de ser modificados en cualquier momento de su desarrollo.
- Enfoque ecológico adaptado al contexto social y cultural de los destinatarios, así como a su realidad local.
- Accesibilidad para todos y todas, procurando llegar aquellas personas y colectivos especialmente vulnerables.
- Promoción de desarrollo personal y comunitario.
- Facilitar la participación de la población.

## 10.8 Evaluación

El diseño de Seguimiento y Evaluación que recoge el Plan Municipal de Drogodependencias nace del interés de todos los implicados en el diseño y ejecución del Plan, en conocer, supervisar y gestionar el desarrollo del mismo, atendiendo a la búsqueda de la mejora continua para actuaciones futuras y el rendimiento de responsabilidades ante la ciudadanía.

Para ello se establece la utilización de dos instrumentos útiles y complementarios para tal fin:

- El sistema de seguimiento nos va a ofrecer información “a tiempo real” sobre la implementación del Plan, así dará cuenta del cumplimiento de objetivos específicos, de las actividades y los resultados. Constituyéndose en un instrumento útil y eficaz para la gestión y toma de decisiones del Plan en activo.  
El sistema de seguimiento responderá a que, quién y como se está implementando del Plan Municipal de Drogodependencias. Así dará cuenta del cumplimiento de objetivos específicos, y de las actividades, a través de informes periódicos de carácter cuantitativo. El sistema de seguimiento se centrará en cuatro indicadores, tres de carácter general a todo el plan (relativos a la ejecución de las medidas, el desempeño económico y el grado de cobertura) y un cuarto centrado en las posibles mejoras introducidas y la satisfacción de los participantes.
- Evaluación Post-facto, ejecutada al finalizar la vida del mismo, responderá a las necesidades informativas de todos los agentes implicados. Dará cuenta de la eficacia, eficiencia, pertinencia,...etc del Plan. Explicará lo que ha acontecido y arrojará luz para la mejora en futuras actuaciones.

### **Criterios Básicos de Evaluación:**

Con independencia de los criterios de evaluación que se obtengan fruto de las necesidades informativas de todos los agentes implicados, sean estos, profesionales ejecutantes, usuarios, responsables de instituciones, regidurías, dirección del plan...etc. y/ o todos aquellos que se determinen. Podemos avanzar una lista de ellos que se consideran imprescindibles para el abordaje de la evaluación del Plan.

**PERTINENCIA.** Si los resultados y los objetivos se adecuan al contexto (necesidades de la población, estructuras sociales y culturales...)

**EFICACIA.** Si la intervención causa los efectos deseado en la población (el grado en el que se alcanzan los objetivos)

**EFICIENCIA.** Si los resultados pueden considerarse óptimos considerando los recursos que se emplean (relación entre resultados alcanzados y recursos utilizados)

**COBERTURA.** Si se llega a toda la población destinataria de los distintos programas (cobertura, sesgo de la cobertura, accesibilidad...)

## **11.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.**

- A.** Un Coordinador Técnico del Plan y un Coordinador político de la Concejalía de Salud y Consumo.
- B.** Una Comisión Técnica para el desarrollo del Plan que es la encargada de:
- Seleccionar los objetivos y prioridades.
  - Facilitar la coordinación entre concejalías
  - Aprobar el plan y la estrategia global
- C.** Una Comisión de coordinación interna municipal, que recoja representantes de todas las áreas municipales, relacionadas con drogas, no se excluye utilizar otras mesas de coordinación municipal donde estén las mismas representadas como las Concejalías de Salud, Consumo, Régimen Interior y Transparencia; Deportes; Seguridad Ciudadana y Comunicación; Servicios Sociales; Urbanismo, Industrias y Patrimonio; Educación, Discapacidad, Inmigración, Infancia y Juventud; Mayores, Participación Ciudadana, Festejos y Cooperación; Desarrollo Local y Empleo; Hacienda, Contratación e Igualdad.
- Esta Comisión Técnica toma decisiones sobre:
- Objetivos específicos a conseguir dentro del marco de las metas y de los objetivos generales
  - Programas, proyectos y actuaciones a ejecutar durante la duración del Plan.
  - Sistema de seguimiento y evaluación
- D.** Sistema de coordinación externa con otras administraciones, municipales, autonómicas, estatales...

## **12. FINANCIACIÓN**

El Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de Leganés 2022-2026 no tiene repercusión económica y por lo tanto no tiene gasto público ni una disminución de los ingresos del ayuntamiento respecto a los previstos en el presupuesto.

### 13. BIBLIOGRAFIA

- Plan Nacional sobre Drogas (1985).
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos
- Plan Municipal de Salud. Ayuntamiento de Leganés. 2005.
- Manual para la elaboración de planes Municipales sobre Drogas. FEMP. 2008
- Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2022-2028. Ayuntamiento de Leganés.
- Plan Municipal de Acción sobre las Adicciones 2009-2012. Ayuntamiento de Móstoles.
- Estrategia “*cuatro por cuatro*”. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Naciones Unidas. 2011
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno
- “*Encuesta Nacional de Salud en España*” (ENSE) 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021.
- Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid.
- VII Plan de Adicciones de Euskadi 2017-2021.
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
- . “*Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias de la Comunidad de Madrid*” (ESTUDES 2018). Subdirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública
- “*Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España 2018/2019*” (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan de Adicciones de Extremadura 2018-2023
- “*Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas*” (ESPAD) - Informe del 2019.
- “*El coste social de la adicción. Una guía para su estimación*”. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
- “*Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2019*” (EDADES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Informe “*Covid-2019, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España*”. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad.
- “*Descripción de las características de los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD) de la Comunidad de Madrid*”. 2020. Dirección General de Salud Pública.
- Resultados del Boletín Estadístico 2021. “*Prevalencia del consumo de drogas*”. Centro Europeo de Seguimiento de las drogas y las drogodependencias.
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Implementación Local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Mini-encuesta europea online sobre drogas: “*Impacto del COVID-19 en las pautas de consumo de drogas, los daños y los servicios de drogas en la UE*”.
- “*Breve encuesta online sobre internet, videojuegos y juego con dinero online durante la pandemia por Covid-19*”. Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones. Dirección General para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- “*Encuesta web Europea Alcohol y COVID-19*”, liderada por el equipo del Dr. Jürgen Rehm de la Universidad Politécnica de Dresden y con la colaboración del equipo del Dr. Antoni Gual del Hospital Clínic de Barcelona.
- Encuesta “*Tabaco, otras formas de consumo y confinamiento*”. Unidad de Tabaquismo. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.
- Sistema Español de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA).
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).
- *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ª edición*” (DSM-5).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Padrón Municipal de Habitantes. Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Leganés

## 14.- ANEXO. CLAVES DE LA MESA TECNICA DEL PLAN

### TRANSPARENCIA.

La Mesa Técnica contribuirá a la **publicidad y difusión** de todos aquellos datos que faciliten una mejor comprensión de los aspectos relacionados con el fenómeno de las adicciones. Para ello, tendrá especialmente en cuenta lo dispuesto en la *Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno*, y la *Ley 10/2019, de 10 de abril, de Transparencia y de Participación de la Comunidad de Madrid*.

### INTERDISCIPLINARIEDAD Y SOLVENCIA TÉCNICA.

Los **diferentes profesionales** aportan su experiencia de trabajo en el municipio de Móstoles y en materia de adicciones, con el objetivo de ofrecer un enfoque integral y dinámico que dé respuestas ajustadas al carácter complejo y multifactorial de las adicciones.

### TRABAJO COLABORATIVO Y CONSENSUADO.

La Mesa Técnica actuará:

- Creando sinergias y enriquecimiento para las personas que la integran, para el proceso de planificación y para el desarrollo de actuaciones.
- Promoviendo la coordinación y cooperación entre diversas instituciones y organizaciones sociales municipales.
- Procurando la adopción de acuerdos y criterios e integrando la transversalidad de los conocimientos para un resultado común.

### EQUIDAD.

Implica el reconocer la existencia de conocimientos, experiencias y necesidades **diferentes** por parte de las personas profesionales que la integran. Definir un estilo de trabajo basado en la participación de profesionales en **igualdad** de valor y el diseño de una metodología que permita su implicación teniendo en cuenta esas diferencias.

### EVIDENCIA CIENTÍFICA Y CALIDAD.

La Mesa Técnica basará su labor en:

- La Formación.
- La Fundamentación Teórica.
- La Investigación.
- La Evaluación.
- La Mejora Continua.

### COMPROMISO ÉTICO.

Se defenderán los **valores** de las actuaciones desarrolladas y por desarrollar, así como el **respeto** y los **límites** de las implicaciones sociales de estas actuaciones desde la ética profesional.

### PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Se procederá a la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la **mujer** en las acciones a desarrollar, garantizando el análisis de las **características y necesidades diferenciadas** de mujeres y hombres en su contexto y sociedad.

### PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD IDENTITARIA.

El análisis de la realidad asegurará la toma de medidas que faciliten el acceso y la atención a personas con **identidades diversas** (orientación sexual, diversidad funcional, etnia, cultura, idioma, etc.), de forma que se pueda dar una **respuesta ajustada a sus necesidades**.