



## I. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

### C. OTRAS DISPOSICIONES

#### **CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES**

*ACUERDO 22/2017, de 25 de mayo, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021).*

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, establece que el Plan regional sobre drogas es el instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma, disponiendo, asimismo, que dicho plan será aprobado por la Junta de Castilla y León a propuesta de la Consejería competente en materia de drogodependencias.

El Decreto 33/2014, de 31 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, atribuye a dicha consejería las competencias de promoción, dirección, coordinación, ejecución e inspección de la política sobre drogodependencias en Castilla y León, adscribiendo al Comisionado Regional para la Droga, como centro directivo de coordinación y gestión de los recursos destinados específicamente para este fin, a la Gerencia de Servicios Sociales.

El VII Plan regional sobre drogas da continuidad a una política planificada, coordinada e integral iniciada en la Comunidad Autónoma en diciembre de 1988, cumpliendo así la recomendación de los organismos internacionales de mantener una acción sostenida a largo plazo que se base en los logros conseguidos y a la que se incorporen las correcciones necesarias que se desprendan de la evaluación.

En la redacción del plan se ha tenido en cuenta la evidencia científica, el diagnóstico de la situación actual y los resultados de la evaluación del plan anterior. Asimismo, se han tomado como referencia estrategias y planes de organismos internacionales como la OMS y la Unión Europea, las recomendaciones, entre otras, de instituciones especializadas como la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito y el Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías. También se han incorporado, siempre que ha sido posible, las aportaciones realizadas por múltiples agentes intervenientes en un amplio proceso de participación.

El VII Plan regional sobre drogas tiene como objetivo estratégico, reducir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas, estableciendo para ello cuatro objetivos generales y diecinueve objetivos específicos.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 3/1994, el plan se estructura en los siguientes capítulos:

Capítulo I, en el que se analiza la situación actual del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma, así como sus principales factores determinantes y sus consecuencias.

Capítulo II, en el que incluyen los resultados de la evaluación del plan anterior, utilizando para ello una serie de indicadores previamente establecidos y fuentes fiables de información.



Capítulo III, en el que se presentan los objetivos, estratégico, generales y específicos, del plan.

Capítulo IV, en el que se formulan los principios estratégicos y los criterios de actuación que han de guiar las acciones del plan.

Capítulo V, en el que se describen las acciones clave agrupadas en cinco líneas estratégicas: prevención del consumo de drogas; disminución de los riesgos y reducción de los daños; asistencia e integración social de drogodependientes; formación, evaluación e investigación y coordinación y cooperación.

Capítulo VI, en el que se desarrolla el Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente, organizado en tres niveles asistenciales, con indicación de los centros y servicios que forman parte de cada uno de ellos y de sus funciones y condiciones de acceso.

Capítulo VII, en el que se detalla evaluación del plan, enumerando los indicadores, fuentes de información y fases para el seguimiento de las acciones clave y valoración del grado de consecución de los objetivos, distinguiendo para ello entre una evaluación continua para conocer los progresos en la realización de las acciones clave, un evaluación intermedia en 2019 y una evaluación final una vez concluida la vigencia del plan.

Capítulo VIII, en el que se cuantifican por anualidades los fondos de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que se prevé destinar específicamente para el desarrollo de las acciones clave que indican en el plan.

Por último, el plan incluye un anexo en el que se realiza una actualizada revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones en materia de drogodependencias.

El artículo 16.j) de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León, atribuye a la Junta de Castilla y León, la aprobación de programas, planes y directrices vinculantes para todos los órganos de la Administración de la Comunidad.

En su virtud, la Junta de Castilla y León, a propuesta de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, previo informe de la Dirección General de Presupuestos y Estadística, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión de 25 de mayo de 2017 adopta el siguiente

## ACUERDO

Aprobar el VII Plan regional sobre drogas (2017-2021), cuyo texto íntegro se incorpora como Anexo al presente Acuerdo.

Valladolid, 25 de mayo de 2017.

*El Presidente de la Junta  
de Castilla y León,  
Fdo.: JUAN VICENTE HERRERA CAMPO*

*La Consejera de Familia  
e Igualdad de Oportunidades,  
Fdo.: ALICIA GARCÍA RODRÍGUEZ*



## ANEXO

### VII PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS 2017-2021

#### ÍNDICE

##### *I. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN*

###### **1. BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

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

###### **2. TABACO.**

- 2.1. Percepción del riesgo y aceptación social
- 2.2. Demanda directa de tabaco
- 2.3. Frecuencia e intensidad de consumo
- 2.4. Ex fumadores e intentos de dejar de fumar
- 2.5. Edad de inicio

###### **3. CANNABIS**

- 3.1. Percepción del riesgo y aceptación social
- 3.2. Frecuencia de consumo
- 3.3. Continuidad en el consumo de cannabis
- 3.4. Edad de inicio
- 3.5. Consecuencias negativas del consumo de cannabis
- 3.6. Disponibilidad percibida
- 3.7. Cannabis y seguridad vial



## 4. COCAÍNA

- 4.1. Percepción del riesgo
- 4.2. Frecuencia de consumo
- 4.3. Continuidad en el consumo de cocaína
- 4.4. Edad de inicio
- 4.5. Disponibilidad percibida

## 5. DROGAS DE SÍNTESIS

- 5.1. Percepción del riesgo
- 5.2. Frecuencia de consumo
- 5.3. Continuidad en el consumo de drogas de síntesis
- 5.4. Edad de inicio
- 5.5. Disponibilidad percibida

## 6. OTRAS DROGAS

- 6.1. Percepción del riesgo
- 6.2. Frecuencias de consumo
- 6.3. Continuidad en el consumo
- 6.4. Edades de inicio
- 6.5. Disponibilidad percibida
- 6.6. Problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales
- 6.7. Nuevas sustancias psicoactivas

## 7. POLICONSUMO DE DROGAS

## 8. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO

## 9. OTROS DATOS DE INTERÉS

- 9.1. Patrones de ocio
- 9.2. Valoración de posibles actuaciones para hacer frente al problema del abuso de drogas

## 10. CONCLUSIONES:



## **II. EVALUACIÓN DEL VI PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN**

### **1. VALORACIÓN GENERAL**

#### **2. VALORACIÓN POR OBJETIVOS**

##### **1.– OBJETIVO ESTRATÉGICO**

- 1.1. Disminuir la mortalidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto
- 1.2. Disminuir la morbilidad relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Indicadores de resultados finales o de impacto
- 1.3. Problemas sociales relacionados con el abuso de drogas: Indicadores de resultados intermedios

##### **2.– OBJETIVOS GENERALES**

*Objetivo general 1.1: Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.*

*Objetivo general 1.2: Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.*

*Objetivo general 1.3: Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cannabis y de drogas psicoestimulantes.*

*Objetivo general 2: Reducir los riesgos y daños para la salud y la sociedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.*

*Objetivo general 3: Potenciar la participación social y optimizar la coordinación y cooperación institucional.*

*Objetivo general 4: Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.*

## **III. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO ESTRATÉGICO:**

#### **OBJETIVO GENERAL 1:**

#### **OBJETIVO GENERAL 2:**

#### **OBJETIVO GENERAL 3:**

#### **OBJETIVO GENERAL 4:**

## **IV. PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN**

### **PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS**

### **CRITERIOS DE ACTUACIÓN**

1. CRITERIOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS
2. CRITERIOS DE DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS
3. CRITERIOS DE ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES
4. CRITERIOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL



## V. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES CLAVE

### LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

### LÍNEA ESTRATÉGICA 2 – DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

### LÍNEA ESTRATÉGICA 3 - ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES

### LÍNEA ESTRATÉGICA 4 - FORMACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

### LÍNEA ESTRATÉGICA 5 - COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN

## VI. SISTEMA DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE (SAISDE)

### PRIMER NIVEL

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

Centros de Acción Social (CEAS)

Centros específicos de primer nivel (Servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes).

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

Servicios de orientación y asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales

Servicios de atención de emergencia social para personas con drogodependencia.

### SEGUNDO NIVEL

Centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes - CAD (Servicios de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia).

Unidades para el tratamiento del alcoholismo

Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo

Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo

Centros de día para drogodependientes

Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)

Programas asistenciales en centros penitenciarios

Servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia



## TERCER NIVEL

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Unidades de patología dual

Comunidades terapéuticas para drogodependientes (Servicios de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia).

Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (Servicios de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo).

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

## VII. EVALUACIÓN

**Fuentes de carácter nacional**

**Fuentes de carácter autonómico**

**Evaluación de objetivos**

1. Evaluación del objetivo estratégico
2. Evaluación de los objetivos generales

## VIII. FINANCIACIÓN

### ANEXO: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

#### 1. PREVENCIÓN

- 1.1. Programas de prevención escolar
- 1.2. Programas de prevención familiar
- 1.3. Prevención laboral y otras intervenciones en los centros de trabajo
- 1.4. Campañas de amplio alcance con mensajes de salud para reducir el consumo de tabaco.
- 1.5. Estrategias ambientales de prevención
- 1.6. Programas comunitarios multicomponente

#### 2. DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

- 2.1. Reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol
- 2.2. Detección precoz e intervenciones breves en centros sanitarios
- 2.3. Intervenciones por medios electrónicos
- 2.4. Tratamientos con sustitutivos opiáceos
- 2.5. Programas de suministro de material estéril de inyección



### **3. ASISTENCIA**

- 3.1. Tratamientos farmacológicos bien establecidos
- 3.2. Tratamientos psicosociales
- 3.3. Intervenciones en centros penitenciarios
- 3.4. Perspectiva de género en las intervenciones asistenciales
- 3.5. Otras intervenciones asistenciales

### **4. INTEGRACIÓN SOCIAL**

- 4.1. Intervenciones psicosociales para la integración social en programas de tratamiento
- 4.2. Intervenciones en juzgados
- 4.3. Intervenciones educativas
- 4.4. Intervenciones para el empleo



I

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El consumo de tabaco y el consumo frecuente de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León se sitúan por primera vez ligeramente por debajo de los promedios de España según la encuesta domiciliaria EDADES 2013/2014. Sin embargo, en la población de estudiantes de 14 a 18 años, los consumos de Castilla y León, según la encuesta escolar ESTUDES 2014/2015, siguen estando por encima de la media nacional, aunque las diferencias han disminuido. Por el contrario, el consumo de drogas ilegales y de tranquilizantes sin receta médica es inferior en la Comunidad Autónoma respecto a los datos nacionales, tanto en la población general como en la escolar, observándose unas diferencias menos marcadas en el consumo de cannabis.

La evolución del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en la población de estudiantes de Castilla y León ha sido positiva entre 2008 y 2015. No se puede decir lo mismo de la población general, en la que se constata un aumento o estabilización de los consumos, salvo en el caso del tabaco y de los consumos más recientes de cocaína y drogas de síntesis en las que se observa una menor proporción de consumidores. En el caso de la población escolar son especialmente acusados los descensos de consumidores de bebidas alcohólicas todos los fines de semana, de consumidores de alcohol en «atracón», de fumadores diarios y de consumidores de cannabis y de cocaína. Por el contrario, en la población general parece detectarse un repunte del consumo habitual y de los consumos problemáticos de alcohol, aunque las cifras se sitúan por debajo de los datos del año 2004, y un ligero aumento de los consumos de cannabis.

Con la única excepción del consumo de tranquilizantes sin receta médica, la frecuencia e intensidad de consumo del resto de las drogas en la población general es significativamente mayor en los hombres que en las mujeres. En el caso de las drogas legales, las diferencias entre hombres y mujeres son menos acusadas para el tabaco que para las bebidas alcohólicas, siendo en ambas drogas, superior la diferencia en los consumos de mayor intensidad. En las drogas ilegales también existe un claro predominio masculino, constatándose mayores diferencias en el siguiente orden: consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis.

En el caso de la población más joven, la formada por los estudiantes de 14 a 18 años, las diferencias intersexuales no reproducen el mismo patrón que en la población general. Para este grupo de población se constata la equiparación sexual en el consumo de buena parte de las drogas analizadas. El consumo de tabaco alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes es significativamente superior en las chicas, aunque el consumo diario parece estar equiparándose en ambos性. En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, las chicas consumen más en los últimos 30 días y presentan prevalencias superiores de borracheras alguna vez en la vida, sin embargo, los chicos consumen más todos los fines de semana. El resto de los consumos no presentan diferencias significativas. En las drogas ilegales los patrones de consumo son similares, aunque ligeramente superiores en los chicos que en las chicas, pero sin diferencias significativas, salvo en el caso del consumo en los últimos 30 días de cannabis que es mayor en los chicos.

El grupo de edad de 30 a 39 años, seguido del de 20 a 29 años y del de 40 a 49, son los rangos que presentan un mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. La población más joven es la que presenta unos consumos más intensos y frecuentes



de bebidas alcohólicas, salvo el consumo diario, así como de cannabis y alucinógenos, mientras que la población de 30 a 39 años es la que presenta una mayor proporción de personas que consumen drogas de síntesis y anfetaminas. Por último, se ha elevado el rango de edad a 40 o más años, en el caso del consumo más frecuente de cocaína, opiáceos, inhalantes y tranquilizantes sin receta, así como en el consumo diario de alcohol y de fumadores de más de 20 cigarrillos/día.

El análisis de la situación actual se estructura en nueve apartados. Los cinco primeros se centran en el consumo de las principales drogas de abuso: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y drogas de síntesis, mientras que el sexto se dedica a analizar el consumo de otras drogas, incluyendo los hipnosedantes sin receta. Dentro de cada uno de estos apartados se analiza la información disponible que resulta más relevante para comprender la evolución de los consumos y para la planificación de las actuaciones. Los tres últimos apartados se dedican a analizar otros temas de interés: policonsumo de drogas, características de las personas drogodependientes en tratamiento, patrones de ocio de la población de estudiantes y jóvenes, y opiniones de la población general sobre las posibles actuaciones a desarrollar para hacer frente al problema del abuso y dependencia de las drogas en la Comunidad Autónoma.

Las principales fuentes de información que se han utilizado para realizar el análisis de la situación han sido las encuestas periódicas sobre consumo de drogas a la población general (14-70 años), la encuesta domiciliaria EDADES (15-64 años), la encuesta escolar ESTUDES (14-18 años) de Castilla y León; la información proporcionada por el Comisionado para el mercado de tabacos del Ministerio de Economía y Hacienda; el Informe 2013 sobre la Juventud en España realizado por el Instituto de la Juventud; los datos suministrados por el Sistema autonómico de información sobre toxicomanías (SAITCyL) y por el Servicio de emergencias sanitarias 112 y la información procedente del Sistema de seguimiento del Plan Regional sobre drogas, que incluye la Memoria anual y el Informe sobre tratamientos con sustitutivos opiáceos.

## 1. BEBIDAS ALCOHÓLICAS

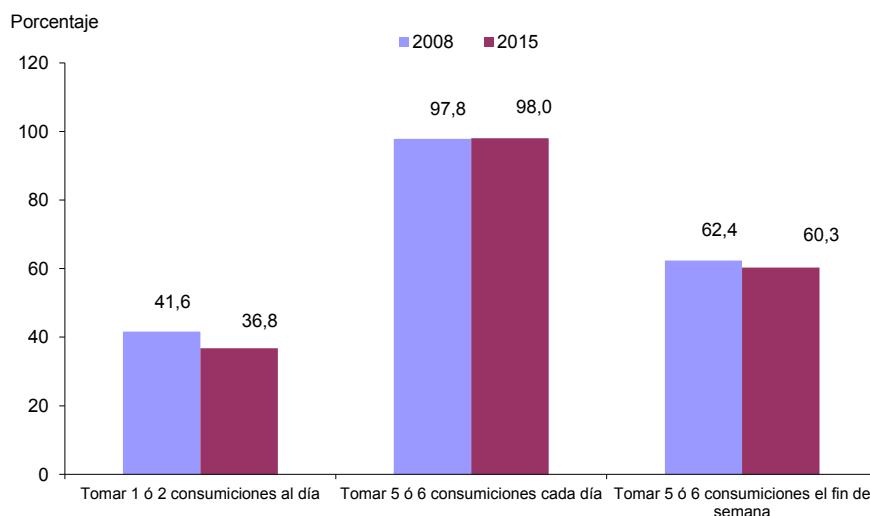
### 1.1. Percepción del riesgo y aceptación social

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

En la población general de Castilla y León la proporción de personas que tienen una alta percepción del riesgo asociada al consumo de 1 o 2 consumiciones de alcohol al día es del 36,8% en 2015 (41,6% en 2008). Le sigue a continuación el consumo de 5 o 6 copas el fin de semana, que es percibido como consumo de alto riesgo por el 60,3% de la población general (62,4% en 2008), y el consumo de 5 o 6 consumiciones de alcohol cada día o en un período breve de 2 horas, que es considerado como muy arriesgado para la salud por el 94% de los encuestados (94,4% en 2008).

Para todas las frecuencias e intensidades de consumo estudiadas, la percepción del riesgo es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, sobre todo en el caso del consumo de 1 o 2 copas cada día o de 5 o 6 copas durante el fin de semana. Por edad, el grupo con mayor percepción del riesgo para 1 o 2 consumiciones de alcohol cada día son los menores de 20 años, lo que no se observa en el consumo de 5 o 6 consumiciones cada día o en un período aproximado de 2 horas para la que este grupo de edad tiene la menor percepción de riesgo.

Figura 1. Percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo

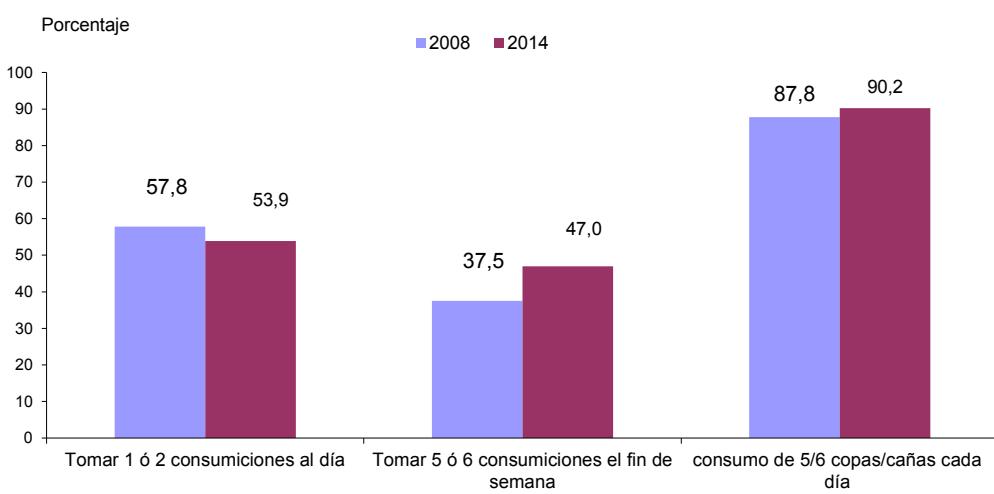


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Droga.

La percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas ha evolucionado de forma dispar en la población de estudiantes de 14 a 18 años. Mejora para el consumo de 5 o 6 cañas/copas el fin de semana, que pasa del 37,5% que lo consideraba bastante o muy peligroso en 2008 al 47% en 2014. Por el contrario, la percepción del riesgo del consumo de 1 o 2 cañas/copas al día disminuye respecto a 2008, pasando de un 57,8% a un 53,9% y se mantiene en cifras elevadas la percepción del riesgo relacionada con el consumo de 5/6 copas/cañas cada día (87,8% en 2008; 90,2% en 2014).

La percepción del riesgo asociada al alcohol en la población de estudiantes sigue siendo menor que en la población general. En ambas poblaciones, el riesgo percibido es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

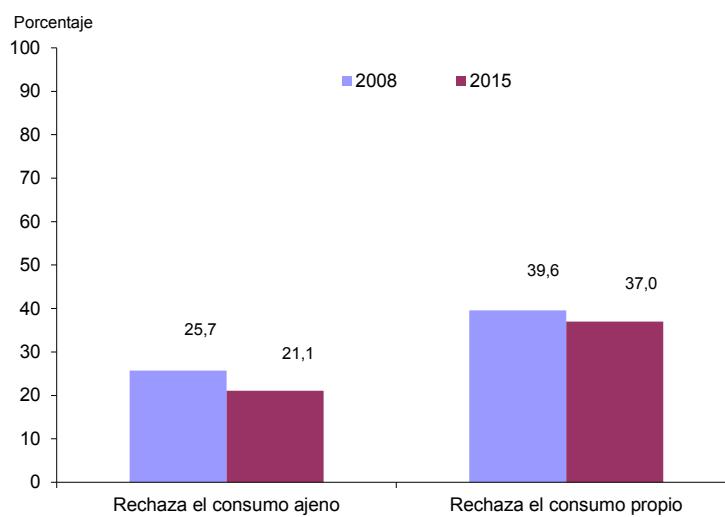
Figura 2. Percepción del riesgo asociada al consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo



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

El alcohol sigue siendo la droga socialmente más aceptada, como lo prueba el hecho de que a un escaso 21,1% de la población general le parece mal que otros consuman bebidas alcohólicas y a un 37,0% el consumo propio. Además, es significativo el alto grado de indiferencia («le da igual») que suscita el consumo de alcohol en otras personas (48,8%), que es la opción más elegida por la población de 14 a 70 años. Analizando las respuestas en función del sexo, se aprecia que los hombres son significativamente más tolerantes con el consumo de alcohol que las mujeres.

*Figura 3. Tolerancia social hacia el consumo de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León*



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

La tolerancia de los jóvenes hacia el consumo abusivo de bebidas alcohólicas se mantiene estable en los últimos años. Según el Informe 2013 sobre la Juventud en España realizado por el INJUVE entre jóvenes de 15 a 29 años, la actitud tolerante hacia la conducta de emborracharse en espacios públicos (valorado desde 0, totalmente inadmisible, hasta 10, totalmente admisible) se encuentra en el 3,11 de media, cifra similar a los 3,05 puntos que se observó en el año 2007. Es mayor la tolerancia en los chicos (media de 3,37 puntos) que en las chicas (media de 2,84 puntos), y mayor en los grupos de menos edad (3,14 en el rango de 15-19 años, 3,32 en el rango de 20-24 años y 2,92 en el rango de 25-29 años).

Otro dato indicativo de la tolerancia social ante el consumo de alcohol es que el 19,9% de la población de estudiantes de 14 a 18 años percibe que alguno de sus padres les permite consumir bebidas alcohólicas en cualquier sitio, a pesar de ser menores de edad, y que el 26,7% percibe que se lo permiten siempre que no las tomen en casa. Las chicas perciben que sus progenitores son más restrictivos con el consumo de alcohol que los chicos. A su vez, las madres son consideradas más restrictivas que los padres por ambos sexos. Esta percepción es importante, ya que de forma indirecta valora el posicionamiento familiar frente al consumo de alcohol en los hijos, mostrando una elevada permisividad de los padres ante el consumo de alcohol en los menores de edad.

## 1.2. El consumo de alcohol en los hogares de Castilla y León

El consumo de bebidas alcohólicas en los hogares de Castilla y León se ha incrementado respecto al año 2008, según los datos aportados por la encuesta sobre



consumo de drogas a la población general de la Comunidad Autónoma. Un 18,2% de los encuestados en 2015 (16,9% en 2008) refiere que en su hogar todos o la mayoría de sus miembros consumen bebidas alcohólicas, un 38,4% (35,4% en 2008) que pocos miembros de la familia las consumen y un 28,7% que nadie bebe, porcentaje este último 6 puntos porcentuales inferior al de 2008 (34,8%) y ligeramente superior al registrado en 2004 (27,3%).

Casi la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años (46,8%) perciben que su madre no consume alcohol ningún día por tan sólo un 27% en el caso del padre; porcentajes ligeramente superiores a los observados en 2012 (44,9% y 26%). El 4% manifiesta que su madre consume bebidas alcohólicas moderadamente todos o casi todos los días, cifra que asciende al 5,5% en el caso del padre. Por otra parte, el 11,3% de los estudiantes manifiesta que su madre consume bebidas alcohólicas sólo los fines de semana, por un 10,4% en el caso del padre. No es posible hacer comparaciones con los datos de 2008 por haberse hecho modificaciones en el cuestionario.

### **1.3. Frecuencia e intensidad del consumo de bebidas alcohólicas**

#### **1.3.1. Frecuencias de consumo**

La población general de Castilla y León consume bebidas alcohólicas en dos patrones diferenciados, o bien de forma ocasional, es decir, con una frecuencia inferior a una vez al mes, o de forma habitual o semanal.

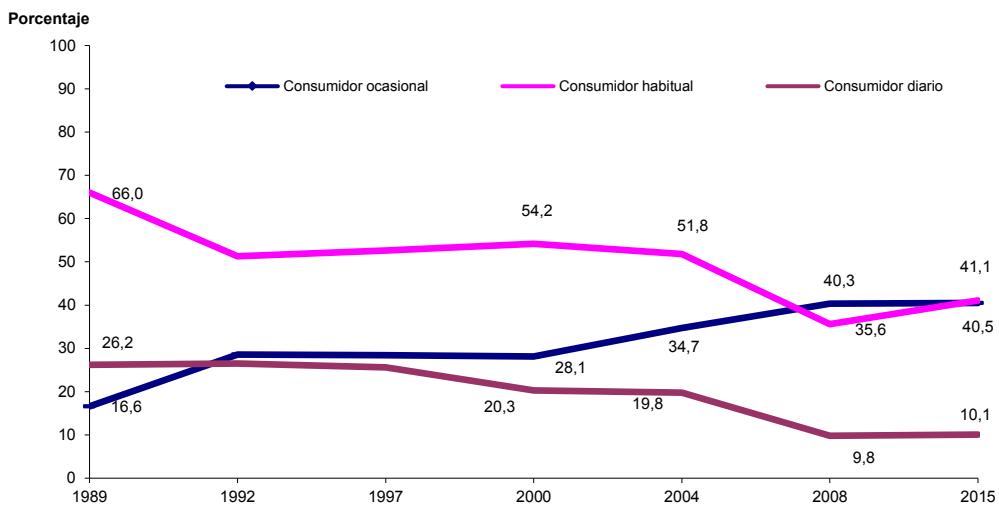
El consumo ocasional de bebidas alcohólicas se mantiene estable, pasando del 40,3% en 2008 al 40,5% en 2015. Destacar que en la población general es el único consumo de alcohol que es superior en las mujeres que en los hombres (45,2% frente 36%).

Por otra parte, el consumo habitual aumenta, pasando del 35,6% en 2008 al 41,1% en 2015, aunque estas prevalencias siguen siendo inferiores a las de 2004 (51,8%). Este consumo es estadísticamente menor en las mujeres que en los hombres (31,7% frente a un 50%).

Los porcentajes de personas que consumen habitualmente bebidas alcohólicas los fines de semana también han aumentado, pasando del 34,0% en 2008 al 40,9% en 2015. Esta misma evolución se aprecia en el consumo los días laborables, que pasa del 29,5% en 2008 al 32,2% en 2015, con porcentajes inferiores a los de 2004 (43,7% y 49,8%, respectivamente). El consumo habitual de bebidas alcohólicas durante los fines de semana presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo siempre superior en el caso de los varones. Los consumidores habituales son más prevalentes en los rangos de edad de 20-29 años (44,2%) y de 30-39 años (44,1%).

De igual modo, aumenta el porcentaje de consumidores diarios del 9,8% al 10,1%, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (15,1%, 4,8%). Las prevalencias se incrementan con la edad, siendo más frecuentes en los rangos de edad superiores: 50-59 años y 60 o más años (18%).

Figura 4. Evolución del consumo de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León

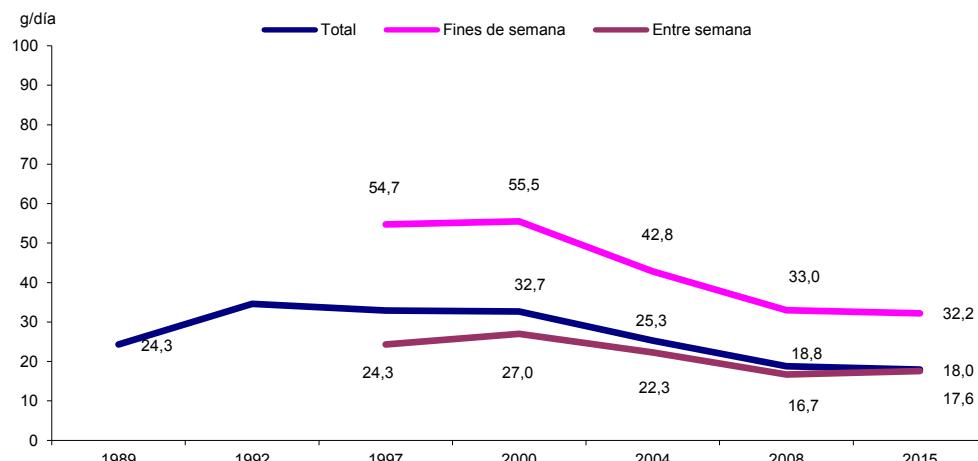


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

Entre las personas que consumen semanalmente bebidas alcohólicas, la cantidad de alcohol consumida sigue disminuyendo de forma progresiva en los últimos 15 años, pasando de 32,7 gramos de alcohol absoluto al día en 2000 a 18,8 gramos de alcohol/día en 2008 y a 18 gramos de alcohol/día en 2015.

Es significativamente mayor la cantidad de alcohol consumida por los hombres (21,9 g/día) que por las mujeres (11,4 g/día). Como era de esperar, la cantidad de alcohol consumida es significativamente mayor durante los fines de semana (32,2 g/día) que durante los días laborables (17,6 g/día). En relación con la edad, la media de consumo es superior en las edades intermedias entre 30 y 49 años (20,8 g/día) y en el rango de 50-59 años (18 g/día). En días laborables el consumo es mayor en edades superiores: 21,69 g/día en el rango de 50-59 años, 19,3 g/día en el rango 40-49 años y de 17,1 g/día entre los mayores de 60 años. Sin embargo, durante los fines de semana la cantidad de alcohol consumida es superior en los menores de 40 años (38,9 g/día en 30-39 años; 35,7 g/día en 20-29 años y 32,6 g/día en menores de 20 años).

Figura 5. Evolución de la cantidad de alcohol puro consumido por los bebedores habituales en la población general de Castilla y León

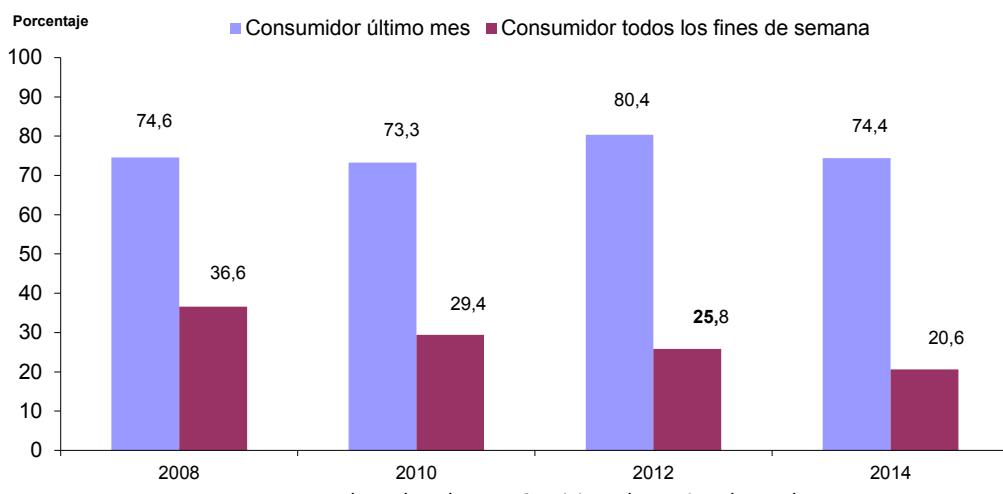


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

En relación a la situación de Castilla y León respecto a la media nacional, los datos de la encuesta EDADES (2013), que entrevista a población de entre 15-64 años, muestran que el consumo alguna vez en la vida (95,4%) sigue estando por encima de la media nacional (93,1%), que el consumo en el último año es similar (78,7% en Castilla y León, 78,3% en España) y que por primera vez la prevalencia del consumo en los últimos 30 días de la Comunidad Autónoma (62,9%) es inferior a la media nacional (64,4%).

Por lo que respecta a la población de estudiantes, se puede considerar que el 74,4% es consumidor actual de bebidas alcohólicas (consumidores en el último mes), proporción prácticamente igual a la registrada en 2008 (74,6%), siendo significativamente superior el porcentaje en las chicas (76,6%) que en los chicos (71,8%). Sin embargo, es muy positiva la evolución de la prevalencia de los estudiantes que consumen bebidas alcohólicas todos los fines de semana, que ha pasado del 36,6% en 2008 al 20,6% en 2014. En este caso el consumo es mayor en los chicos (23,5%) que en las chicas (18%). En comparación con los datos de España, el consumo de alcohol en los estudiantes de Castilla y León se sitúa por encima de la media nacional, que para el consumo en los últimos 30 días es del 68,2% y para el consumo todos los fines de semana es del 13,1%.

Figura 6. Evolución de la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población escolar de Castilla y León



Fuente: Encuesta Escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Drogas.

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

Tomando como referencia la tipología de la OMS, a través de las Unidades de Bebida Estándar (UBE), que considera consumo de riesgo al consumo de 28 UBE/semana en hombres y 17 UBE/semana en mujeres, en 2015 el 5,2% de la población general de Castilla y León presentaba un consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, porcentaje superior al registrado en el año 2008 (4,6%) e inferior al de años anteriores (12,2% en 2004 y 21,6% en 2000). Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (6,6% varones; 2,6% mujeres). En relación con la edad, se aprecia que disminuyen los consumidores de riesgo de 20-29 años (2008: 8,1%; 2015: 4,2%) y que aumentan los de 30-39 (2008: 4,8%; 2015: 6,6%) y los de 50-59 años (2008: 3,5%; 2015: 5,3%).

Sin embargo, si se utilizan los datos de la encuesta EDADES 2013/2014, en la que este consumo se valora a través del test AUDIT, se observa como los consumidores de riesgo descienden, pasando de representar el 4,2% en 2009 al 2,6% en 2013/2014.



Por otro lado, el 16,4% de la muestra encuestada en 2015 admite que se había emborrachado en los últimos 6 meses, cifra superior al 14,7% de 2008, pero por debajo de las encuestas de 2004 (19,6%) y de 2000 (20,9%). El aumento de las borracheras se produce entre los varones (18,6% en 2008; 21,7% en 2015), mientras que se mantiene estable en las mujeres (10,7% en 2008; 10,9% en 2015), existiendo también diferencias significativas por sexo. En relación con la edad, el grupo en el que se produce una mayor proporción de borracheras en los últimos 6 meses es el de 20-29 años, seguido de los menores de 20 años en el que se observa un incremento en el período 2008 - 2015 (24,7%; 27,9%).

Hay que destacar que los episodios de embriaguez en los seis meses previos entre las personas que consumen habitualmente alcohol han descendido, pasando de una prevalencia del 49,3% en 2008 a un 40,1% en 2015. Las borracheras en los últimos 6 meses son mucho más frecuentes en los jóvenes menores de 30 años, en los que el 77,9% de los bebedores habituales refieren este consumo. Los hombres que consumen alcohol de forma habitual declaran más borracheras en los últimos seis meses que las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas por sexo, y observándose un mayor descenso en las mujeres (53,7% en 2008; 34,5% en 2015) que en los hombres (47,1% en 2008; 43,5% en 2015).

También es digno de mención que en 2015 el 20,8% de la población general reconoce haber tomado alguna vez 5 o más bebidas alcohólicas en un período breve de dos horas en el último mes («atracones» de alcohol o *binge drinking*), elevándose esta proporción respecto a los datos de 2008 (17,6%). Cuando se valora esta modalidad de consumo intenso entre las personas que han consumido alcohol en el último mes, se observa que el rango de edad con mayor prevalencia es el de 20-29 años (63,5%), seguido de los menores de 20 años (61,0%).

En relación con los datos nacionales proporcionados por la encuesta EDADES 2013/2014, hay que destacar que el consumo más intenso de alcohol se encuentra por primera vez en Castilla y León en niveles por debajo de la media nacional. En la Comunidad Autónoma las borracheras en los últimos 12 suponen el 14,7% frente al 19,1% en España, el consumo en «atracon» en los últimos 30 días el 13,3% en Castilla y León y el 15,5% en España. Estos consumos están por debajo de la media nacional tanto en hombres como en mujeres, a excepción de las borracheras en los últimos 30 días en las que el consumo en las mujeres de Castilla y León (5,2%) sigue siendo superior a la media nacional (4,5%).

Otro dato positivo es que en la población de estudiantes de 14 a 18 años la proporción de menores que han ingerido 5 o más consumiciones de alcohol en un espacio de 2 horas ha descendido muy considerablemente de un 56% en 2008 a un 39% en 2014. La prevalencia de este tipo de consumo es similar en el conjunto de los chicos y chicas de 14 a 18 años; sin embargo, en las edades más jóvenes, de 14 y 15 años, los consumos son más frecuentes en las niñas (32,4% a los 14 años, 43% a los 15 años) que en los niños (14,3% a los 14 años, 32,5% a los 15 años). Los porcentajes se igualan a los 16 y 17 años y son superiores en los chicos a los 18 años.

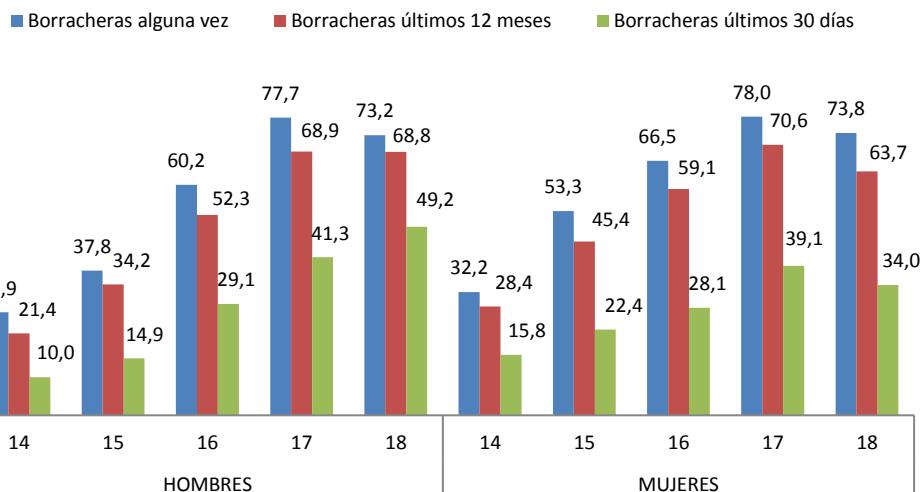
Tabla 1. Consumo de riesgo, intoxicaciones etílicas y episodios intensos de consumo de alcohol en la población general y en la población de estudiantes de Castilla y León

	Población general de 14 a 70 años (%)			Estudiantes de 14 a 18 años (%)		
	2004	2008	2015	2004	2008	2014/15
Bebedor de riesgo	12,2	4,6	5,2	18,3	--	--
Borracheras alguna vez en la vida	44,3	30,7	36,2	59,2	67,6	58,2
Borracheras últimos 6 meses	19,6	14,7	16,4	--	--	--
Borracheras último mes	--	--	--	35,0	40,7	27,7
“Atracones” de alcohol	--	17,6	20,8	--	56,0	39,0

Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Drogena.

De igual modo, se han reducido significativamente en esta población las borracheras alguna vez en la vida (67,6% en 2008; 58,2% en 2014), siendo significativamente superiores los porcentajes en las chicas (61%) que en los chicos (55%). También descienden las borracheras en el último mes (40,7% en 2008; 27,7% en 2014), en las que no se aprecian diferencias por sexo. Por edad y sexo, las borracheras alguna vez en la vida y en el último mes en los adolescentes de 14 y 15 años son superiores en las chicas.

Figura 7: Prevalencia de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad. ESTUDES, 2014/15



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Drogena.

En relación con los datos nacionales, estos tipos de consumo siguen estando por encima de la media nacional (borracheras alguna vez en la vida en España 50,1%; borracheras último mes en España 22,2%; ingesta de 5 o más consumiciones de alcohol en un espacio de 2 horas en España 32,2%).

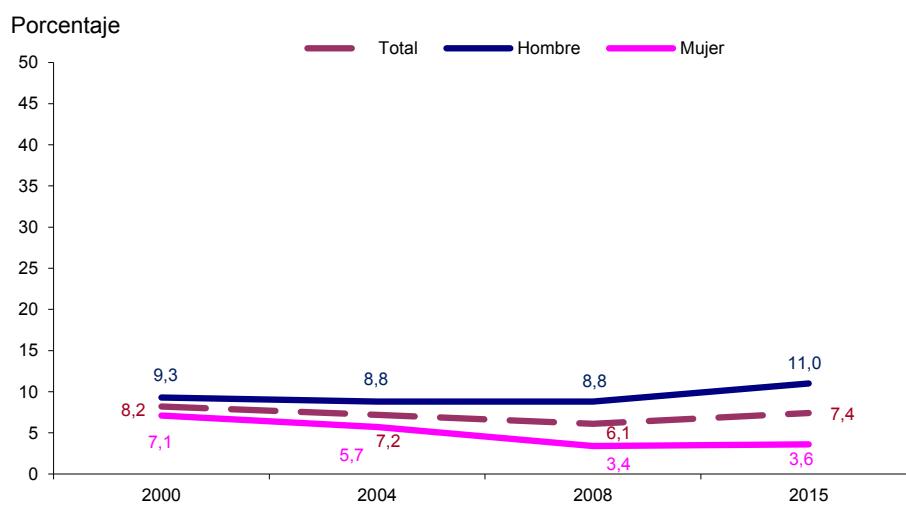
### 1.3.3. Bebedores problemáticos

Como en encuestas anteriores, también se ha aplicado en 2015 el test CAGE a la población general de Castilla y León. Se considera que una persona presenta un consumo problemático de alcohol cuando alcanza 2 o más puntos en este test.

Según este criterio, se puede considerar que el 7,4% de la población encuestada es consumidora problemática de alcohol, habiéndose elevado este porcentaje respecto al año 2008 (6,1%) y volviendo a niveles del año 2004 (7,2%). El aumento se debe sobre todo a los consumos de los hombres, que pasan de representar el 8,8% de los encuestados en 2008 al 11,0% en 2015, permaneciendo prácticamente igual en las mujeres (3,4% en 2008; 3,6% en 2015).

Por grupos de edad, se mantienen los porcentajes en los menores de 20 años (9,5% en 2008 y en 2015); disminuyen en el rango de 20-29 años (10,9% en 2008; 9,8% en 2015) y aumentan en los rangos de edad de 30-39 años (5,8% en 2008; 11,0% en 2015) y 40-49 años (3,8% en 2008; 7,2% en 2015).

*Figura 8. Evolución de la prevalencia de bebedores problemáticos en la población general de Castilla y León*



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

#### 1.3.4. Continuidad en el consumo de bebidas alcohólicas.

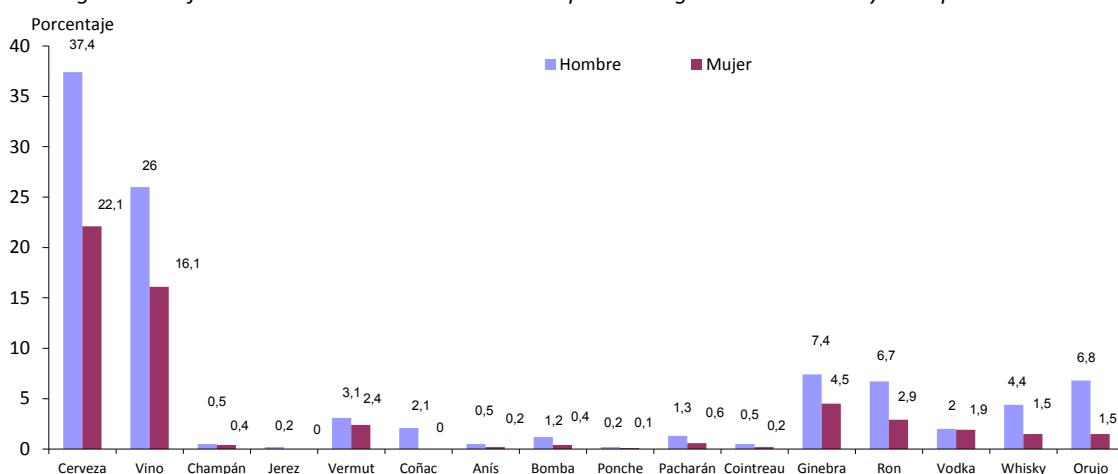
La continuidad en el consumo de alcohol se ha elevado en la población de estudiantes de 14 a 18 años. En 2014, un 97,7% de quienes declaraban haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida reconocían que continuaban consumiéndolas en el último año (96,2% en 2008) y un 88,2% en el último mes (78,5% en 2008). Cuando el análisis se realiza a partir del consumo en el último año, se observa que el 90,3% de los estudiantes también continuaban consumiendo alcohol en el último mes (81,5% en 2008) y el 25,2% lo hacían todos los fines de semana (39,7% en 2008).

#### 1.4. Preferencia por las distintas bebidas alcohólicas.

En Castilla y León la cerveza sigue siendo la bebida alcohólica más frecuentemente consumida por la población general, aumentando la proporción de consumidores, que pasa del 25,2% en 2008 al 29,8% en 2015. En segundo lugar se encuentra el vino, que aumenta ligeramente el porcentaje de consumidores en 2015 (21,0%) respecto a 2008 (18,7%). En tercer lugar se encuentra la ginebra, que también evoluciona al alza, pasando del 2,3% en 2008 al 5,9% en 2015. Considerando sólo las personas que consumen habitualmente alcohol, las cinco bebidas de consumo preferente son la cerveza (72,9%), que eleva su consumo, el vino (51,3%), que lo disminuye ligeramente, la ginebra (14,5%), que duplica sus cifras, el ron (11,8%), que desciende, el orujo (10,1%), que se mantiene estable, y el whisky (7,2%), que desciende en consumidores. El resto de las bebidas se consumen

de forma muy minoritaria por debajo de los porcentajes antes señalados. Este patrón de preferencias se mantiene en ambos性os, apreciándose diferencias significativas de mayor consumo en los varones respecto a las mujeres en el caso de la cerveza (37,4%; 22,1%), vino (26,0%; 16,6%), ginebra (7,4%; 4,5%), ron (6,7%; 2,9%) y vermut (3,1; 2,4%).

Figura 9. Preferencia de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León por sexo



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

## 1.5. Edad de inicio

Las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León se encuentran estabilizadas en la última década en torno a los 13,5 años (13,6 años en 2014). En el caso del inicio del consumo semanal de alcohol es importante destacar que entre 2008 y 2014 se ha detectado un retraso estadísticamente significativo de tres meses en la edad de inicio, que ha pasado de 14,7 años en 2008 a 15 años en 2014. En el caso de las primeras borracheras, la edad de inicio se mantiene estable, situándose en los 14,5 años en 2014.

La proporción de consumidores de bebidas alcohólicas aumenta de un modo muy importante con la edad. A los 14 años, el 51,9% de los estudiantes reconoce consumir alcohol en el último mes, mientras que a los 17 años este porcentaje alcanza el máximo con un 89,3%. Igualmente, un 13,2% de los estudiantes de 14 años admite haber tenido una borrachera en el último mes, porcentaje que se eleva al máximo del 40,1% a los 17 años. Por último, el consumo en «atracón» en el último mes se observa en el 19,1% de los estudiantes de 14 años y en el 54,6% de los de 18 años.

## 1.6. Consecuencias negativas del consumo de alcohol

En la población general, entre los consumidores semanales, un 9,9% de las personas encuestadas en 2015 manifiesta que en el último año ha tenido una riña o discusión como consecuencia del consumo de alcohol, un 2,0% que se ha visto involucrado en una pelea por su causa y un 0,5% que ha sufrido un accidente de tráfico que precisó de atención médica, no existiendo diferencias significativas por sexo. Otros problemas atribuidos al consumo de alcohol en los que tampoco se han encontrado diferencias en función del sexo son: faltar a clase (2,1%), no acudir a trabajar uno o más días (1,5%), haber sido detenido por la policía (1,0%) y sufrir un accidente laboral que precisó asistencia sanitaria (0,3%). Respecto a la encuesta de 2008, disminuyen los porcentajes respecto a los accidentes de tráfico, faltar un día o más al trabajo o al centro educativo y las peleas o agresiones, mientras que se elevan en 5 décimas porcentuales las riñas y discusiones, principalmente entre las mujeres.



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

	Población general de 14 a 70 años (%) Últimos 12 meses		Estudiantes de 14 a 18 años (%) Últimos 12 meses	
	2008	2015	2010	2014/15
Accidente de tráfico a causa del cual recibió atención o tratamiento médico (ESTUDES sólo accidentes de tráfico)	1,5	0,5	29,3	51,1
Accidente laboral u otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,4	0,3	--	--
Accidente de otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	1,2	1,5	--	--
Recibir asistencia médica o sanitaria urgente	--	--	--	--
Detención por la policía o las fuerzas de orden público	1,1	1,0	--	--
Faltar al trabajo un día entero o más	2,3	1,5	--	--
Faltar al centro educativo un día entero o más	3,0	2,1	--	--
Riña, discusión o conflicto importante sin agresión física	9,4	9,9	--	--
Pelea o agresión física	4,4	2,0	34,5	44,4

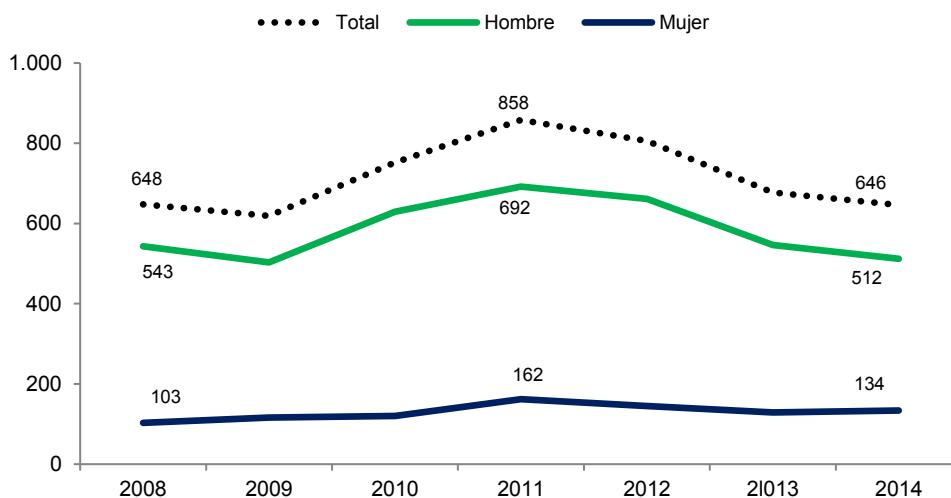
Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general y Encuesta escolar sobre drogas. Comisionado Regional para la Droga.

En el caso de la población de estudiantes, sólo se pueden utilizar las encuestas cuyos ítems son comparables, ya en 2010 se modificaron las preguntas de encuestas anteriores. El porcentaje que aparece en la tabla 2 se refiere a los estudiantes que admiten haber tenido el problema en el último año y que a su vez habían consumido alcohol en las 2 horas previas. Hay que advertir las cifras que aparecen en la tabla para la población general y la población de estudiantes no son comparables al ser distintas las preguntas de la encuesta domiciliaria y de la encuesta escolar y al calcularse los datos de la población general sobre el total de los encuestados.

### 1.6.2. Admisiones a tratamiento

Otra forma de valorar las consecuencias negativas de la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas es analizar el indicador de *Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas*, lo que permite evaluar una de las principales complicaciones del abuso de alcohol como es el síndrome de dependencia alcohólica. Según los datos del Sistema de información sobre toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL), la proporción de admisiones a tratamiento por abuso de alcohol aumentó en el período 2008-2014, registrando su valor mínimo en 2008 (24,4%) y su valor máximo en 2011 (35,6%) y alcanzando el 31,8% en 2014.

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



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

El perfil de las personas atendidas en tratamiento ambulatorio en 2014 por abuso o dependencia de alcohol, considerando la evolución en el período 2008-2014, se caracteriza por los siguientes rasgos:

- El 92,4% de las personas admitidas a tratamiento tiene la nacionalidad española. La proporción de inmigrantes permanece estable, entre el 7,4% en 2014 y el 10,1% en 2013.
- Los hombres representan el 79,3% de todas las admisiones a tratamiento, lo que supone una razón de 4 hombres por cada mujer; no obstante, se observa un aumento de 5 puntos en la proporción de mujeres.
- Residen en su casa el 85,9% de los admitidos a tratamiento, circunstancia que se mantiene estable. El porcentaje de individuos que refiere haber estado en un centro penitenciario o recurso similar en 2014 es del 3,9%, duplicándose respecto a 2008.
- Dispone de empleo el 35,0% de los pacientes. A partir de 2008, se observa un descenso de las personas con trabajo y un aumento de los desempleados, que alcanzan el 45,8% en 2014.
- En cuanto a la formación académica, se sitúan en primer lugar los estudios secundarios (43,1%) y en segundo lugar los estudios primarios (39,5%), sin observarse cambios en el período 2008-2014.
- La edad media de las personas en tratamiento es de 45 años en los varones y de 46 años en las mujeres, 3 y 5 años más, respectivamente, que en 2008, lo que indica un envejecimiento de la población atendida.
- Las personas dependientes del alcohol atendidas en 2014 se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas a los 16,3 años en el caso de los hombres y a los 18,4 años en el caso de las mujeres. Por otra parte, la edad media de inicio



en el consumo problemático de alcohol se sitúa en los 29,7 años (cinco años más elevada en las mujeres), y el tiempo medio de consumo de alcohol al iniciar el tratamiento en los 29,0 años.

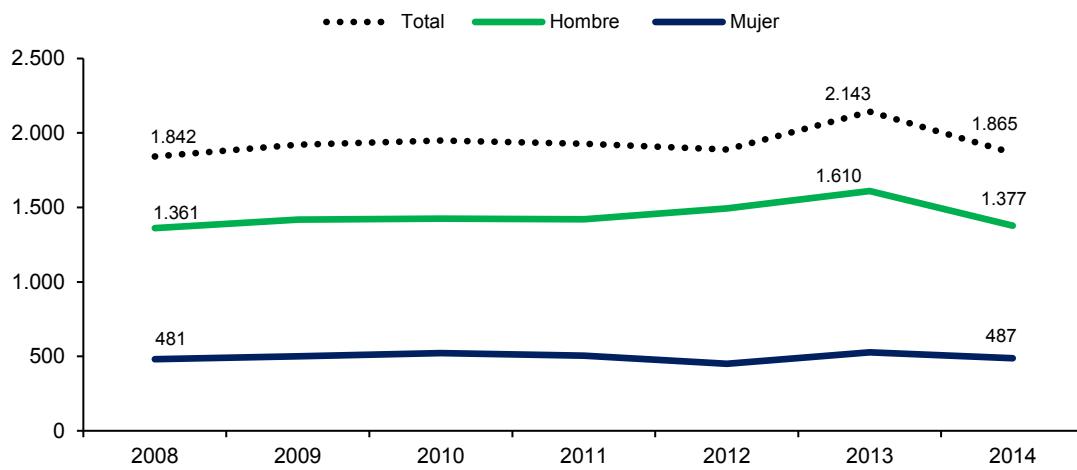
- Si se analiza la patología relacionada con el consumo de alcohol, se observa que los trastornos orgánicos aparecen en primer lugar con una tendencia ascendente, que alcanzó su prevalencia máxima en 2013 (36,7%) y mínima en 2008 (16,5%), y del 23,9% en 2014. A continuación se sitúan los trastornos mentales, que oscilan entre un valor máximo del 33,0% en 2014 y mínimo del 20,1% en 2010, y también con una tendencia creciente. La prevalencia de la hepatitis B oscila entre el 3,2% en 2013 y el 4,8% en 2012. En 2014 el indicador cambia, valorando los portadores crónicos que representan el 0,2%. En relación con los positivos para la hepatitis C, la prevalencia oscila entre el 3,8% en 2013 y el 7,6% en 2012, siendo del 5,3% en 2014. Estos datos deben ser interpretados con cautela teniendo en cuenta que la proporción de desconocidos es importante, oscilando entre el 15% y el 20%.
- Del total de casos atendidos por dependencia de alcohol, la proporción de personas que ya habían estado en tratamiento por esta patología, y que por tanto han tenido una recaída, oscila entre el 40,9% del año 2008 y el 54,8% del año 2014, con una tendencia ascendente.
- La proporción de casos que se incorporan por primera vez a la red de asistencia al drogodependiente, es decir, pacientes que nunca han recibido tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas, oscila entre un máximo del 46,1% en 2008 y un mínimo del 37,1% en 2011, representando el 43,8% en 2014.

### 1.6.3. Urgencias sanitarias

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

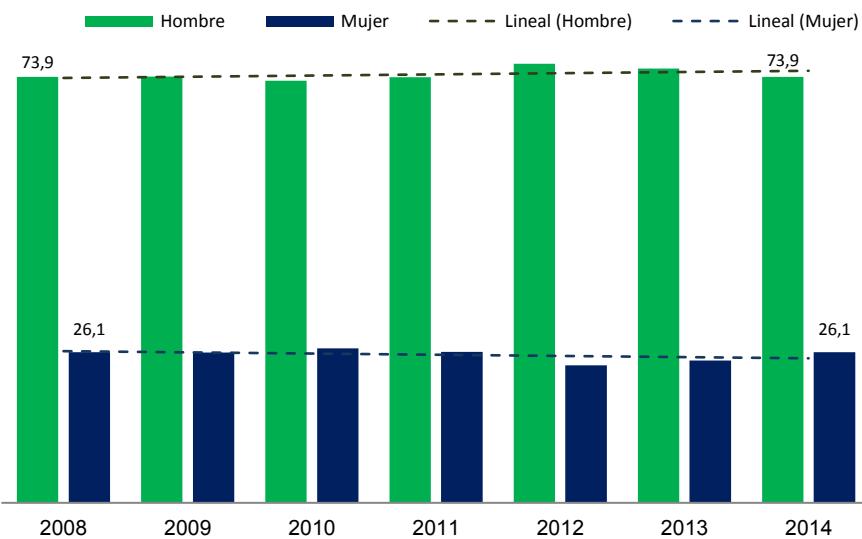
De los datos disponibles, el indicador más sensible es el de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas del SAITCyL, que vigila las urgencias en los dos hospitales públicos de Valladolid, en el de Palencia y en el Complejo Hospitalario de León. Según este indicador, los episodios de urgencia por abuso de alcohol aumentaron el 1,2% entre los años 2008 (1.842 casos) y 2014 (1.865 casos). En este período, la mayoría de los episodios ocurrieron en hombres (73,9% en 2014), manteniéndose estable con ligeras oscilaciones la proporción de casos en ambos sexos.

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



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

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



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

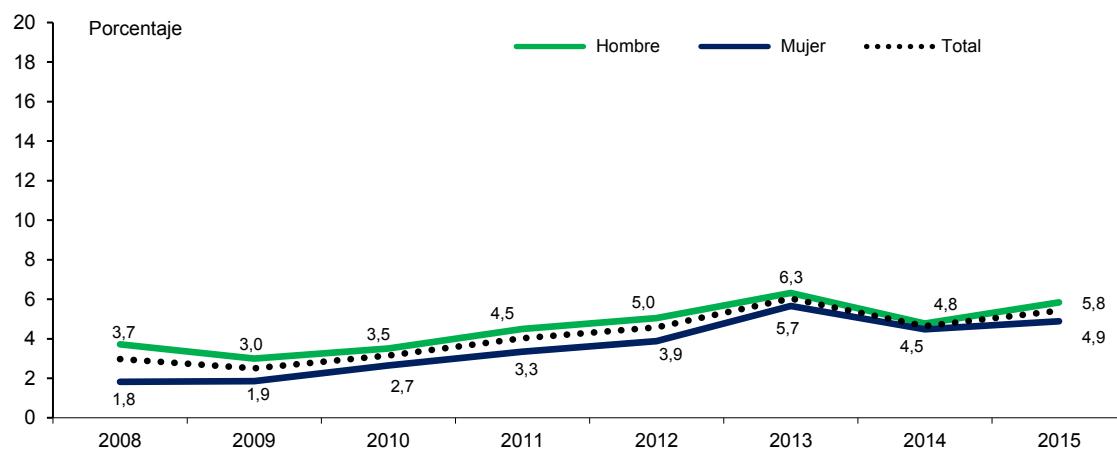
La urgencia requirió ingreso hospitalario en el 13,2% de los casos atendidos, con un aumento progresivo de los ingresos desde el año 2008, lo que indica una mayor gravedad de los casos. Las urgencias relacionadas con el consumo de alcohol son un 28,7% más frecuentes los fines de semana, de viernes a domingo, que el resto de la semana.

Analizando las urgencias hospitalarias por edad, se comprueba que el grupo más numeroso es el constituido por las personas de 30 o más años, que representan el 71,2% de todas las urgencias en 2014. El grupo de 14 a 29 años representa el 27,9% y los menores de 14 años el 0,9%. Estos datos son relevantes para cuestionar la percepción social que asocia en exclusiva abuso de alcohol, jóvenes y urgencias sanitarias.

El peso de las urgencias en función de la edad y el sexo también es significativo. En el grupo de edad de 14 a 29 años las urgencias debidas al consumo de alcohol representan el 44,1% de los episodios en las mujeres y el 22,2% en los hombres. Se observa un aumento de la edad de los casos a lo largo de los años. La edad media oscila en la mujer, entre los 30,0 años en 2009 y los 33,4 años en 2014, y en el hombre, entre los 40,4 años en 2008 y los 43,7 años en 2014.

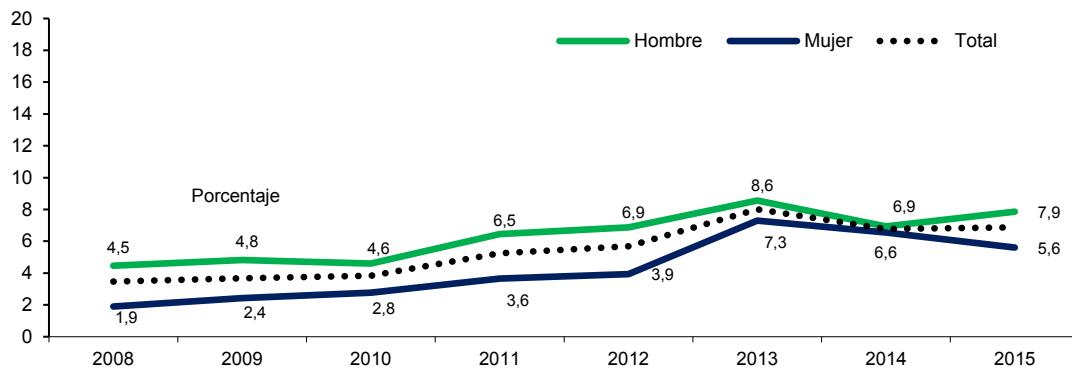
En el caso de las urgencias atendidas por el Servicio de Emergencias Sanitarias 112 de Castilla y León, la proporción de casos debidos al abuso de bebidas alcohólicas también se mueve en unas cifras muy bajas. En 2015, en la población de 30 o menos años, el 5,4% de los casos atendidos correspondieron a patología relacionada con el alcohol (suponían el 5,8% entre las urgencias de los varones y 4,9% entre las mujeres). Dentro de este grupo, los de 19 a 30 años fueron el 6,9% (7,9% entre urgencias de los varones y 5,6% entre las de las mujeres) y los de 18 o menos años el 3,7% (3,5% entre las urgencias de los varones y 4,1% entre las de las mujeres).

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



Fuente: Servicio de Emergencias Sanitarias. SACYL

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



Fuente: Servicio de Emergencias Sanitarias. SACYL

## 1.7. Disponibilidad percibida

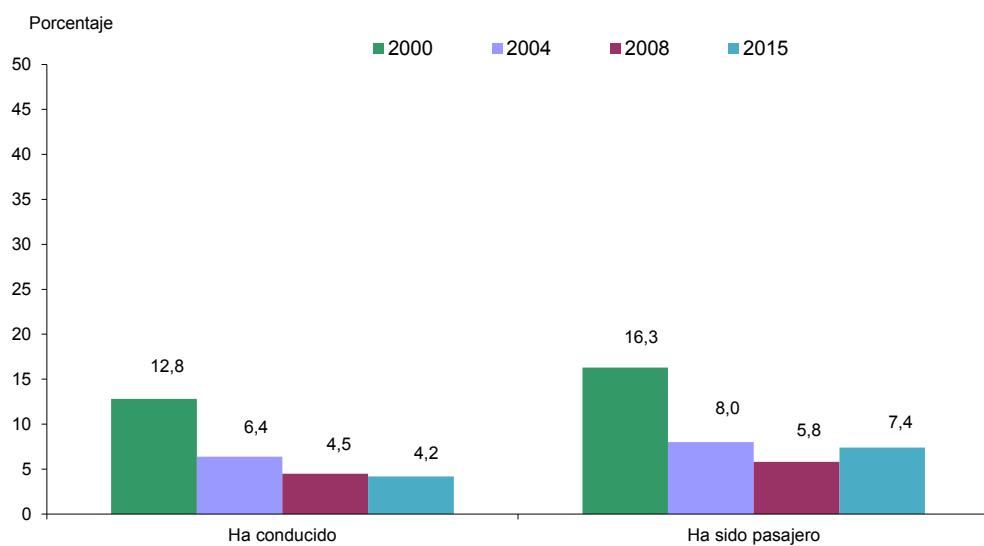
El alcohol es con mucha diferencia la droga que la población escolar de Castilla y León percibe como más disponible. En 2014, el 92,5% de la población de estudiantes de 14 a 18 años consideraba que le resultaría fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisiera, disminuyendo algo esta percepción respecto a los datos de 2008 (93,7%). Es importante destacar que el 86,0% de los estudiantes de 14 años considera fácilmente accesibles las bebidas alcohólicas, y ello a pesar de tratarse de una edad muy temprana y muy por debajo de la edad legal para acceder al alcohol.

## 1.8. Alcohol y seguridad vial

El binomio alcohol-conducción es una combinación de alto riesgo para la seguridad vial. En 2015 se mantiene una tendencia descendente consolidada en la proporción de personas de la población general que refiere haber conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol en el último año, que ha pasado del 12,8% en 2000 al 4,2% en 2015. Sin embargo, la tendencia descendente en el porcentaje de personas que manifiestan haber sido pasajeras en el último año de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol se rompe en 2015, pasando del 5,8% en 2008 al 7,4% actual.

Hay que significar que las diferencias por sexo de ambas conductas de riesgo son bastante acusadas: el 6,9% de los hombres ha conducido bajo los efectos del alcohol frente a un 1,4% de las mujeres y el 9,7% de los varones ha viajado como pasajero de un conductor que estaba bajo los efectos del alcohol frente a un 5,1% de las mujeres.

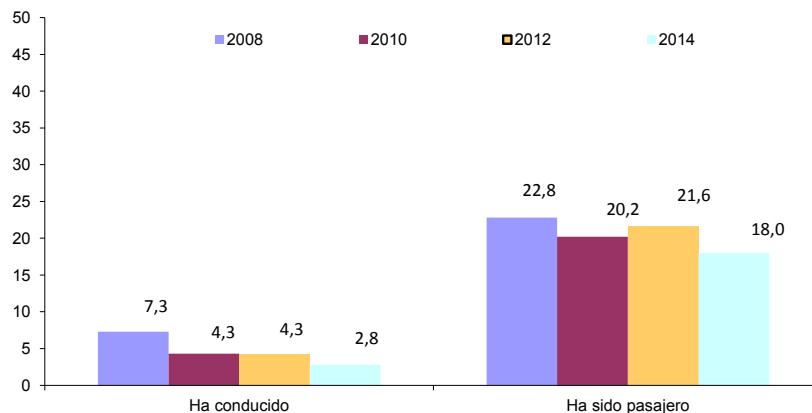
Figura 15. Alcohol y seguridad vial en la población general de Castilla y León



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Drogas.

En la población de estudiantes, la proporción de quienes refieren haber conducido bajo los efectos del alcohol ha disminuido considerablemente, pasando del 7,3% en 2008 al 2,8% en 2014. Hay que señalar que las edades de los estudiantes encuestados (14-18 años) hacen que este porcentaje sea considerablemente inferior al de la población general. En relación con los adolescentes que manifiestan haber viajado en un vehículo conducido por alguien bajo sus efectos el porcentaje ha descendido también, pasando de un 22,8% en 2008 a un 18,0% en 2014.

Figura 16. Alcohol y seguridad vial en la población de estudiantes de Castilla y León



Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Comisionado Regional para la Droga.

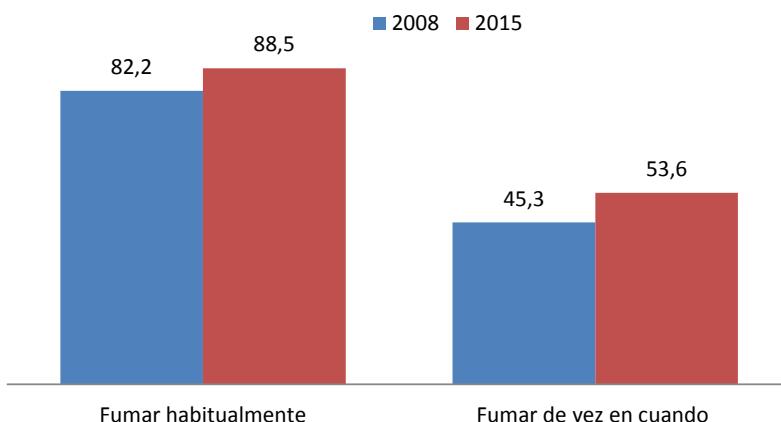
## 2. TABACO.

### 2.1. Percepción del riesgo y aceptación social

Entre los años 2008 y 2015 aumenta la percepción del riesgo asociada a fumar en la población general, tanto de vez en cuando como regularmente. En 2015 el 53,6% considera bastante o muy peligroso para la salud fumar de vez en cuando (45,3% en 2008) y el 88,5% hacerlo habitualmente (82,2% en 2008). La percepción de riesgo por el consumo regular aumenta 9,6 puntos en los hombres (87,5% en 2015) y 3,1 puntos en las mujeres (89,7% en 2015), mientras que la asociada a fumar de vez en cuando, aumenta 10,1 puntos en los hombres (52,4% en 2015) y 6,2 puntos en las mujeres (54,7% en 2015). La alta percepción del riesgo asociada a la conducta de fumar tabaco en 2015 es menor en los hombres que en las mujeres y en el rango de 14 a 29 años (47,3% en menores de 20 años y 50% en rango de 20-29 años).

En la población de estudiantes, el 88,7% cree en 2014 que fumar un paquete de tabaco diario genera bastantes o muchos problemas para la salud, siendo esta cifra 2 puntos inferior a la del año 2008, que se situó en el 90,7%. Las chicas (90,8%) tienen una percepción del riesgo superior a los chicos (86,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Figura 17. Percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco en la población general de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo

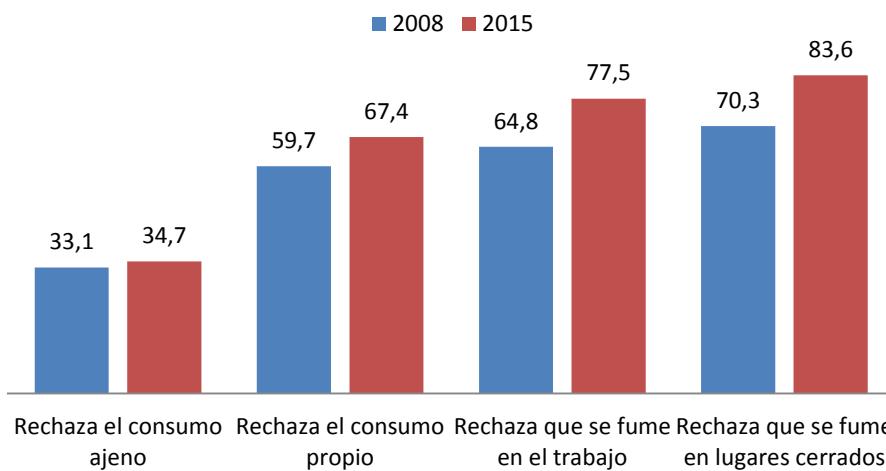


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En relación con la tolerancia social, la opinión negativa de la población general hacia el consumo ajeno de tabaco en 2015 es del 34,7% y hacia el consumo propio del 67,4%, cifras superiores a las registradas en el año 2008, sobre todo en el caso del consumo propio, que fueron del 33,1% y del 59,7%, respectivamente. Se mantiene la menor tolerancia entre las mujeres, con diferencias significativas respecto a los hombres.

Por otra parte, el rechazo a que se fume en los centros de trabajo (77,5%) y en lugares públicos cerrados (83,6%) ha aumentado considerablemente respecto al año 2008 (64,8% y 70,3%, respectivamente). En todos los casos el grado de aceptación social del consumo de tabaco es significativamente mayor en los hombres.

Figura 18. Tolerancia social hacia el consumo de tabaco en la población general de Castilla y León



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

Es significativo que tan sólo la mitad de la población general encuestada, en concreto el 50,5%, manifieste que no ha visto ningún día fumar tabaco en su centro de trabajo en el último mes o en lugares públicos en los que está prohibido (49,1% en 2008), como también lo es que el 18,8% conteste que ha visto fumar en estos lugares todos o casi todos los días (21,6% en 2008).

Por otra parte, y según la encuesta ESTUDES 2014/15, el 23,4% de la población de estudiantes de 14 a 18 años manifiesta que ha visto fumar al profesorado en el recinto educativo todos o casi todos los días que ha ido a clase en el último mes, mientras que el 50,7% ha visto fumando a otros estudiantes y el 36,0% a otras personas.

Según los datos de un estudio realizado por el Instituto de la Juventud en 2013, la tolerancia de la población juvenil hacia la conducta de fumar en edificios públicos ha disminuido pasando de 2,85 puntos en 2007, a 1,57 puntos en 2013, en una escala de 1 a 10 en la que el máximo rechazo es uno y la máxima tolerancia es 10. Siendo el rechazo a este tipo de consumo igual en las chicas y en los chicos, y ligeramente superior en el rango de edad inferior (15-19: 1,47; 20-24: 1,68; 25-29: 1,35).

Por otra parte, como pone de manifiesto la encuesta escolar sobre drogas 2014/15, la tolerancia social de los padres hacia el consumo de tabaco en sus hijos e hijas es mucho menor que para el alcohol. Un 70,0% de los estudiantes de 14 a 18 años percibe que sus padres no le permiten en absoluto fumar, mientras que este porcentaje para el consumo de bebidas alcohólicas apenas llega al 38,3%.



## 2.2. Demanda directa de tabaco

Los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas relativos a las ventas legales de tabaco en estancos, establecimientos y dispositivos autorizados, muestran que en Castilla y León se ha producido un trasformación en los hábitos de consumo de los diferentes tipos de labores de tabaco. Mientras que el consumo de cigarrillos se ha ido reduciendo paulatinamente año a año, el tabaco para liar y de pipa casi se ha quintuplicado, aunque en los dos últimos años también se aprecia un ligero descenso.

En el caso de las cajetillas de cigarrillos se ha reducido el número de unidades en un 46%, pasando de las 232.342.701 en 2008 a las 125.536.060 en 2015, y en el caso de los cigarros se observa un incremento del 79,7% en el mismo período de tiempo (Tabla 3).

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

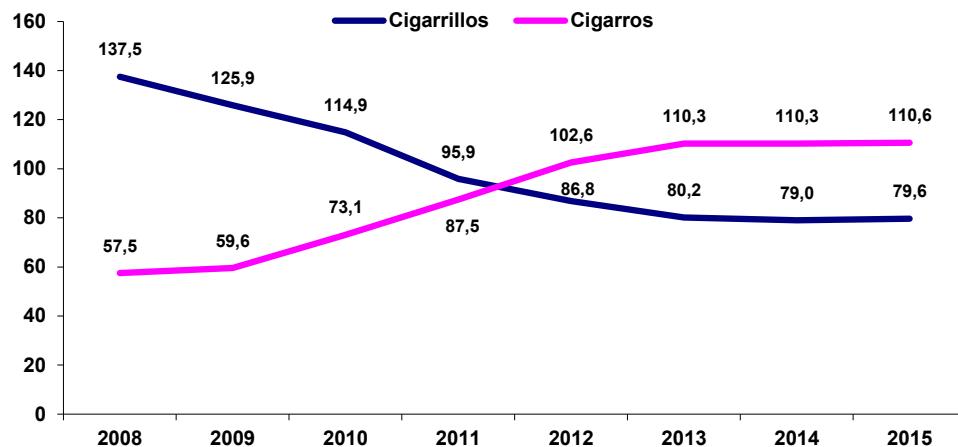
	Cigarrillos	Cigarros	P. liar*	P. pipa*
<b>2008</b>	232.342.701	97.101.188	48.335	5.120
<b>2009</b>	212.558.179	100.549.843	111.642	6.151
<b>2010</b>	192.731.509	122.587.878	176.897	11.967
<b>2011</b>	159.955.414	146.028.792	204.260	54.883
<b>2012</b>	143.602.580	169.785.454	267.588	42.589
<b>2013</b>	130.542.894	179.615.855	311.126	25.339
<b>2014</b>	126.509.840	176.493.935	282.074	32.683
<b>2015</b>	125.536.060	174.453.264	275.597	29.778

*Cigarrillos: Cajetillas de 20 cigarrillos. Cigarros: Unidades. Productos para liar y para pipa: kilos*

*Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas*

Analizando las ventas anuales por habitante de 15 a 64 años, se mantiene el descenso detectado años atrás, de modo que la venta per cápita de cajetillas de cigarrillos han pasado de 137,5 en 2008 a 79,6 en 2015, lo que supone un descenso del 42,1%. Por otra parte, asciende un 92,6% el consumo per cápita de cigarros, que pasa de 57,2 unidades a 110,6 entre los mismos años, quizá como consecuencia del aumento de la demanda de otras presentaciones como el purito o el minipuro.

Figura 19. Evolución del consumo per cápita de tabaco población de 15 a 64 años de Castilla y León



Cigarrillos: cajetillas de 20 cigarros. Cigarrillos: unidades.

Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

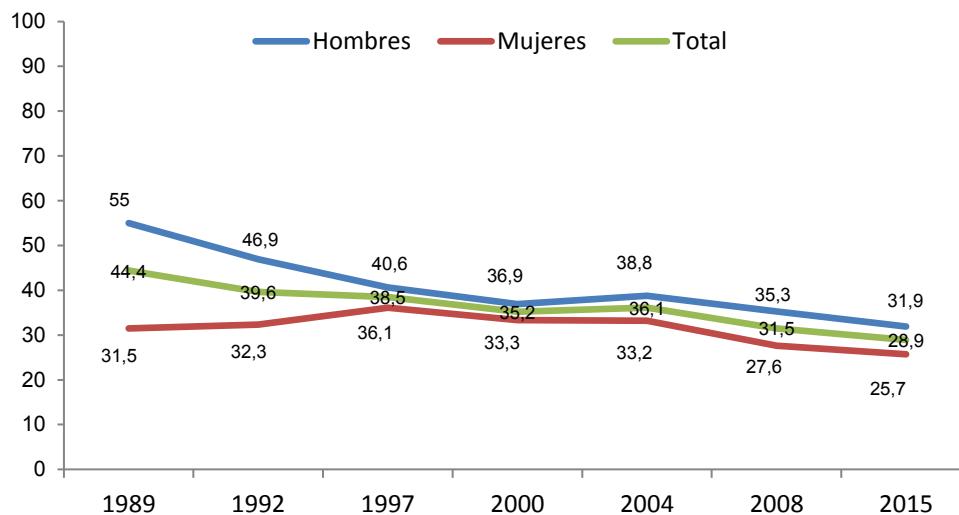
Debido al aumento de los precios y al cambio de hábitos, el gasto total destinado a la compra de labores del tabaco en la Comunidad Autónoma se ha mantenido estable con ligeras oscilaciones en el período estudiado al pasar de 636.885.941 € en 2008 a los 646.916.089 € en 2015, es decir un incremento del 1,6%. No obstante, las diferencias son muy acusadas si se analiza por tipo de labores, así mientras el gasto originado por la compra de cajetillas de cigarrillos ha descendido un 6,7% el gasto destinado en productos para pipa y para liar se ha multiplicado por 7 y 17 respectivamente.

### 2.3. Frecuencia e intensidad de consumo

En la población general la prevalencia de personas que fuman a diario desciende hasta el 28,9% en 2015, es decir, 2,6 puntos menos que en 2008 y 15,5 puntos menos que en 1989, siendo estadísticamente significativa la evolución a la baja registrada en los últimos 27 años. Este hecho determina que la proporción actual de personas que no fuman (63,5%) sea más del doble de quienes fuman a diario. El hábito de fumar diariamente sigue siendo significativamente más frecuente entre los hombres (31,9%) que entre las mujeres (25,7%), observándose una evolución positiva entre 2008 y 2015 en ambos sexos, sobre todo en los hombres. Este predominio masculino se produce en todos los rangos de edad, excepto entre los 30 y 39 años donde existe una ligera superioridad femenina (38,1% en mujeres frente al 36,3% en hombres). Precisamente, a los 30-39 años, se registra la mayor proporción de personas que fuman habitualmente (37,2%), seguido de los 40-49 años (31,2%) y de los 50-59 años (29,2%).

El consumo medio de cigarrillos/día entre los fumadores diarios ha descendido de 15 en 2008 a 13,8 en 2015. Este consumo medio de cigarrillos/día es significativamente mayor en los hombres, que fuman a diario 15,0 unidades/día, que en las mujeres que fuman 12,2 unidades/día.

Por otro lado, los grandes fumadores, es decir, aquellos que fuman 20 o más cigarrillos al día, representan el 8,8% de la población general, manteniéndose la tendencia descendente de los últimos años (14,5% en 2004; 12,7% en 2008). El descenso es mayor en los varones (16% en 2008; 11,1% en 2015) que en las mujeres (9,3% en 2008; 6,5% en 2015). El rango de edad con una mayor prevalencia de grandes fumadores es el de 50-59 años, apreciándose un retraso en este respecto a los datos de 2008, en el que la mayor proporción de grandes fumadores se concentraba en el rango de 40-49 años.

*Figura 20. Evolución de los fumadores diarios en la población general de Castilla y León*

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

El descenso en el número de personas que fuman habitualmente se constata en una menor penetración del hábito de fumar en los hogares de Castilla y León. Mientras que en 2008 fumaba al menos una persona en el 55,2% de los hogares, en 2015 este porcentaje ha disminuido hasta el 51,5%. Esta misma evolución positiva se aprecia en la proporción de hogares en las que nadie fuma, que ha pasado del 44,8% en 2008 al 48,5% en 2015.

Comparando el consumo de tabaco en Castilla y León con lo que sucede a nivel nacional, la encuesta EDADES 2013 muestra que el consumo alguna vez en la vida sigue situado por encima de la media nacional (77% Castilla y León; 73,1% España), mientras que el consumo en los últimos 12 meses (39,0% Castilla y León; 40,7% España) y en los últimos 30 días (36,9% Castilla y León; 38,3% España), se sitúa por primera vez ligeramente por debajo de la media nacional. El consumo diario de tabaco en Castilla y León (30,5%) se encuentra en los niveles más bajos desde que se inició la encuesta y, por primera vez se sitúa por debajo de la prevalencia de España (30,8%), cuando siempre había estado entre las comunidades autónomas con mayores consumos.

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

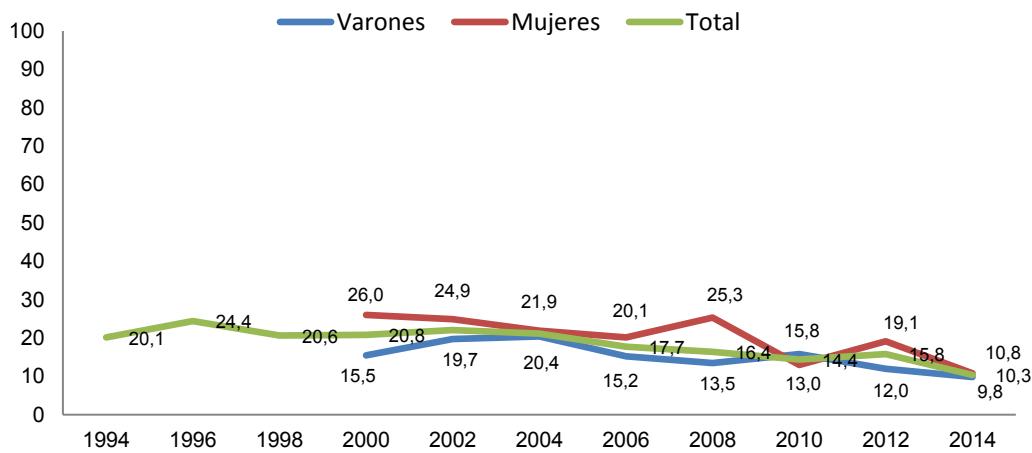
	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Grandes fumadores (20 ó más cigarrillos/día)	12,7	8,8	--	--
Consumo medio de cigarrillos/día en los fumadores diarios	15,0	13,8	8,6	5,2
Fuma alguna persona en el hogar	55,2	51,5	--	49,5
Nadie fuma en el hogar	44,8	48,5	--	50,4

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

Más de un 42,2% de la población de estudiantes de 14 a 18 años ha fumado alguna en la vida, proporción que ha disminuido un 10,6% respecto al año 2008, aunque continúa por encima de la media nacional (38,4%) y es significativamente mayor en las chicas (45,8%) que en los chicos (38%). También son superiores a la media nacional los consumos en los últimos 12 meses (34,0% en Castilla y León; 31,4% en España) y en el último mes (27,6% en Castilla y León; 25,8% en España) y significativamente superiores en las chicas (37,4% y 20,2%) que en los chicos (30,1% y 24,7%).

Un 10,3% de los estudiantes refiere haber fumado a diario en el último mes, es decir, 6,1 puntos porcentuales menos que en el año 2008 y la prevalencia más baja desde que se inició la encuesta escolar en 1994, con una reducción del 53% respecto a 2002 en el que se detectó la mayor prevalencia de la serie con un 22,1%. En relación al consumo nacional, los fumadores diarios en Castilla y León están por encima del promedio de España (8,9%). El consumo diario es similar en chicas (10,8%) y en los chicos (9,8%), ya que la diferencia no es estadísticamente significativa. Entre quienes fuman habitualmente, el consumo medio de cigarrillos/día es de 5,2 unidades, considerablemente inferior al de la población general. Como aspecto positivo hay que señalar que la proporción de fumadores diarios ha descendido desde el año 2008 en los chicos y sobre todo en las chicas.

Figura 21. Porcentaje de fumadores diarios en la población de estudiantes de Castilla y León



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

Convivir con personas que fuman en el hogar hace algo más probable que los estudiantes fumen. La prevalencia de estudiantes que fuman a diario y que viven en hogares en los que su padre o su madre fuman es del 12,8%, mientras que esta proporción es del 8,0% en el caso de los estudiantes en los que ninguno de sus progenitores es fumador.

#### 2.4. Ex fumadores e intentos de dejar de fumar

La proporción de personas fumadoras de la población general que se han planteado seriamente dejar de fumar en los últimos 6 meses ha pasado del 40,7% en 2008 al 45,7% en 2015, cifra más alta desde 1997 que fue del 28,2%. El porcentaje de las personas que se lo han planteado en el último mes también ha aumentado del 22,7% en 2008 al 34,6% en 2015. En cuanto al porcentaje de los que han intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses es también ligeramente superior (24,5% en 2015; 23,2% en 2008).

Asimismo, el porcentaje de ex fumadores, que se duplicó entre 1989 y 2000 y disminuyó en 2008 hasta el 16,5%, ha repuntado en 2015 hasta llegar el 22,6%. Congruentemente



con este dato, el tiempo transcurrido desde que los ex fumadores dejaron de fumar sigue aumentando, siendo cinco veces superior a los datos de 1997 (126,5 meses en 2015; 78,9 meses en 2008; 26,0 meses en 1997). El abandono del hábito tabáquico sigue siendo significativamente más frecuente en los hombres (26,4%) que en las mujeres (18,6%), y aumenta al hacerlo la edad de la población encuestada.

*Tabla 5. Prevalencia de exfumadores, intenciones de dejar de fumar e intentos de cesación del consumo de tabaco en la población general y en la población de estudiantes de Castilla y León*

	Población general		Estudiantes de	
	de 14 a 70 años (%)	2015	2008	14 a 18 años (%)
2008	2015	2008	2014	
Ex fumadores	16,5	22,6	--	--
Consumidores de tabaco en el último mes que se plantean dejar de fumar	--	--	73,2	75,7
Se han planteado dejar de fumar en los últimos 6 meses	40,7	45,7	--	--
Se han planteado dejar de fumar en el último mes	22,7	34,6	--	--
Han intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses	23,2	24,5	39,4	47,2

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

En 2014, el 75,7% de los estudiantes de Castilla y León se planteaba dejar de fumar, porcentaje superior al de 2008 (73,2%). El 47,2% había intentado ya dejar de fumar, cifra igualmente superior a la registrada en 2008(39,4%).

Los principales motivos identificados en la población general para la cesación del hábito tabáquico son: *porque me sienta mal a la salud* (50,2%), *por recomendación médica* (10,9%) y *por consejo de mis familiares directos* (5,6%). Los efectos perjudiciales para la salud del hábito de fumar han sido la principal motivación desde que se hace esta pregunta. Por sexo, las razones para dejar de fumar son bastante similares, si bien es cierto que se detectan algunas diferencias. Los perjuicios del tabaco para la salud son la principal razón para ambos sexos, en mayor medida para los hombres (51,7%) que para las mujeres (48,0%); por su parte, el consejo familiar es la segunda razón en importancia en las mujeres (7,1%) y la tercera en los hombres (4,6%) y, al contrario, la recomendación médica la segunda razón en los hombres (14,4%) y la tercera en las mujeres (5,8%).

## 2.5. Edad de inicio

En la población de estudiantes de 14 a 18 años las primeras experiencias con el tabaco se producen en 2014 a los 13,7 años, edad estadísticamente superior a la de 2008 (13,3 años). Para el consumo diario de tabaco, la edad media se sitúa a los 14,4 años, sin diferencias significativas respecto a la observada en 2008 (14,3 años). Las edades de inicio se mantienen bastante estables desde el año 1996, alrededor de los 13,5 años para el consumo experimental y en torno a los 14,5 años para el consumo habitual.

El hábito de fumar aumenta de un modo significativo con la edad. A los 14 años tan sólo un 3,2% de la población escolar fuma a diario, aunque un 23,4% ya ha fumado alguna vez en la vida, mientras que a los 18 años el porcentaje de estudiantes que fuma habitualmente se sitúa en el 22,7% y el de los que han experimentado con el tabaco en el 62,6%; cifras, no obstante, considerablemente inferiores a las que se registran con las bebidas alcohólicas en este mismo grupo de edad.

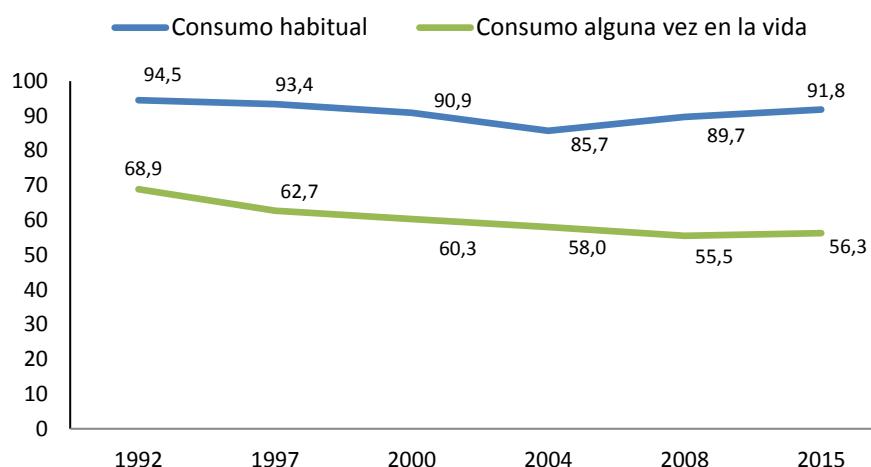
### 3. CANNABIS

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

#### 3.1. Percepción del riesgo y aceptación social

En 2015, un 56,3% de las personas encuestadas de la población general considera de alto riesgo probar el cannabis y un 91,8% consumirlo de forma habitual, cifras similares a las del año 2008 (55,5% y 89,7% respectivamente). Para ambas frecuencias de consumo la percepción del riesgo en las mujeres es superior que en los hombres, sobre todo en el caso de consumirlo una vez (52,8% en los hombres frente al 59,8% en las mujeres). Por otro lado, existe una relación directa entre edad y peligrosidad percibida, de modo que según aumenta la edad también se incrementa la percepción del riesgo.

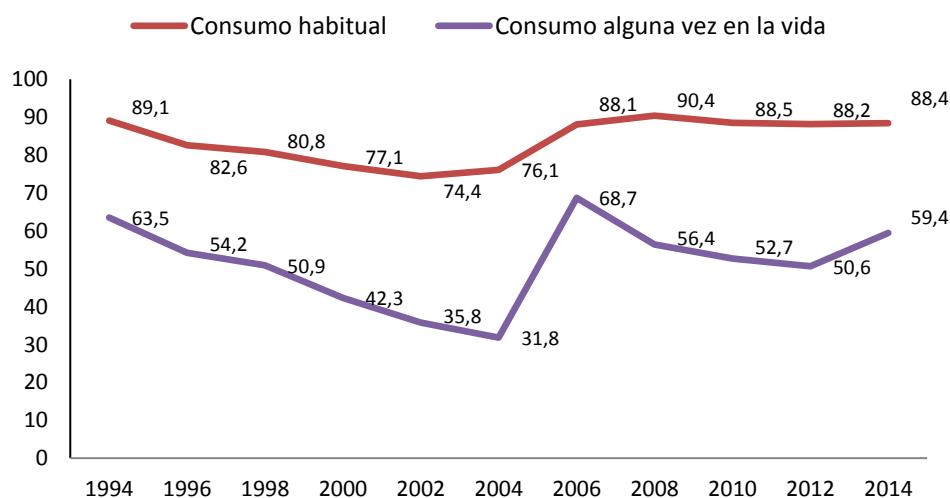
*Figura 22. Evolución de la percepción del riesgo asociada al consumo de cannabis en la población general de Castilla y León*



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

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, tras el gran descenso de la percepción del riesgo del consumo alguna vez en la vida desde 1994 hasta el 2004 y el ascenso en 2006, se vuelve a observar una tendencia decreciente en los años siguientes, que parece romperse en 2014 con un nuevo aumento del riesgo percibido. El consumo habitual de cannabis es considerado problemático por el 88,4% del alumnado en 2014, permaneciendo estable, aunque con un pequeño descenso de 2 puntos porcentuales respecto al año 2008. La percepción del riesgo del consumo habitual de hachís/marihuana es mayor en las chicas (92,5%) que en los chicos (83,6%); diferencia que es estadísticamente significativa.

Figura 23. Evolución de la percepción del riesgo asociada al consumo de cannabis en la población de estudiantes de Castilla y León



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

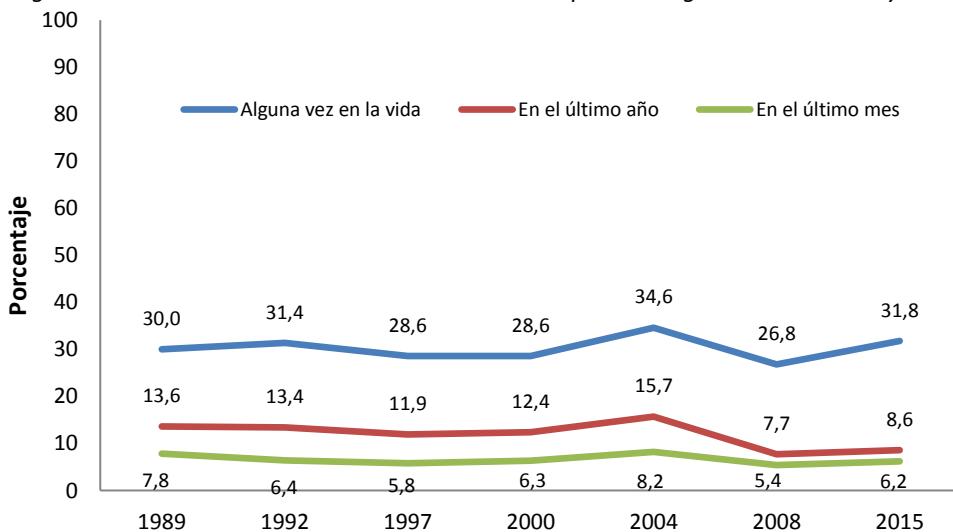
Respecto a la aceptación social del consumo de cannabis, al 48,5% de la población general le parece mal el consumo ajeno (50,7% en 2008) y al 78,4% el consumo propio (76,8% en 2008), mostrándose indiferentes el 34,6% respecto al consumo ajeno y el 9,45 respecto al propio consumo. En función del sexo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas que indican que los hombres son más tolerantes con el consumo de cannabis que las mujeres.

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

### 3.2. Frecuencia de consumo

El cannabis continúa siendo la droga ilegal más frecuentemente consumida en Castilla y León. Un 31,8% de la población general manifiesta que ha consumido cannabis alguna vez en la vida en 2015, lo que representa 5 puntos porcentuales más que en 2008. Un 8,6% que lo ha hecho en el último año, cifra también algo superior a la de 2008 (7,7%) y 7 puntos porcentuales menos que la cifra de 2004, año en el que la prevalencia alcanzó el valor más alto de la serie de encuestas con el 15,7%. Por último, un 6,2% admite haber consumido cannabis en el último mes, 8 décimas más que en 2008, y 2 puntos porcentuales menos que en 2004, en el que de igual modo se alcanzó la prevalencia más alta con el 8,2%. Tras una primera fase expansiva y el descenso experimentado en 2008, parece que el consumo de cannabis puede estar iniciando un ligero aumento en la población general de Castilla y León. Por sexo, el consumo de cannabis es más frecuente en los hombres que en las mujeres, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todas las frecuencias de consumo: alguna vez (37,8% hombres, 25,6% mujeres), consumo en el último año (10,2% hombres, 6,9% mujeres), consumo en el último mes (7,9% hombres, 4,5% mujeres).

Figura 24. Evolución del consumo de cannabis en la población general de Castilla y León



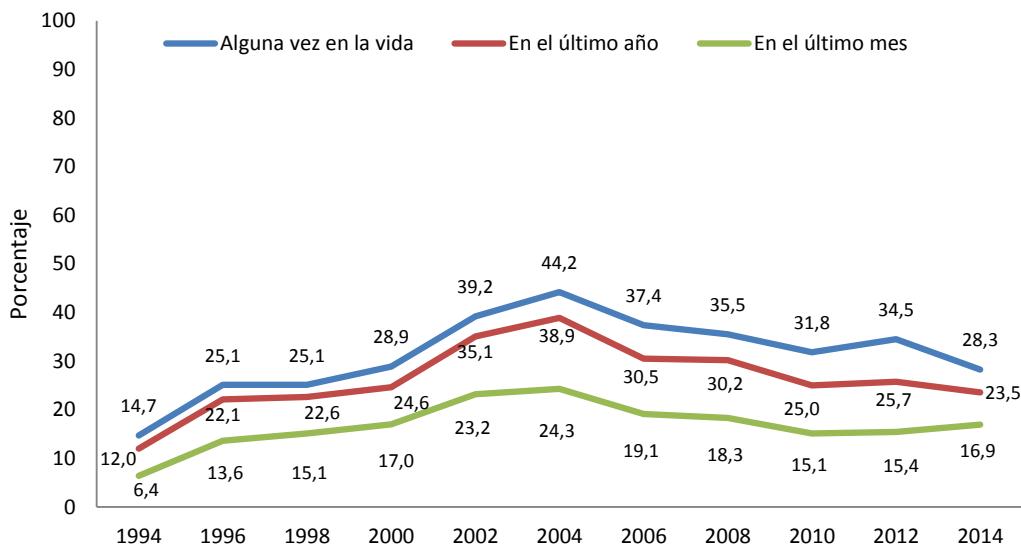
Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

En relación con la edad, el consumo de cannabis es más frecuente en edades jóvenes (14-29 años), sobre todo el consumo en el último año y en el último mes, disminuyendo progresivamente a partir los 29 años a medida que aumenta la edad de las personas encuestadas. Las mayores prevalencias de consumo se presentan entre 20 y 29 años, con un 44,0% para el consumo alguna vez en la vida, un 20,8% en los últimos 12 meses y un 15,0% en el último mes. El consumo en alguna ocasión es importante en el rango de edad de 30-39 años (44,7%), seguido del de 40-49 años (34%) y de los 14-19 años (31,9%), siendo frecuente también en este último grupo el consumo en el último año (16,3%) y en el último mes (12%).

Comparando los consumos de cannabis en Castilla y León con los promedios nacionales aportados por la encuesta EDADES 2013/2014, se observa que las prevalencias de la Comunidad Autónoma se encuentran sensiblemente por debajo de las medias nacionales, tanto para el consumo alguna vez en la vida (25,3% en Castilla y León; 30,4% en España), como para el consumo en los últimos 12 meses (6,1% en Castilla y León; 9,2% en España) y en los últimos 30 días (3,2% en Castilla y León; 6,6% en España). Por otro lado, esta encuesta permite valorar también el consumo diario de cannabis en la población general, que se ha reducido en la Comunidad Autónoma del 1% en 2009 al 0,7% en 2013, y también el consumo problemático entre quienes lo consumen el último año valorado a través del test CAST (Cannabis Abuse Screening Test), que se ha situado en el 1,2%.

En la población escolar, se constata, en cambio, un importante descenso después de un crecimiento progresivo e ininterrumpido entre los años 1994 y 2004. En este segmento de la población, refieren haber consumido cannabis alguna vez en la vida el 28,3% (35,5% en 2008), en el último año el 23,5% (30,2% en 2008) y en el último mes el 16,9% (18,3% en 2008). La prevalencia de consumo diario se encuentra en el 1,1%. Todos los consumos se sitúan por debajo de la media nacional y de forma significativa en el caso de los consumos alguna vez en la vida. El consumo es ligeramente superior entre los chicos, pero sin existir diferencias significativas salvo para el consumo en el último mes (chicos 19%; chicas 15,1%).

Figura 25. Evolución del consumo de cannabis en la población de estudiantes de Castilla y León



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

El consumo problemático entre los estudiantes que han consumido cannabis el último año (valorado a través del test CAST) ha disminuido desde el 14,1% en el año 2012 hasta el 9,6% en el año 2014, situándose en ambos años por debajo de la media nacional (16,1% en 2012; 13,8% en 2014). Este tipo de consumo es similar en los chicos (9,1%) y en las chicas (10,1%), sin que las diferencias sean estadísticamente significativas.

### 3.3. Continuidad en el consumo de cannabis

Entre las personas de la población general que han consumido derivados del cannabis alguna vez en la vida, el 26,9% continúa consumiéndolos en los últimos 12 meses y el 19,6% en los últimos 30 días. Por otra parte, entre los que admiten haber consumido cannabis en el último año la continuidad en el consumo en el último mes es muy alta, la más alta de todas las drogas ilegales, alcanzando el 73,0%.

De los estudiantes que han consumido derivados del cannabis alguna vez en la vida, el 83,0% continúa haciéndolo en el último año y el 59,7% en el último mes. Si el análisis se hace tomando como referencia a los que han consumido en el último año, el 71,9% continúa haciéndolo en los 30 días previos a la encuesta.

### 3.4. Edad de inicio

Las primeras experiencias con el cannabis se producen a los 15,1 años en la población de estudiantes de Castilla y León en 2014, aumentando significativamente la edad de inicio respecto a 2008, que fue de 14,7 años. No obstante, La tendencia de la edad media se mantiene más o menos estable en torno a los 15 años desde el inicio de la encuesta escolar en 1994.

Las edades en las que se produce una mayor incorporación de nuevos consumidores de cannabis son los 15 años (31%) y los 16 años (27,1%). Como ocurre con el alcohol y el tabaco, el consumo de cannabis crece de modo muy importante con la edad, a los 14 años ha experimentado con esta droga el 8,7% de la población de estudiantes, mientras que a los 18 años ya lo ha hecho el 41,3%. Por lo que respecta al consumo en el último mes, la prevalencia de consumidores a los 14 años es del 5,6% y a los 18 años del 22,5%.



### 3.5. Consecuencias negativas del consumo de cannabis

El 10,4% de la población general que ha consumido cannabis en el último año ha experimentado problemas por su causa, 3,7 puntos menos que en 2008 (14,1%). Los problemas más frecuentes por orden de importancia son: riñas o discusiones (5,8%), peleas (3,8%) y detención por la policía (3,4%), entre los cuales se observa un predominio masculino, aunque sin diferencias significativas.

En el caso de la población de estudiantes, sólo se pueden utilizar las encuestas cuyos ítems son comparables, ya que en 2010 se modificaron las preguntas de encuestas anteriores. Actualmente se pregunta por la existencia de ciertos problemas y si se consumió cannabis en las 2 horas previas. El porcentaje de estudiantes que refirieron haber tenido un accidente de tráfico en el último año y que a su vez admiten haber consumido cannabis en las 2 horas previas al último accidente es del 17,5% en 2014, cifra superior a la observada en 2010 que fue del 14,1%. En el caso de las peleas, el porcentaje asciende al 10,9%, algo inferior al valor de 2010 que fue del 12,7%. Hay que advertir que las preguntas de la encuesta domiciliaria y de la encuesta escolar son distintas y que, por tanto, las cifras que aparecen en la tabla no son comparables.

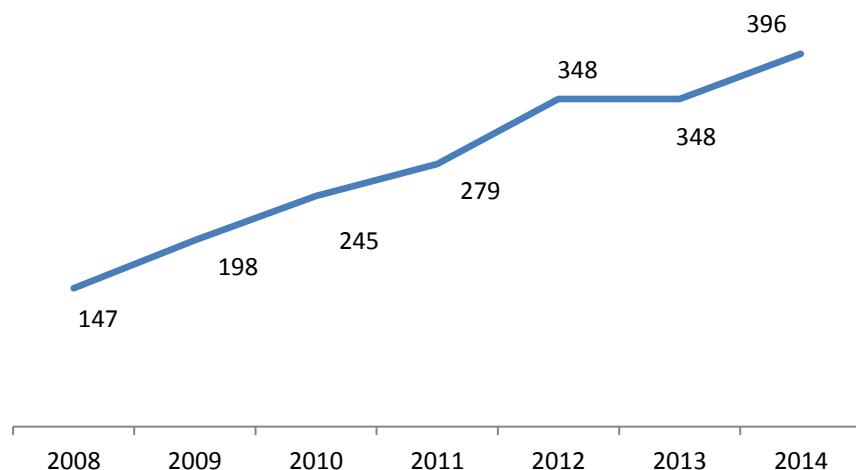
*Tabla 6. Problemas ocasionados por el consumo de cannabis en la población general y en la población de estudiantes de Castilla y León*

	Población general de 14 a 70 años (%) Últimos 12 meses		Estudiantes de 14 a 18 años (%) Últimos 12 meses	
	2008	2015	2010	2014-15
Accidente de tráfico a causa del cual recibió atención o tratamiento médico (ESTUDES sólo accidentes de tráfico)	0,0	0,5	14,1	17,5
Accidente laboral u otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,0	0,5	--	--
Accidente de otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,0	1,0	--	--
Recibir asistencia médica o sanitaria urgente	--	--	--	--
Detención por la policía o las fuerzas de orden público	4,7	3,4	--	--
Faltar al trabajo un día entero o más	1,6	0,5	--	--
Faltar al centro educativo un día entero o más	2,1	1,4	--	--
Riña, discusión o conflicto importante sin agresión física	9,9	5,8	--	--
Pelea o agresión física	6,8	3,8	12,7	10,9

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

Otra fuente de información de gran relevancia para analizar la situación del consumo de cannabis en Castilla y León son las admisiones a tratamiento ambulatorio por esta sustancia. Entre 2008 y 2014, el peso de los tratamientos por esta droga sobre el total de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales, se ha incrementado en un 292%, pasando de representar el 7,3% en 2008 al 28,6% en 2014. El perfil del consumidor de cannabis en tratamiento es el de un varón (87,4%), con una edad media de 27,4 años y que se inicia en el consumo problemático a los 18,2 años. Los menores de edad representan el 9,3% de los pacientes en tratamiento por consumo de cannabis como droga principal.

Figura 26. Evolución del número de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en Castilla y León



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

En el caso del indicador de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas en 2014, el 20,3% se han debido al consumo de derivados del cannabis. Este porcentaje se ha ido elevando de forma casi progresiva desde 2008 en el que alcanzó el 11,3%. Si se analizan las urgencias en las que sólo aparece un sustancia (n= 677), el cannabis representa el 18,9%, el 10,1% en las mujeres y el 28,7% en los hombres, y con un mayor peso en el rango de edad de 18 a 35 años en el que representan el 37,1%.

Figura 27. Evolución del porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el cannabis



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

### 3.6. Disponibilidad percibida

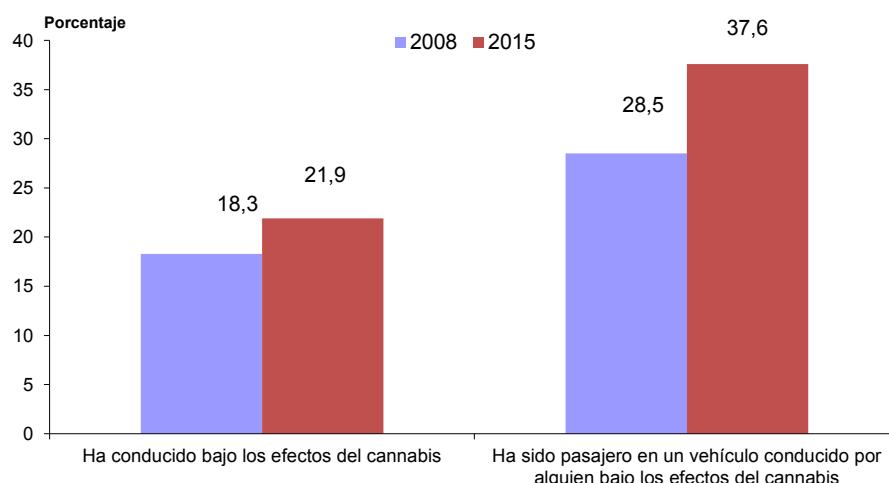
La disponibilidad percibida del cannabis se mantiene en unos porcentajes muy elevados tanto en la población general como en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León. El 64,4% de los escolares manifiesta que les resultaría fácil o muy fácil disponer de cannabis, disminuyendo esta proporción en 2 puntos porcentuales respecto al año 2008, y sin detectarse diferencias por sexo. En la población general, el 87,7%

(90,5% en 2008) considera que conseguir cannabis es muy fácil o relativamente fácil, existiendo diferencias significativas en función del sexo (89,3% en los hombres frente al 85,3% en las mujeres).

### 3.7. Cannabis y seguridad vial

Por lo que respecta al consumo de cannabis y su impacto en la seguridad vial en la población general, es significativo que entre quienes habían consumido esta droga en el último año, el 18,3% reconocía haber conducido bajo sus efectos en 2008, mientras que este porcentaje asciende al 21,9% en 2015. Por otra parte, el 28,5% reconocía en 2008 haber montado en un vehículo conducido por alguien con sus facultades alteradas por el cannabis, porcentaje que sube hasta el 37,6% en 2015. Ambos tipos de conducta son significativamente más frecuentes en los hombres (conducir bajo los efectos 2008: 23%; 2015: 25,9%; montar como pasajero 2008: 30,1%; 2015: 38,4%) que entre las mujeres (conducir bajo los efectos 2008: 7,1%; 2015: 15,7%; montar como pasajero 2008: 24,4%; 2015: 36,3%) y principalmente en el rango de edad de 20 a 29 años.

*Figura 28. Consumo de cannabis en el último año y seguridad vial en la población general de Castilla y León.*



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

## 4. COCAÍNA

### 4.1. Percepción del riesgo

La proporción de personas de la población general que consideran bastante o muy peligroso para la salud consumir cocaína se mantiene en unas cifras muy elevadas, tanto si se trata de probar esta droga (91,2%) como de consumirla regularmente (99,1%).

En la población de estudiantes la percepción del riesgo también es alta, aunque ligeramente inferior a la registrada en la población general: el 89,5% del alumnado considera que el consumo ocasional de cocaína puede ocasionar bastantes o muchos problemas y el 97,1% que los puede ocasionar consumirla regularmente. En ambas poblaciones la percepción del riesgo de consumo habitual es más elevada en las mujeres que en los hombres.

Tabla 7. Percepción del riesgo asociada al consumo de cocaína en la población general y de estudiantes de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo

	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Consumo habitual	98,7	99,1	97,6	97,1
Consumo alguna vez en la vida	89,5	91,2	83,5	89,5

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

#### 4.2. Frecuencia de consumo

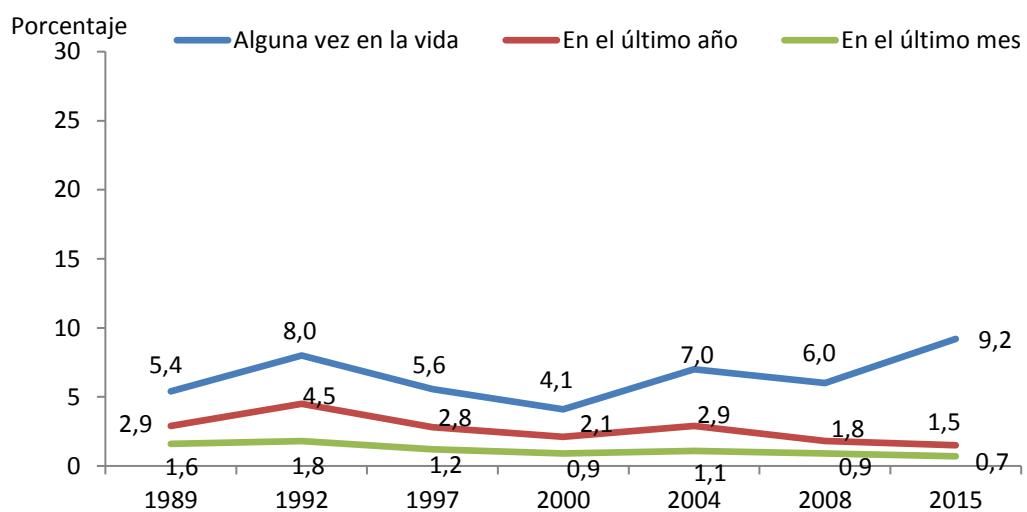
La cocaína es claramente la segunda droga ilegal que se consume con más frecuencia en Castilla y León.

En la población general, un 9,2% manifiesta que ha consumido cocaína alguna vez en la vida, lo que significa tres puntos porcentuales más que en 2008; un 1,5% que lo ha hecho en el último año (1,8% en 2008); y un 0,7% que lo ha hecho en el último mes (0,9% en 2008). En el conjunto de la población el consumo de cocaína es significativamente mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Por rangos de edad, la mayor proporción de personas consumidoras de cocaína en la población general se concentra en el rango 30 y 39 años (15,1%), seguida a continuación por el de 40-49 años (12,9%) y por el de 20-29 años (10,2%).

De las personas de la población general que consumen esta droga y que informan del derivado que utilizan, el 94,3% refirió consumir cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y el 1,7% manifestó ser además consumidor de cocaína base (crack).

Figura 29. Evolución del consumo de cocaína en la población general de Castilla y León

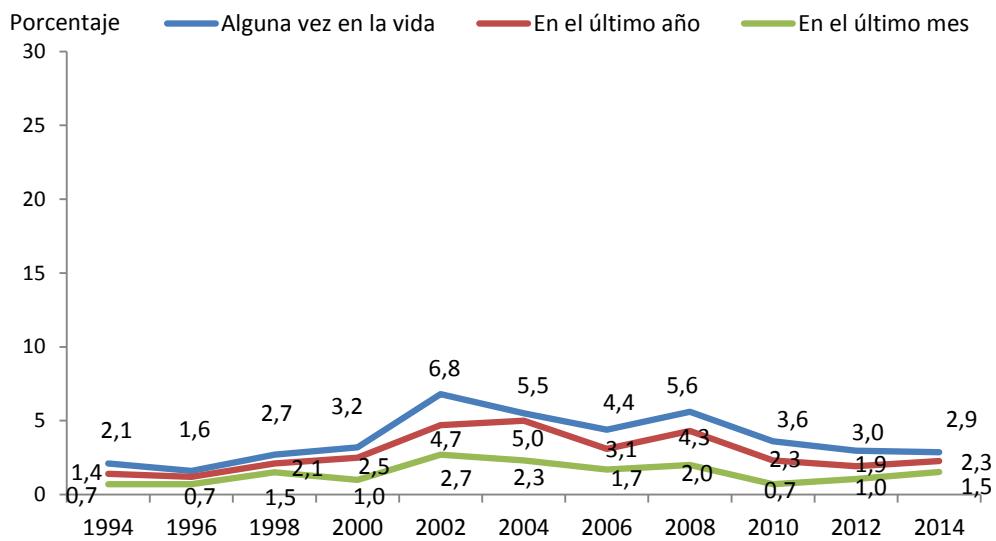


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogena

En estudiantes de 14 a 18 años, la proporción de personas consumidoras de cocaína alguna vez en la vida es del 2,9%, inferior a la registrada en el año 2008 (5,6%), y menor a la observada en la población general. La proporción de individuos que han consumido en el último año y en el último mes es, respectivamente, del 2,3% y del 1,5%, porcentajes también inferiores a los de 2008 (4,3% y 2,0%), pero superiores a los que se registran en la población general. En relación al sexo los consumos son superiores entre los chicos, pero no se detectan diferencias significativas.

Destacar que tanto en población escolar como en general los datos de consumo están por debajo de la media nacional.

Figura 30. Evolución del consumo de cocaína en la población de estudiantes de Castilla y León



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

#### 4.3. Continuidad en el consumo de cocaína

En la población general de Castilla y León, la continuidad en el consumo de cocaína entre aquellas personas que la han consumido alguna vez en la vida es del 15,8% para el consumo en el último año y del 8,3% para el consumo en los últimos 30 días. Cuando se considera el consumo de cocaína en los últimos 12 meses, continúan consumiéndola en el último mes el 52,4% de los sujetos encuestados, lo que representa la segunda continuidad más alta entre las drogas ilegales para estas dos frecuencias de consumo.

En la población de estudiantes la continuidad en el consumo de cocaína es considerablemente mayor que en la población general, evolucionando favorablemente desde el año 2008 en el caso de las personas que consumen alguna vez en la vida. En la última encuesta escolar, el 79,3% de los estudiantes que han probado la cocaína declaran continuar consumiéndola en el último año y el 51,7% en el último mes. Por otra parte, más de la mitad de las personas que han consumido cocaína en el último año, en concreto el 65,2%, persiste en su consumo en el último mes.

#### 4.4. Edad de inicio

En la población de estudiantes los primeros contactos con la cocaína se producen a los 14,8 años, 6 meses antes que la edad de inicio observada en 2008 (15,4 años). Desde 1994 la edad de inicio en el consumo de esta droga oscila entre los 14,8 años de 2014 y los 16,2 años de 2002.



El consumo de cocaína aumenta con la edad hasta los 16 años. A los 14 años declaran haber consumido cocaína alguna vez en la vida el 2,4%, mientras que el 1,6% manifiesta que la ha consumido en el último mes. Sin embargo, estos porcentajes son a los 16 años del 3,7% y del 2,2%, respectivamente.

## 4.5. Disponibilidad percibida

El 66,2% de la población general de Castilla y León considera fácil o muy fácil conseguir cocaína, siendo este porcentaje significativamente mayor en hombres (72,5%), que en mujeres (55,9%). En el caso de la población escolar de 14 a 18 años son de esta opinión un porcentaje considerablemente inferior que se sitúa en el 29,0%, habiendo disminuido la accesibilidad a esta droga desde el año 2006 en el que este porcentaje fue del 42,4% y 2008 con un porcentaje del 32,8%.

## 5. DROGAS DE SÍNTESIS

### 5.1. Percepción del riesgo

Probar las drogas de síntesis es considerado de alto riesgo por el 93,2% de la población general y por el 88,8% de la población de estudiantes, mientras que consumirlas de forma habitual es percibido como altamente peligroso por el 99,2% y el 97,4%, respectivamente. En la población general la percepción del riesgo es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, aumentando con la edad para el consumo experimental y manteniéndose estable en todos los rangos de edad en unas cifras muy altas para el consumo habitual. Desde que se evalúa este indicador en las encuestas a la población general y de estudiantes de Castilla y León, la percepción del riesgo relacionada con el consumo de drogas de síntesis ha aumentado o se ha mantenido en niveles altos.

*Tabla 8. Percepción del riesgo asociada al consumo de drogas de síntesis en la población general y de estudiantes de Castilla y León. Consideran que supone bastante o mucho riesgo*

	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Consumo habitual	98,1	99,2	97,7	97,4
Consumo alguna vez en la vida	91,1	93,2	86,9	88,8

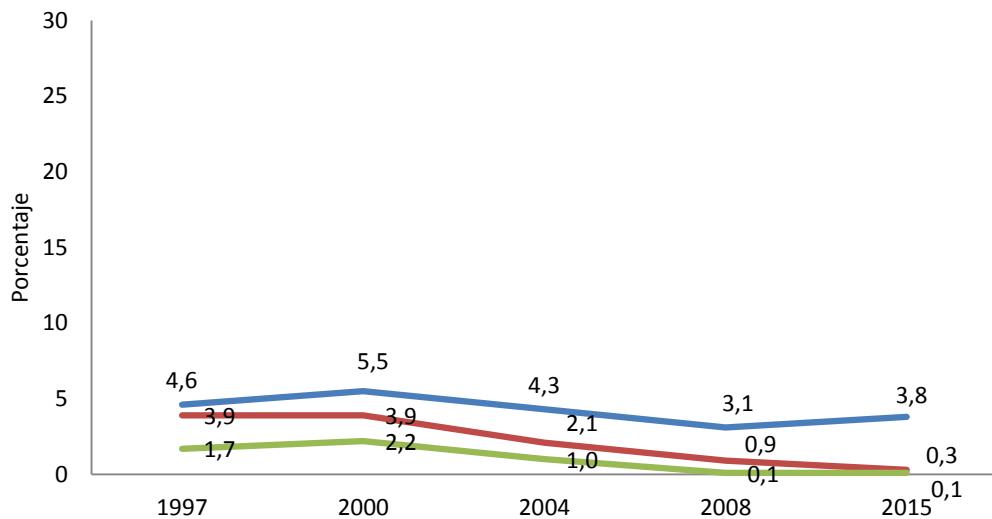
Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general y Encuesta escolar sobre drogas. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogas.

### 5.2. Frecuencia de consumo

En 2015, un 3,8% de la población de 14 a 70 años manifiesta que ha consumido drogas de síntesis alguna vez en la vida, un 0,3% que lo ha hecho en el último año y un 0,1% en el último mes. Existen diferencias en función del sexo en el consumo en alguna ocasión, siendo considerablemente más frecuente el consumo en los hombres que en las mujeres. Por edad, la experimentación con estas drogas es mayor en los rangos de edad de 40-49 años y de 30-39 años. Para el consumo por rango de edad en el último año y el último mes se dispone de pocos datos, por lo que no se puede extraer ninguna conclusión.

Los consumos de estas sustancias en Castilla y León según EDADES se sitúan por debajo de la media nacional.

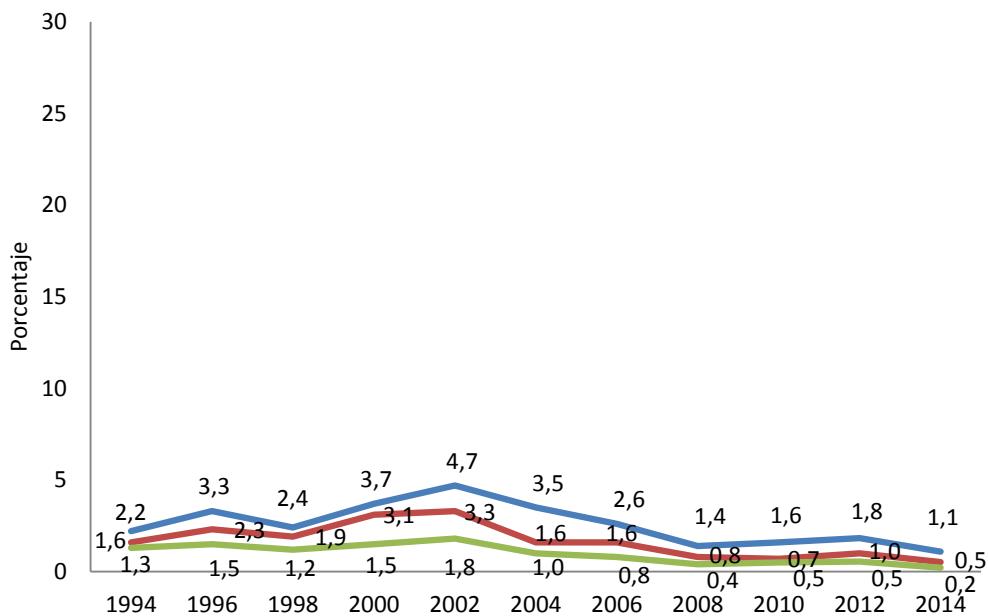
Figura 31. Evolución del consumo de drogas de síntesis en la población general de Castilla y León



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

En la población de estudiantes, las prevalencias de consumidores de drogas de síntesis en el último año y en el último mes son algo mayores que en la población general, no ocurre así en el consumo en alguna ocasión. Un 1,1% del alumnado de entre 14 y 18 años ha consumido drogas de síntesis alguna vez en la vida, un 0,5% en los últimos 12 meses y un 0,2% en el último mes, porcentajes todos ellos sensiblemente inferiores a la media nacional. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la población de estudiantes. Los consumos de los estudiantes de Castilla y León se encuentran por debajo de la media nacional.

Figura 32. Evolución del consumo de drogas de síntesis en la población de estudiantes de Castilla y León



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



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

### **5.3. Continuidad en el consumo de drogas de síntesis**

La persistencia en el consumo de drogas de síntesis es una de las más bajas entre las drogas ilegales, de hecho, estas sustancias presentan la menor continuidad entre el consumo experimental y en el último año. En la población de 14 a 70 años, un 7,6% de los que han consumido estas drogas alguna vez en la vida continúa consumiéndolas en el último año y un escaso 3,1% en los últimos 30 días. En el caso de las personas que han consumido en el último año, un 40,0% persiste en su consumo en los 30 días previos a la encuesta.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años la continuidad en el consumo de drogas de síntesis es muy superior a la registrada en la población general. Un 45,5% de quienes han consumido éxtasis y otras drogas de síntesis alguna vez en la vida continúan consumiéndolas en el último año y un 18,8% en los 30 días previos a la encuesta. De las personas que han consumido en el último año, persisten en su consumo en el último mes el 40,0%.

### **5.4. Edad de inicio**

La edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis en la población de estudiantes es de 15,3 años, prácticamente igual en los chicos que en las chicas. Desde 1994 la edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis se ha mantenido, con oscilaciones, alrededor de los 15 años. El consumo experimental de estas drogas aumenta sensiblemente con la edad. A los 14 años declaran haber consumido alguna vez en la vida el 0,7% de los estudiantes, mientras que a los 18 años admiten haberlas probado el 1,5%.

### **5.5. Disponibilidad percibida**

A casi la mitad de la población general consumidora de drogas en el último año (44,1%) le resulta relativamente fácil o muy fácil conseguir drogas de síntesis. No existen diferencias significativas en función del sexo. En el caso de la población escolar, tan sólo un 22,2% son de esta opinión; la disponibilidad percibida de estas drogas es menor en la actualidad que en 2008 y viene descendiendo desde 2004, año en el que se alcanzó el valor más alto para este indicador.

## **6. OTRAS DROGAS**

En este apartado se analiza el consumo de tranquilizantes sin receta médica y del resto de las drogas ilegales estudiadas: anfetaminas, alucinógenos, opiáceos e inhalables.

### **6.1. Percepción del riesgo**

La proporción de personas de la población general que tienen una alta percepción del riesgo asociada al consumo de anfetaminas y opiáceos se mantiene estable en unas cifras muy elevadas que superan el 90% para el consumo experimental y el 99% para el consumo habitual. Por sexo, se observa una percepción del riesgo para el consumo de opiáceos y anfetaminas similar en ambos sexos.



Tabla 9. Percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales en la población general y de estudiantes de Castilla y León.

	Consideran que supone bastante o mucho riesgo	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
		2008	2015	2008	2014
Anfetaminas	Consumo alguna vez en la vida	89,7	91,5	86,5	89,0
	Consumo habitual	98,4	99,4	97,3	97,0
Opiáceos	Consumo alguna vez en la vida	92,7	94,6	88,2	90,4
	Consumo habitual	99,1	99,4	97,7	97,5
Tranquilizantes	Consumo alguna vez en la vida	--	--	49,4	--
	Consumo habitual	--	--	89,0	90,5

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

La alta percepción del riesgo asociada al consumo de opiáceos y anfetaminas en la población de estudiantes de Castilla y León se mueve en unos porcentajes similares a los de la población general, aunque ligeramente inferiores, y del 90,5% para el consumo habitual de tranquilizantes. Por sexos, la percepción del riesgo asociada al consumo de habitual de opiáceos es estadísticamente superior en las chicas.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la percepción del riesgo en los estudiantes, hay que destacar que desde el año 2008 permanece estable para estas tres drogas, con tendencia al alza en el caso de los consumos alguna vez en la vida de opiáceos y anfetaminas.

## 6.2. Frecuencias de consumo

### 6.2.1. Consumos alguna vez en la vida

En la población general de 14 a 70 años, los alucinógenos son la tercera sustancia ilegal que más frecuentemente se consume a lo largo de la vida, alcanzando en 2015 el mayor valor de la serie histórica. Un 4,7% de las personas encuestadas manifiesta que ha probado los alucinógenos, un 4,4% anfetaminas, un 2,3% tranquilizantes sin receta médica, un 1,0% los opiáceos y un 0,2% los inhalables volátiles. Todos los consumos son superiores en los varones y los rangos de edad con prevalencias superiores son el de 30-39 años (para anfetaminas y alucinógenos) y el de 40-49 años (para tranquilizantes, opiáceos e inhalables).

Tabla 10. Consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en la población general y de estudiantes de Castilla y León

	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Tranquilizantes sin receta	1,3	2,3	8,0	6,5
Anfetaminas	3,4	4,4	4,5	1,1
Alucinógenos	2,4	4,7	3,2	1,5
Opiáceos	1,2	1,0	0,5	0,5
Inhalables volátiles	0,4	0,2	3,0	0,9

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



En el caso de la población escolar de 14 a 18 años, el 6,5% ha consumido tranquilizantes sin receta médica alguna vez en la vida, con porcentajes superiores en las chicas (7,9%) que en los chicos (5%), el 1,5% alucinógenos, el 1,1% anfetaminas, el 0,9% inhalables y el 0,5% opiáceos. Todas estas prevalencias son superiores a las registradas en la población general, con las únicas excepciones de los opiáceos y las anfetaminas.

### 6.2.2. Consumos en los últimos 12 meses

Por lo que se refiere al consumo en el último año, un 0,6% de la población general se declara consumidora de anfetaminas, un 0,5% de tranquilizantes sin receta médica y de alucinógenos y un 0,2% de opiáceos. No se ha detectado ningún consumidor de sustancias inhalables.

Estas prevalencias, aun siendo también minoritarias en la población de alumnos de 14 a 18 años, son sensiblemente superiores a las observadas en la población general. Concretamente, un 5,0% de los estudiantes ha consumido en los últimos 12 meses tranquilizantes sin receta médica, un 0,8% alucinógenos, un 0,5% anfetaminas, un 0,3% inhalables y un 0,2% opiáceos.

*Tabla 11. Consumo de drogas ilegales en el último año en la población general y de estudiantes de Castilla y León*

	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Tranquilizantes sin receta	0,5	0,5	5,3	5,0
Anfetaminas	0,8	0,6	2,3	0,5
Alucinógenos	0,5	0,5	2,0	0,8
Opiáceos	0,4	0,2	0,5	0,2
Inhalables volátiles	0,1	0,0	1,6	0,3

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

### 6.2.3. Consumos en los últimos 30 días.

El consumo en el último mes de estas drogas es muy minoritario, tanto en la población general como en la población de estudiantes, no superando en ningún caso el 3%, ya que el valor máximo es del 2,7% para el consumo de tranquilizantes en los estudiantes.

En la población general de Castilla y León el 0,2% admite haber consumido anfetaminas y alucinógenos en los últimos 30 días, y el 0,3% tranquilizantes sin receta médica. En 2015 no se ha encontrado ningún consumidor de opiáceos ni inhalables volátiles en los últimos 30 días.

Por lo que respecta a la población de estudiantes, las prevalencias son notablemente más elevadas. Un 2,7% ha consumido tranquilizantes sin receta médica en el último mes, siendo superior el consumo en las chicas (5,6%) que en los chicos (4,1%). Las prevalencias del resto de sustancias son de un 0,5% para alucinógenos, un 0,3% para anfetaminas, un 0,2% para inhalables y un 0,2% para opiáceos.



Tabla 12. Consumo de drogas ilegales en el último mes en la población general y de estudiantes de Castilla y León

	Población general de 14 a 70 años (%)		Estudiantes de 14 a 18 años (%)	
	2008	2015	2008	2014
Tranquilizantes sin receta	0,1	0,3	3,3	2,7
Anfetaminas	0,4	0,2	0,6	0,3
Alucinógenos	0,1	0,2	0,4	0,5
Opiáceos	0,2	0,0	0,3	0,2
Inhalables volátiles	0,0	0,0	1,3	0,2

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

Es importante señalar que los consumos de estas sustancias presentan cifras muy bajas, lo que supone inestabilidad en los datos y que la interpretación de los porcentajes se deba hacer con cautela. Por otro lado, los consumos de las sustancias psicoactivas analizadas en este apartado se sitúan tanto en población general (datos de EDADES 2013/2014) como en la escolar (datos de ESTUDES 2014/2015) por debajo de la media nacional.

En general, la evolución de los consumos de anfetaminas, alucinógenos, opiáceos e inhalables ha sido favorable durante la vigencia del VI Plan Regional sobre drogas. Descienden en la población de estudiantes y se mantienen estables o desciden, en unos valores muy bajos, los consumos en el último año y en el último mes en la población general. Tan sólo los consumos ocasionales de anfetaminas y alucinógenos se han elevado ligeramente en la población general.

En el caso de los tranquilizantes sin receta el consumo ocasional se ha elevado ligeramente en la población general, manteniéndose estable para el resto de las frecuencias de consumo. Por el contrario, en población escolar se han reducido las prevalencias de consumidores. Por sexo, en la encuesta a la población general se detecta un consumo ocasional de tranquilizantes sin receta similar en los hombres (2,5%) y en las mujeres (2,1%); sin embargo, el consumo en el último año y en el último mes es superior en las mujeres (0,7% frente a 0,3% en el último año; 0,5% frente a 0,2% en el último mes). En la población de estudiantes la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta se sitúa inmediatamente después de la del consumo de cannabis, y también es superior entre las chicas. Es digno de destacar que las prevalencias de consumo de hipnosedantes sin receta en la población de estudiantes son muy superiores a las registradas en la población general.

### 6.3. Continuidad en el consumo

En el conjunto de la población de Castilla y León, la continuidad en el consumo de drogas de comercio ilegal entre aquellas personas que las han probado y que continúan consumiéndolas en los 12 meses previos a la encuesta es, por orden de menor a mayor, del 10,2% para los alucinógenos, del 13,4% para las anfetaminas, del 20,7% para los tranquilizantes, del 22,9% para los inhalables y del 23,7% para los opiáceos. Cuando se analiza la continuidad en el consumo en el último mes en aquellos que han probado estas drogas, los porcentajes son, en el mismo orden de menor a mayor, del 2,8% para los opiáceos, del 4,7% para los alucinógenos, del 5,9% para las anfetaminas, del 13,2% para los tranquilizantes y del 22,9% para los inhalables. Por último, las proporciones de consumidores en el último año que continúan consumiendo en el último mes son del 11,7% para los opiáceos, del 44,0% para las anfetaminas, del 45,9% para los alucinógenos, del 63,9% para los tranquilizantes y del 100% para los inhalables.



En la población de estudiantes se ha analizado la continuidad en el consumo de anfetaminas y alucinógenos, que en ambos casos son marcadamente superiores a las registradas en la población general y que han aumentado para los consumos más recientes. De los estudiantes que han probado las anfetaminas y los alucinógenos, el 45,5% y el 53,3%, respectivamente, persisten en su consumo en el último año y el 27,3% y 33,3% en el último mes. Por lo que respecta a los consumidores en el último año, el 60% continúa consumiendo anfetaminas en los últimos 30 días y el 62,5% alucinógenos.

De los estudiantes que han probado los hipnosedantes sin receta, el 78% persiste en su consumo en el último año y el 42,6% en el último mes. Por lo que respecta a los consumidores en el último año, el 55,6% continúa consumiendo hipnosedantes en los últimos 30 días.

## 6.4. Edades de inicio

De las sustancias analizadas en este apartado, las que presentan una edad de inicio más precoz en la población de estudiantes de 14 a 18 años son los inhalables y los opiáceos, con 13,3 años. No obstante, esta edad hay que interpretarla con mucha cautela por ser muy escaso el número de alumnos que admiten haber consumido estas drogas, pudiendo, por tanto, experimentar importantes variaciones de una encuesta a otra. A continuación se sitúa la edad de inicio en el consumo de tranquilizantes (14,5 años), seguida por la edad de inicio en el consumo de anfetaminas (15,3 años) y alucinógenos (15,9 años), a las que resultan de aplicación las mismas precauciones que se han señalado para los inhalables.

En general, desde 1994, hay una estabilidad en las edades de inicio del primer consumo de las sustancias psicoactivas analizadas en este apartado. No existiendo diferencias significativas entre las edades de inicio del año 2008 y 2014, salvo en el caso de los tranquilizantes sin receta, en el que se detecta un pequeño descenso de la edad de inicio de su consumo.

*Tabla 13. Evolución de la edad de inicio en los primeros consumos de drogas ilegales en los estudiantes de Castilla y León*

	2008	2014
Tranquilizantes sin receta	15,1	14,5
Anfetaminas	15,7	15,3
Alucinógenos	15,2	15,9
Opiáceos	14,4	13,3
Inhalables volátiles	13,4	13,3

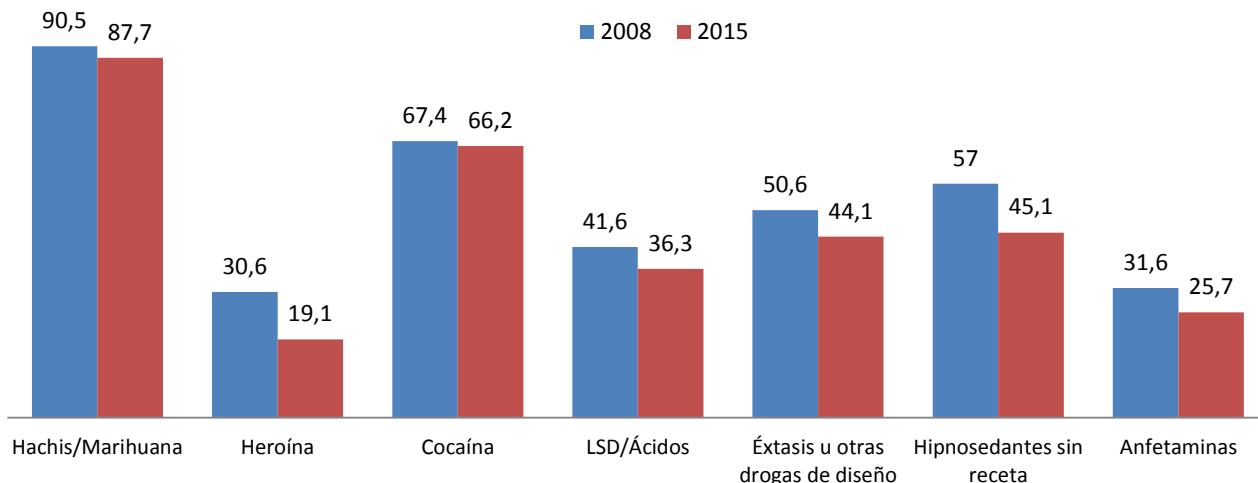
Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

## 6.5. Disponibilidad percibida

En la población general se produce un apreciable descenso en la accesibilidad percibida, sobre todo de los opiáceos y de los alucinógenos. En 2015, consideran que les resultaría fácil o muy fácil conseguir alucinógenos un 36,3% de las personas encuestadas, 5,3 puntos porcentuales menos que en 2008, mientras que un 19,1% son de esta opinión cuando se les pregunta por los opiáceos, es decir, 11,5 puntos porcentuales menos que cuatro años antes.

En el caso de la población de estudiantes de 14 a 18 años, la evolución de la disponibilidad percibida ha sido favorable para los tranquilizantes, anfetaminas, alucinógenos y opiáceos. En concreto, un 45,1% de esta población manifiesta que les resultaría fácil o muy fácil conseguir tranquilizantes (57,0% en 2008), un 25,7% anfetaminas (31,6% en 2008), un 24,3% alucinógenos (29,6% en 2008) y un 19,1% opiáceos (23,4% en 2008).

Figura 33. Evolución de la disponibilidad percibida de drogas ilegales en estudiantes de Castilla y León



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

## 6.6. Problemas relacionados con el consumo de drogas ilegales

Considerando la totalidad de las personas que consumen alguna droga ilegal en el último año, un 4,3% reconoce que ha tenido problemas por drogas ilegales diferentes del cannabis. Un 1,4% refiere haberse visto involucrado en una riña o discusión, un 1,0% ha faltado al trabajo, un 1,0% ha faltado al centro educativo, un 1,0% ha sufrido un accidente de tráfico y un 0,5% ha participado en una pelea, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Disminuyendo las peleas, las riñas y discusiones, faltar un día o más al trabajo, y aumentando ligeramente los accidentes.

Tabla 14. Problemas ocasionados por el consumo de drogas ilegales, excepto el cannabis, en la población general de Castilla y León

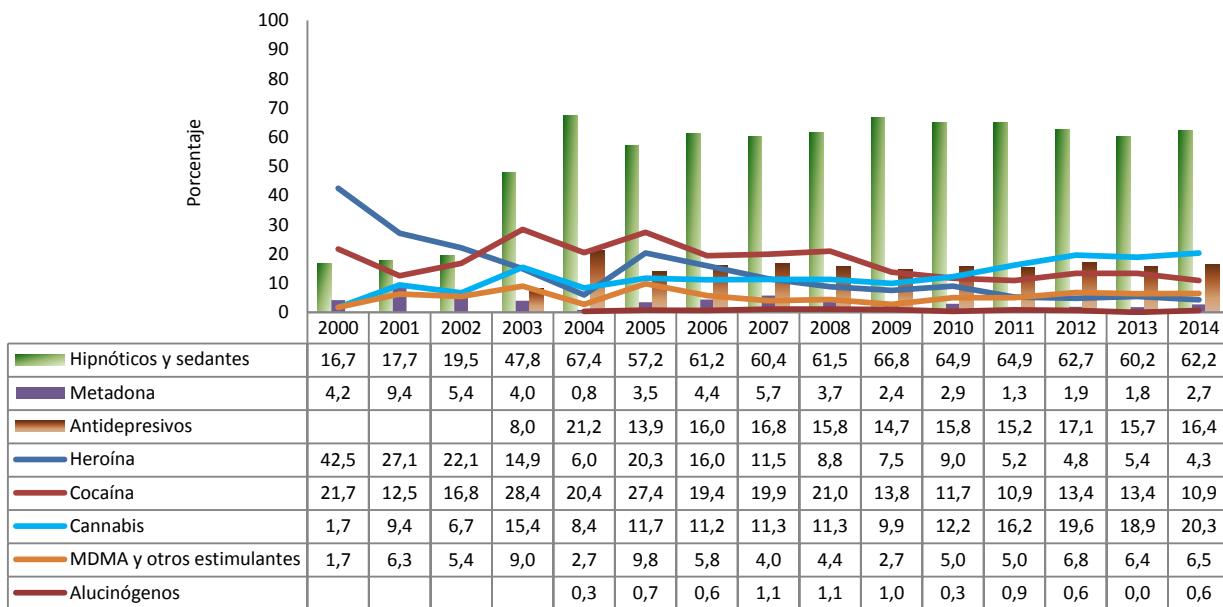
	Población general de 14 a 70 años (%)	
	Últimos 12 meses	2008
Accidente de tráfico a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,5	1,0
Accidente laboral u otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,5	0,0
Accidente de otro tipo a causa del cual recibió atención o tratamiento médico	0,5	1,4
Detención por la policía o las fuerzas de orden público	0,0	0,5
Faltar al trabajo un día entero o más	3,7	1,0
Faltar al centro educativo un día entero o más	1,0	1,0
Riña, discusión o conflicto importante sin agresión física	4,2	1,4
Pelea o agresión física	3,1	0,5

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

Un indicador sensible a las consecuencias negativas ocasionadas por el consumo de sustancias psicoactivas son las urgencias hospitalarias. Si se observa la tasa de urgencias debidas al consumo de drogas ilegales en las personas de más de 15 años, se ve un ligero aumento en el año 2014, que es de 93,85 urgencias por 100.000 habitantes, respecto a 2008, 81,66 urgencias por 100.000 habitantes.

La proporción de urgencias por drogas ilegales del año 2014 se distribuye por igual entre hombres (50,1%) y mujeres (49,9%). Dejando de lado los hipnóticos-sedantes y los antidepresivos, que suponen, respectivamente, el 62,2% y el 16,4% de todas las urgencias por drogas distintas del alcohol, las sustancias de comercio ilegal que más episodios ocasionan son el cannabis (20,3%), la cocaína (10,9%) y el MDMA y otros estimulantes (6,5%). Un 63,6% de las urgencias se han resuelto con alta médica y un significativo 24,2% necesitaron de ingreso hospitalario. Destacar que para todas las drogas salvo para los hipnosedantes (74,8% frente a 49,5%) los episodios son más frecuentes en varones.

Figura 34. Evolución de las urgencias por consumo de drogas no institucionalizadas según la droga relacionada



Fuente: Sistema autonómico de información sobre toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogas.

Si se analizan las urgencias notificadas en 2014 en las que sólo se detectó el consumo de una droga (n=677), el 57% fueron por hipnosedantes, el 4,1% por cocaína y el 3,1% por MDMA y otros estimulantes. En función del sexo, en los hipnosedantes se detecta un predominio femenino (71,9% mujeres; 40,5% hombres), mientras que en la cocaína frente a las (6,2% hombres; 2,2% mujeres) y en el MDMA y otros estimulantes (5,9% hombres; 0,6% mujeres) el predominio es masculino. Por lo que respecta a las edades, la mayor proporción de urgencias en menores de 18 años se debe a los hipnosedantes (74,3%), mientras que el rango de edad con mayor porcentaje de urgencias por cocaína y MDMA y otros estimulantes es el de 18-35 años (5,3% y 3%, respectivamente).

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

## 6.7. Nuevas sustancias psicoactivas

Las nuevas sustancias psicoactivas o «drogas emergentes» son definidas por la comisión Clínica de la Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas como «sustancias que aparecen en el mercado de las drogas en un momento determinado y son una novedad en su disponibilidad, uso indebido o síntesis. Pueden ser conocidas



previamente o de nueva producción, pueden haber aparecido anteriormente o nunca antes, y no están incluidas en las listas de sustancias psicótropas o estupefacientes y por lo tanto no son ilegales».

De forma específica se incluye por primera vez en este apartado la descripción de la situación del consumo de este tipo de sustancias en Castilla y León. En las encuestas ESTUDES y EDADES se valoran estos consumo preguntando por «sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...) y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc».

En Castilla y León, tanto en población general (EDADES) como en población estudiante (ESTUDES), las prevalencias estimadas de consumo son muy bajas, lo que implica que los datos se deben interpretar con cautela.

En la población general la prevalencia del consumo de alguna de estas sustancias alguna vez en la vida es del 1,4% y en estudiantes de un 3,4%, datos inferiores a las medias nacionales (3% y 4% respectivamente). Si se analizan de forma individualizada, las drogas con un mayor porcentaje de consumo son las setas mágicas (estudiantes: 1,2%; población general: 0,6%), la ketamina (estudiantes: 0,5%; población general: 0,7%) y el spice (estudiantes: 0,8%; población general: 0,3%). El resto de las sustancias presentan prevalencias de consumo alguna vez en la vida por debajo del 0,5%.

CONSUMOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA (%)	ESTUDES			EDADES		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Ketamina	0,7	0,3	0,5	1,3	0,1	0,7
Setas mágicas	1,7	0,8	1,2	1,1	0,0	0,6
Spice	1,0	0,6	0,8	0,4	0,1	0,3
Salvia	0,9	0,3	0,6	0,5	0,0	0,3
Metanfetamina	1,2	0,3	0,7	0,4	0,0	0,2
Esteroides anabolizantes	1,2	0,2	0,7	0,1	0,0	0,1
Ghb	1,0	0,9	1,0	0,1	0,0	0,1
Mefedrona	0,8	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0
Otras	1,0	0,3	0,6	0,1	0,1	0,1

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas Y Encuesta Domiciliaria. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Comisionado Regional para la Droga.

En el caso de la población general, la totalidad de las personas que han consumido alguna vez este tipo de sustancias, también han consumido alguna vez tabaco o alcohol y alguna droga ilegal. En el caso de la población de estudiantes de 14 a 18 años, el 100% han consumido alguna vez tabaco o alcohol y el 98,8% han consumido alguna vez drogas ilegales. Si se valora el consumo alguna vez de estas sustancias y el consumo en el último año de drogas legales e ilegales, en población general el 100% han consumido tabaco o alcohol y el 62,8% alguna droga ilegal, mientras que en el grupo de estudiantes, el 96,2% ha consumido en el último año tabaco o alcohol y el 81,9% alguna droga ilegal. Por tanto, el consumo de este tipo de sustancias se produce en personas que consumen otro tipo de drogas, tanto legales como ilegales.

## 7. POLICONSUMO DE DROGAS

El Observatorio español de las drogas y las toxicomanías (OEDT) considera policonsumidor de sustancias psicoactivas a aquellas personas que han tomado dos o más drogas con una frecuencia semanal en el caso de las bebidas alcohólicas, y en el en



el último mes en el caso de las drogas ilegales. No se considera el consumo de tabaco para determinar esta condición. Utilizando este criterio, se puede considerar que el 3,9% de la población general de Castilla y León encuestada en 2015 realiza un consumo múltiple de drogas, proporción inferior a la registrada en 2008, que fue del 4,2%. Esta reducción se produce gracias a los hombres en los que se reduce 6 décimas (5,1% en 2015; 5,7% en 2008), ya que en las mujeres aumenta 3 décimas (2,9% en 2015; 2,6% en 2008). No obstante sigue habiendo diferencias significativas a favor de los hombres.

El policonsumo de drogas es mucho más frecuente en la juventud o en los primeros años de la vida adulta. Entre los 20 y 29 años de edad son policonsumidores de drogas el 8,1%, el 7,8% de los comprendidos entre los 14 y 19 años y el 5,2% de las personas de 30 a 39 años, disminuyendo de forma muy considerable a partir de esta edad.

*Tabla 15. Policonsumo por grupos de drogas consumidas en la población general de Castilla y León que han consumido sustancias psicoactivas en los últimos 30 días. Año 2015*

Grupos de drogas	Porcentaje
Alcohol+Cannabis	73,1%
Alcohol+Cannabis+Cocaína	7,2%
Alcohol+Cannabis+Otras	6,7%
Cannabis+Cocaína	3,4%
Alcohol+Otras	3,3%
Alcohol+Cocaína	2,8%
Alcohol+Cannabis+Cocaína+Otras	2,3%
Cannabis+Otras	0,5%
Alcohol+Cocaína+Otras	0,7%

(\*) Otras drogas: se refiere a que consumió heroína y/o anfetaminas y/o alucinógenos y/o sustancias volátiles y/o tranquilizantes y/o drogas de diseño.

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

El perfil más frecuente es el de un bebedor semanal, que ha fumado cannabis en el último mes y además es fumador diario (75,6% de los policonsumidores), seguido por un 7,2% de consumidores habituales de alcohol, cannabis y cocaína en el último mes.

Siguiendo el mismo criterio del OEDT, un 19,6% de la población de estudiantes de 14 a 18 años es policonsumidor de sustancias psicoactivas en 2014 (20,9% en 2008), el 20,8% de los chicos y el 18,7% de las chicas, lo que supone la equiparación sexual en este patrón de consumo de drogas al no existir diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. El perfil más frecuente de policonsumo es el de un consumidor de alcohol y cannabis en el último mes (68,0% de los policonsumidores), seguido del consumo de alcohol e hipnosedantes (14,6%).

## 8. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO

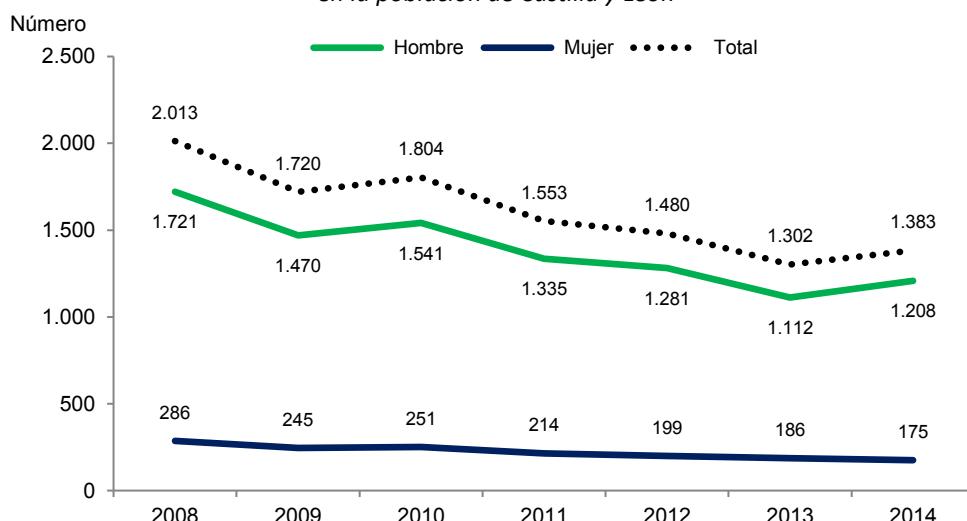
Para analizar el problema del consumo de drogas ilegales, otro aspecto fundamental es valorar la situación, los perfiles y las pautas de consumo entre las personas drogodependientes en tratamiento. Parte de la información disponible se describe aquí y otra parte en la evaluación del VI Plan, por lo que para tener una visión completa de las

características de los usuarios de drogas ilegales hay que realizar una lectura conjunta de este apartado y del capítulo siguiente.

Como datos más significativos se pueden señalar los siguientes:

Según los datos del SAITCyL del año 2014, el número de admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas fue 1.383, lo que supone el 68,2% de todas las admisiones a tratamiento. Este porcentaje es 7,4 puntos porcentuales inferior al registrado en 2008, lo que puede estar indicando un menor peso de las drogas ilegales en la demanda de tratamiento.

Figura 35. Evolución de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas no institucionalizadas en la población de Castilla y León



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

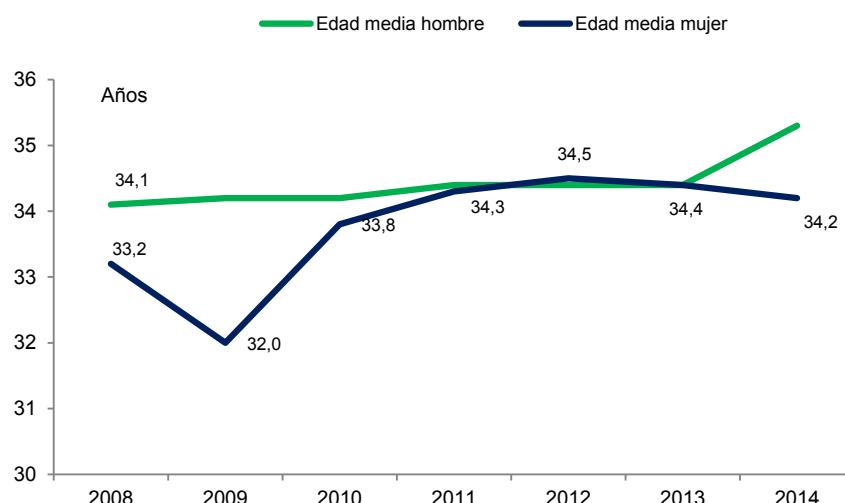
Si se analiza la tasa de drogodependientes admitidos a tratamiento por 100.000 habitantes, se observa que ésta desciende sensiblemente, pasando de 71,36 en 2008 a 53,51 en 2014. Esta reducción es todavía mayor si el análisis se hace sobre el rango de edad de 15 a 44 años (159,05 en 2008; 120,53 en 2014), lo que apunta al envejecimiento de las personas que consumen drogas ilegales que se encuentran en tratamiento.

El perfil de las personas atendidas de forma ambulatoria, según este indicador, presenta pocas variaciones a lo largo del tiempo. Como rasgos más destacados de este perfil se pueden señalar los siguientes correspondientes al año 2014:

- El 87,3% son varones, predominio que se constata en todos los recursos asistenciales. La razón hombre/mujer es de 6 a 1 en los centros ambulatorios, de 7 a 1 en las comunidades terapéuticas y de 4 a 1 en las unidades de desintoxicación hospitalaria.
- La edad media es de 35,2 años, cuando en 2008 era de 33,9 años. Este envejecimiento no sólo se produce en los centros ambulatorios, también es apreciable en las unidades de desintoxicación hospitalaria, en las que la edad media ha pasado de 35,7 años en 2008 a 42,6 años en 2015 y en las comunidades terapéuticas, donde ha pasado de 34,9 años a 38,0 años en ese mismo período de tiempo.

- La inmensa mayoría de los pacientes han nacido en España (90,8%), estabilizándose el dato de las personas en tratamiento que han nacido en otros países (8,8% en 2008; 8,7% en 2014).
- El 80,6% de las personas consumidoras de drogas ilegales en tratamiento vive en su casa, el 57,6% está desempleada, el 39,5% tiene estudios secundarios y el 39,3% estudios primarios.
- El inicio en el consumo de la droga principal que origina el tratamiento es a los 19,0 años, mientras que la del consumo problemático es poco tiempo después, a los 22,0 años. El número medio de años de consumo de la droga principal cuando inician el tratamiento es de 16,1, aumentado respecto a 2008 en el que el número medio de años era de 14,0.

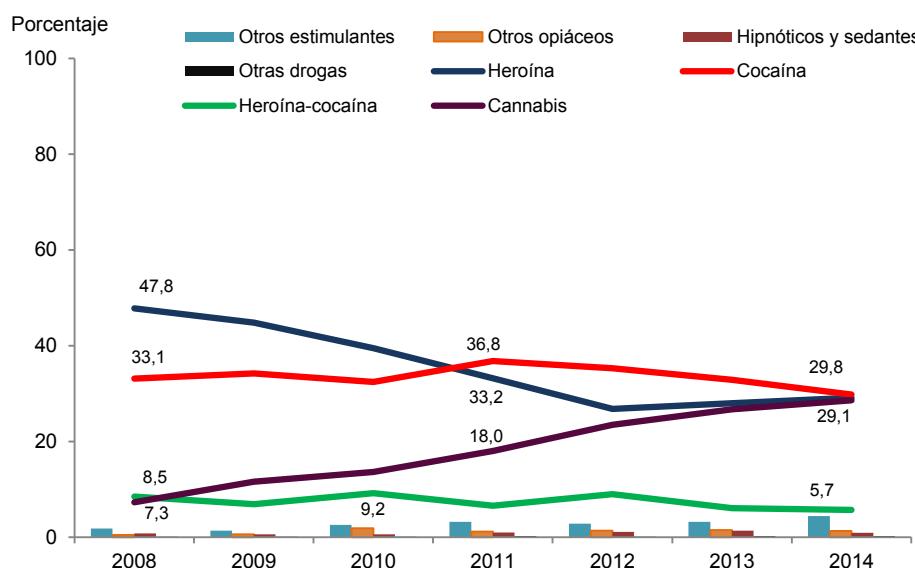
Figura 36. Evolución de la edad media de los admitidos a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas en Castilla y León



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

- Respecto a la droga principal que origina el tratamiento, hay que destacar el marcado descenso de la heroína en las admisiones a tratamiento ambulatorio, que pasa del 47,8% en 2008 al 29,1% en 2014. Así mismo, se produce una ligera disminución de la cocaína, cuyo peso actual es el 29,8%, tres puntos porcentuales menos que en 2008. Hay que tener en cuenta además que a partir de 2003 se recoge la mezcla heroína-cocaína como una nueva categoría de droga principal, que en 2014 supone el 5,7% de las admisiones a tratamiento. El cannabis experimenta un elevado ascenso y alcanza los valores de heroína y cocaína.

Figura 37. Evolución de la droga principal que motiva el tratamiento en los drogodependientes en Castilla y León



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

- En los últimos años el consumo simultáneo de varias drogas es frecuente en la población drogodependiente, aunque parece que se está frenando. En 2014, el 44,3% de los usuarios de sustancias ilegales consumen dos o más drogas, frente al 56,2% de 2008. La combinación más frecuente de drogas entre los policonsumidores es: heroína y cocaína (9,7%), seguida de cocaína y alcohol (5,5%), y heroína, cocaína y alcohol (1,4%).
- En 2014, la vía más frecuente de consumo sigue siendo la pulmonar o fumada en el 60,4% de los casos (56,4% en 2008), seguida de la esnifada (27,6% en 2014; 31,1% en 2008). La vía inyectada sigue descendiendo, pasando de un 9,9% en 2008 a un exiguo 3,6% en 2014.

## 9. OTROS DATOS DE INTERÉS

### 9.1. Patrones de ocio

Según los datos del estudio realizado en 2013 por el Instituto de la Juventud a través de entrevistas telefónicas a 1.112 jóvenes de entre 15 y 29 años, se puede constatar que los patrones de ocio a estas edades no han variado sustancialmente respecto a estudios anteriores, aunque algunas categorías de ocio saludable ascienden y el consumo de alcohol disminuye.

Cuando se pregunta a los jóvenes por lo que hacen con más frecuencia en su tiempo libre, las opciones mayoritarias son: salir y reunirse con amigos (93%), escuchar música (93%), ver la televisión (79%), usar el ordenador (92%), hacer deporte (78%), no hacer nada (74%), escuchar la radio (69%) o leer libros (67%). La opción «beber e ir de copas» está por debajo de la décima posición, y ha descendido hasta un 46% los jóvenes que dicen que lo hacen habitualmente.

*Tabla 16. Patrones de ocio en los jóvenes de 15 a 29 años de España.*

	2007	2013
Escuchar música	92%	93%
Salir y reunirse con amigos/as	92%	93%
Ver la televisión	88%	92%
Usar el ordenador	74%	92%
Escuchar la radio	70%	69%
Hacer deporte	54%	78%
No hacer nada	64%	74%
Leer libros	52%	67%
Beber, ir de copas	49%	46%

Fuente: Informe sobre juventud en España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Juventud (INJUVE).

Cuando esta información se completa preguntando por la frecuencia de salidas nocturnas, tres de cada 4 jóvenes, con mayor o menor intensidad, salen normalmente por las noches los fines de semana. El 23,4% refiere que no sale nunca o casi nunca de noche; el 29,8% sale con poca frecuencia, el 26,1% sale una o dos veces al mes y el 20,8% sale todos o casi todos los días, manteniéndose la dicotomía entre los que no salen o lo hacen poco y los que salen mucho. Se puede observar, por tanto, una disminución importante, especialmente entre los que refieren salir más frecuentemente. Salen con menos intensidad las mujeres de 25 a 29 años (67,3%); los jóvenes con estudios primarios (67,1%), los que viven en su propio hogar (57,6%) y los que viven sólo de sus ingresos (68,9%).

*Tabla 17. Frecuencia de salidas nocturnas en los jóvenes de 15 a 29 años de España por sexo y edad.*

	2007			2013		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
No salgo nunca/casi nunca	28%	23%	32%	23%	22%	26%
Salgo con poca frecuencia	-	-	-	30%	27%	32%
Salgo una o dos veces al mes	32%	29%	34%	26%	28%	24%
Salgo todos a casi todos los fines de semana	41%	48%	33%	21%	23%	19%
	2007			2013		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
No salgo nunca/casi nunca	27%	21%	33%	32%	17%	29%
Salgo con poca frecuencia	-	-	-	26%	32%	30%
Salgo una o dos veces al mes	25%	32%	36%	21%	30%	27%
Salgo todos a casi todos los fines de semana	48%	47%	31%	30%	22%	14%

Fuente: Informe sobre juventud en España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Juventud (INJUVE).

En relación con los significados más relevantes que la juventud atribuye a salir por las noches, el 50,8% lo hace porque es algo diferente, que rompe con la rutina; el 25,1% considera que es un momento para ellos, aunque otro 21,8% considera que da lo mismo salir de noche que de día. Una minoría consideran la noche como una liberación/desinhibición (17,1%), un momento con encanto/magia (9,2%) o por la sensación de libertad y de falta de control (9,3%). Es interesante destacar que las opiniones más centradas en el espacio propio o de desinhibición se reducen y aumenta el hecho de romper con la rutina. En Castilla y León, el significado de desinhibición se eleva a un tercio, especialmente entre los jóvenes de 15 a 19 años.


*Tabla 18. Significado de salir por la noche para los jóvenes de 15 a 29 años de España.*

	<b>2007</b>	<b>2013</b>
Sensación de libertad, no control	20,5	9,3
Sensación de hacer algo diferente, no rutinario	42,0	50,8
La noche añade encanto a lo que haces	17,4	9,2
La noche es el momento de la gente joven y para la gente joven	29,5	25,1
Es lo mismo salir de noche que de día	19,0	21,8
Por la noche te liberás más, te desinhibes	23,4	17,1

Fuente: Informe sobre juventud en España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Juventud (INJUVE).

Otro dato de interés es la hora de regreso a casa, ya que diferentes estudios muestran que la probabilidad de consumir drogas aumenta a medida que avanza la noche. El estudio del INJUVE muestra que las horas más frecuentes de llegar a casa son entre las 3 y las 4 de la madrugada (19%), similar a los datos de 2007. Sólo un 4% vuelve a casa antes de las 12 de la noche, un punto porcentual más que en 2007. El 44% manifiesta volver más tarde de las 4 de la madrugada, siete puntos porcentuales menos que en 2007.

Por las noches, la mayoría de las personas jóvenes acuden a lugares en los que la probabilidad de consumir drogas es elevada, aunque en general se detecta una evolución positiva. Van a bares, pubs y cafeterías el 76%, cifra similar a la de 2007, y a bailar en discotecas el 51%, casi 10 puntos porcentuales menos que 2007. Lo mismo ocurre con ir a los «botellones», que desciende de un 26% en 2007 a un 19% en 2013. Los porcentajes del resto de actividades descienden en comparación con 2007, salvo la proporción de jóvenes que refieren ir al teatro que aumenta (4% en 2007; 8% en 2013). Ir a discotecas y al «botellón» son actividades más propias de los rangos de edad inferiores y de los chicos, mientras que ir a bares, cafeterías y pubs, así como al teatro, al cine y a restaurantes, son más frecuentes en edades superiores.

*Tabla 19. Actividades que realizan los jóvenes por las noches cuando salen*

	2007			2013		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Ir al cine	43%	42%	44%	33%	32%	34%
Ir a casa de algún amigo	51%	51%	52%	39%	39%	39%
Ir al restaurante	38%	36%	41%	37%	32%	43%
Ir a bares, cafeterías, pubs	77%	78%	77%	76%	80%	72%
Ir a bailar, a discotecas	60%	61%	58%	51%	52%	50%
Ir a teatro	4%	2%	6%	8%	8%	8%
Ir a conciertos	21%	21%	22%	17%	16%	17%
Ir de botellón	26%	31%	21%	19%	23%	14%
Practicar algún deporte	10%	14%	5%	10%	11%	7%
Pasear	27%	23%	33%	21%	20%	22%
Ninguna de las actividades	1%	1%	0%	0%	0%	0%
	2007			2013		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Ir al cine	32,9%	42,1%	50,2%	26,0%	33,7%	38,0%
Ir a casa de algún amigo	53,6%	50,0%	51,2%	44,9%	39,2%	34,6%
Ir al restaurante	21,8%	34,6%	53,0%	26,2%	33,5%	49,4%
Ir a bares, cafeterías, pubs	61,8%	82,7%	83,2%	60,7%	80,0%	83,4%
Ir a bailar, a discotecas	63,9%	68,1%	48,0%	57,0%	52,5%	44,2%
Ir a teatro	1,4%	2,4%	6,7%	4,9%	7,4%	11,0%
Ir a conciertos	20,0%	22,3%	20,8%	14,4%	18,1%	16,6%
Ir de botellón	37,9%	29,1%	15,8%	21,6%	25,4%	10,0%
Practicar algún deporte	11,4%	9,4%	9,4%	9,2%	10,2%	10,2%
Pasear	29,6%	27,0%	26,2%	27,1%	22,7%	13,9%
Ninguna de las actividades	0,7%	1,0%	0,5%	0%	0,1%	0%

Fuente: Informe sobre juventud en España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Juventud (INJUVE).

En relación con la percepción de los jóvenes sobre el control parental, es importante destacar que parece descender el porcentaje de quienes refieren bastante o demasiado control (37% en 2007; 34% en 2013). Este control percibido es mayor en las chicas y en los de menor edad. Castilla y León se sitúa entre las comunidades autónomas en las que los jóvenes refieren un mayor control percibido por parte de sus padres.

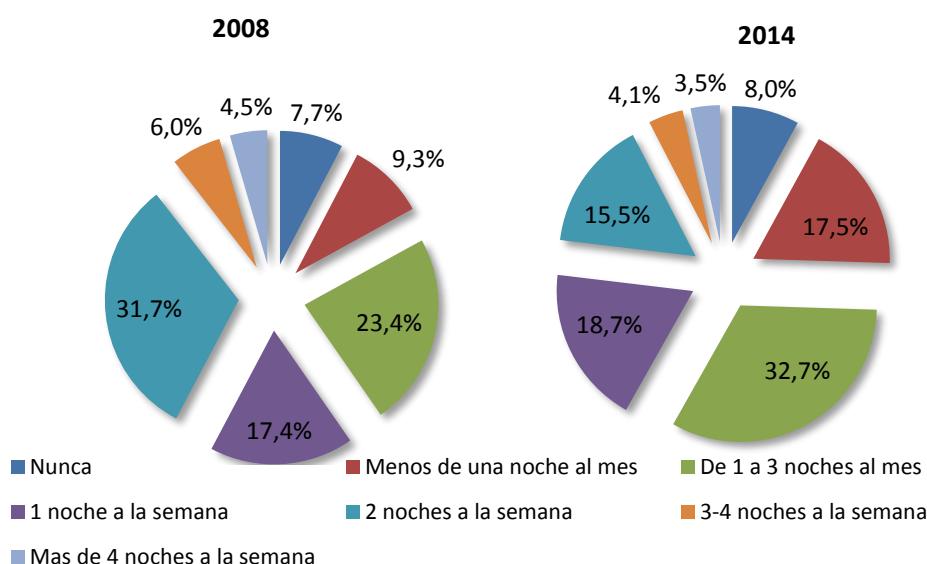
Tabla 20. Control ejercen/ han ejercido padres sobre salir los fines de semana por la noche

	2007			2013		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Ningún control	23%	26%	21%	24%	27%	22%
Poco control	33%	35%	32%	41%	44%	37%
Bastante control	32%	31%	33%	32%	27%	37%
Demasiado control	5%	3%	8%	2%	2%	4%
	2007		2013			
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Ningún control	7%	22%	36%	96%	22%	39%
Poco control	30%	39%	30%	39%	45%	38%
Bastante control	48%	28%	25%	46%	30%	22%
Demasiado control	9%	4%	3%	7%	2%	1%

Fuente: Informe sobre juventud en España. Ministerio de Igualdad. Instituto de la Juventud (INJUVE).

Por otra parte, los datos de la encuesta ESTUDES 2014/2015 muestran que un 8,0% de la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León no sale nunca por las noches, un 17,5% sale menos de una noche al mes, un 32,7% lo hace de una o tres veces al mes y un 41,8% sale una o más noches a la semana.

Figura 38. Evolución de la frecuencia de salidas nocturnas de los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León

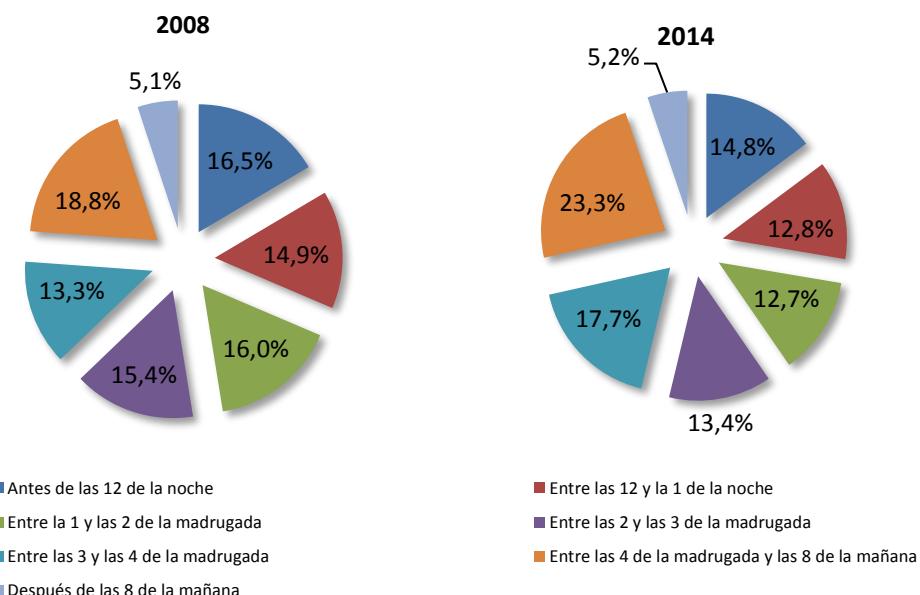


Fuente: Encuesta escolar sobre drogas. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogas.

En relación con la hora de llegada a casa de los estudiantes de la Comunidad Autónoma que salen por las noches, el 14,8% llega antes de las 12 de la noche, el 25,6% entre las 12 y las 2 de la madrugada y el 59,6% después de las 2 de la madrugada, existiendo diferencias significativas por sexo, siendo las mujeres las que llegan en mayor número después de las 2:00 de la madrugada (62,6% mujeres; 56,2% hombres).

Comparando estos datos con los obtenidos en el año 2008, la proporción de escolares que llegan a casa antes de las 12 de la noche es actualmente 1,7 puntos inferior, el porcentaje de los que llegan entre las 12 y las 2 de la madrugada es 5,4 puntos inferior, mientras que los que llegan después de las dos de la madrugada son ahora 7,1 puntos porcentuales superior, existiendo diferencias estadísticamente significativas en esta evolución. En estos datos quizás se está produciendo una polarización en los hábitos nocturnos de la población adolescente, ya que aumentan los que llegan más pronto, que son los estudiantes de 14 años, y los que llegan más tarde, que son los de mayor edad (16-18 años).

*Figura 39. Evolución de la hora de regreso a casa de los estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León cuando salen por la noche*



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

## 9.2. Valoración de posibles actuaciones para hacer frente al problema del abuso de drogas

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

En el año 2015, de todas las opciones planteadas, las actuaciones de prevención que son valoradas en mayor medida como muy importantes por la población general son las actuaciones de prevención en el ámbito escolar y familiar: un 89,6% de la población encuestada considera muy importante la educación sobre drogas en las escuelas y un 87,1% formar a los padres y madres para prevenir el consumo de drogas en sus hijos e hijas.



La siguiente acción preventiva con alta valoración es la realización de campañas que expliquen los riesgos derivados del consumo de drogas (73,5%), que por primera vez en esta serie de encuestas desciende ligeramente en la valoración de su importancia. Las siguientes medidas mejor valoradas en este ámbito son las referidas al cumplimiento de la normativa vigente, que se ha incrementado en 8 puntos porcentuales (59,5% en 2008; 68,3% en 2015) y la promoción de actividades nocturnas de ocio saludable que ha aumentado en 5 puntos porcentuales (59,7% en 2008; 65,4% en 2015).

*Tabla 21. Actuaciones valoradas como muy importantes para afrontar el problema de las drogas.*

	2008	2015
Educación sobre las drogas en las escuelas	88,4	89,6
Formación de los padres para prevenir el consumo de drogas de sus hijos	86,0	87,1
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	71,2	78,0
Inserción laboral de drogodependientes rehabilitados	69,1	76,3
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	74,2	73,5
Creación de consultas especializadas para los fumadores y los que abusan del alcohol	67,0	68,7
Cumplimiento de la legislación sobre tabaco y alcohol	59,5	68,3
Promoción de actividades nocturnas de ocio saludable	59,7	65,4
Asistencia a fumadores y pacientes que abusan del alcohol en los centros de salud	61,4	62,5
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	52,5	49,8
Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	37,2	44,1
Legalización del hachís y la marihuana	27,2	32,7
Legalización de todas las drogas	17,9	17,3

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

En el ámbito de la asistencia e integración social de drogodependientes, las opciones valoradas en mayor medida como muy importantes por las personas encuestadas han sido el tratamiento voluntario a los consumidores para dejar las drogas (78%) y la inserción laboral de los drogodependientes rehabilitados (76,3%), que incrementan su valoración en 7 puntos porcentuales respecto a los datos de 2008. La valoración como actuaciones importantes de la creación de consultas especializadas para fumadores y personas que abusan del alcohol (68,7%) y la asistencia de los fumadores y de personas que abusan del alcohol desde los centros de salud (62,5%), se incrementa ligeramente. El tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar las drogas se valora en menor medida como una actuación relevante (49,8%).

Una minoría de personas considera muy importantes medidas como la legalización del hachís y la marihuana (32,7%) y, por último, la legalización de todas las drogas, con una valoración como una medida importante por el 17,3%. En el caso de la legalización del cannabis, se ha producido un incremento de 5 puntos porcentuales, lo que puede ser resultado del debate social que existe en relación con este tema y de las corrientes de opinión favorables a su legalización.

## 10. CONCLUSIONES:

- La evolución del consumo de drogas durante la vigencia del VI Plan regional sobre drogas ha sido claramente positiva en la población de estudiantes. No se puede decir lo mismo de la población general, en la que se constata un aumento o estabilización de los consumos, salvo en el caso del tabaco y de los consumos



más recientes de cocaína y drogas de síntesis en las que se observa una menor proporción de consumidores. En el caso de la población escolar son especialmente acusados los descensos de consumidores de bebidas alcohólicas todos los fines de semana, de consumidores de alcohol en «atracón», de fumadores diarios y de consumidores de cannabis y de cocaína. Por el contrario, en la población general parece detectarse un aumento de los consumos habituales e intensos de alcohol y del consumo de cannabis, así como de los consumos experimentales de cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas, hipnosedantes sin receta y alucinógenos.

- Los indicadores más importantes de consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León, según la encuesta EDADES, se sitúan por primera vez, al mismo nivel o por debajo de los promedios nacionales. Esta situación no sucede en la población escolar, que se sitúa por encima de la media nacional, pero acercándose de forma progresiva a ésta. En relación con el consumo de drogas ilegales y de tranquilizantes sin receta médica, los consumos son claramente inferiores en la Comunidad Autónoma, tanto en la población general como en la escolar.
- En la población general de 14 a 70 años el consumo de drogas legales e ilegales es superior en los hombres que en las mujeres, salvo para los hipnosedantes. No ocurre lo mismo en la población de estudiantes en la que en general el consumo de drogas se encuentra equiparado entre ambos sexos, con la excepción del consumo en los últimos 30 días de cannabis y del consumo de alcohol todos los fines de semana que es mayor en los chicos, mientras que el consumo de alcohol en los últimos 30 días y las borracheras alguna vez en la vida son superiores en las chicas.
- Los grupos de edad de 30 a 39 años, 20 a 29 años y 40 a 49 años, por este orden, son los que tienen una mayor prevalencia de consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas. La población más joven es la que presenta en mayor proporción consumos más frecuentes e intensos de bebidas alcohólicas, y consumos de cannabis y de alucinógenos, mientras que la población de 30 a 39 años es en la que registra una mayor prevalencia de consumidores de drogas de síntesis y de anfetaminas y la de 40 o más años de consumidores de cocaína, opiáceos, inhalantes, tranquilizantes sin receta, y de bebedores diarios de alcohol y de grandes fumadores.
- En la población general de la Comunidad Autónoma, el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa ligeramente en la mayor parte de las frecuencias analizadas. Aumentan ligeramente los consumos ocasional, habitual y diario, y por primera vez el consumo ocasional de las mujeres está por encima del de los hombres. En el resto de los consumos el predominio es masculino. Los consumos habituales de alcohol son más frecuentes en los rangos de edad de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, y los diarios en los mayores de 50 años. En la población de estudiantes, un dato alejador es que se retrasa significativamente en unos meses la edad de inicio del consumo semanal de alcohol, y a pesar de que aumenta el porcentaje de estudiantes que refieren un consumo en el último mes, especialmente entre las chicas, se reducen de una forma muy importante los consumidores de todos los fines de semana.
- La percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol en «atracón» aumenta tanto en la población escolar como en la general. Sin embargo, la tolerancia social y de las familias hacia el consumo de alcohol sigue siendo alta. La accesibilidad



percibida al alcohol por parte de los menores de edad parece que está iniciando un pequeño descenso.

- Por lo que respecta a la magnitud del consumo de bebidas alcohólicas, la evolución tampoco ha sido positiva en la población general, elevándose los consumidores de riesgo según la OMS, así como los consumos problemáticos valorados por test CAGE, este aumento se debe sobre todo al consumo de edades superiores a los 30 años. También se eleva el consumo en «atracón» que se produce fundamentalmente en los menores de 20 años. Las borracheras en los últimos 6 meses se elevan en general, pero disminuyen en los consumidores habituales. Entre los consumidores semanales de alcohol, la cantidad media consumida ha descendido y las mayores cantidades se consumen entre los 30 y los 49 años de edad. En relación con los consumos más intensos en la población escolar un hecho muy significativo es que descienden de modo importante los consumos en «atracón» y las borracheras en el último mes, con consumos similares en chicos y chicas. No obstante, en los rangos de edad inferiores (14-15 años), este tipo de consumos son superiores en las chicas, invirtiéndose este predominio a los 18 años. También se elevan los pacientes en tratamiento por dependencia del alcohol y, ligeramente, las urgencias hospitalarias relacionadas con esta sustancia.
- En la población general la proporción de personas que fuman a diario ha descendido de forma sostenida en los últimos años hasta el 28,9% actual, siendo la prevalencia más baja desde que se evalúa este indicador, con una reducción del 35% desde 1989. Además, el consumo medio de cigarrillos también ha descendido, siendo mayor entre los hombres y en el rango de 30-39 años. En el caso de la población escolar, la edad media de inicio se retrasa significativamente en unos meses hasta los 13,7 años. Entre los escolares el hábito de fumar también se ha situado en la prevalencia más baja desde 1994, siendo similar en las chicas y en los chicos, y descendiendo en ellas en mayor medida desde el año 2008. También disminuye desde el año 1997 la proporción de grandes fumadores, debido en este caso a la caída en los varones.
- Se constata una evolución positiva de las personas que se han planteado dejar de fumar o que lo han intentado, tanto en población general como en la escolar, siendo estos datos coherentes con el descenso de los consumos.
- La sociedad castellano y leonesa tiene una alta percepción del riesgo asociada al hábito de fumar, y una baja tolerancia a su consumo en espacios públicos cerrados. Además, los menores perciben que sus padres son poco permisivos con su consumo de tabaco.
- Tras una prolongada fase expansiva, el consumo de cannabis parece estar estabilizado con un ligero repunte en la población general de Castilla y León, concentrándose el mayor número de consumidores en los varones y en el intervalo de edad de 20 a 29 años. Afortunadamente, en la población escolar se detecta un descenso en todos los tipos de consumo, que se sitúan por debajo de la media nacional y que son en general similares entre los chicos y las chicas. Es importante destacar, sin embargo, que las admisiones a tratamiento por esta sustancia se han elevado de forma muy importante, aunque algunas de las demandas de tratamiento pueden ser debidas a la sustitución de una multa por sanción administrativa.



- Los consumos más frecuentes de cocaína y de drogas de síntesis están disminuyendo o se han estabilizado en unos niveles muy bajos en la población general, mientras que en la población de estudiantes han disminuido en todas las frecuencias estudiadas. Los primeros contactos con estas drogas se encuentran estables alrededor de los 15 años.
- En el resto de las drogas ilegales las prevalencias de consumo son muy bajas en la población general y en la población de estudiantes: por debajo del 5% para el consumo alguna vez en la vida, por debajo del 0,7% para el consumo en el último año y por debajo del 0,3% para el consumo en el último mes. En la población general el consumo en el último año y en el último mes está estabilizado o tiende a la baja, mientras que en la población de estudiantes desciende para la gran mayoría de las frecuencias analizadas.
- El consumo de tranquilizantes sin receta médica presenta unas prevalencias bajas para la población general, inferiores al 2,5%, con una ligera tendencia al alza. En la población escolar superan a la cocaína, con una prevalencia de consumo alguna vez en la vida por encima del 6%, y con tendencia descendente. El consumo de estas sustancias es fundamentalmente femenino en ambas poblaciones, y más frecuente en edades superiores a los 40 años en la población general.
- En consonancia con la evolución de las prevalencias de los consumos de drogas, la proporción de policonsumidores de sustancias psicoactivas ha descendido considerablemente en los últimos ocho años.
- Persiste el envejecimiento de las personas que consumen drogas ilegales que se encuentran en tratamiento, así como el peso progresivamente menor de la heroína como droga principal y también de la cocaína, aunque queda compensado por el consumo asociado de heroína y cocaína. Un hecho destacable es el importante incremento de las admisiones a tratamiento por cannabis.
- Desde 2004 la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales y al consumo de tabaco se mantiene en porcentajes elevados. En el caso del alcohol, la percepción del riesgo es baja, salvo para los consumos en «atracción» que es bastante elevada y similar a la del consumo habitual de otras drogas.
- Algo menos de la mitad de la población escolar de 14 a 18 años de la Comunidad Autónoma sale una o más noches a la semana, menos de la cuarta parte no sale nunca o lo hace menos de una vez al mes. Entre los que salen, el 59% regresa a casa después de las dos de la madrugada, con el consiguiente mayor riesgo de consumir drogas al permanecer durante más tiempo fuera del hogar en ambientes de alto consumo.
- En general, las drogas más consumidas son las que se perciben más accesibles. La población general percibe más fácil conseguir cannabis, cocaína y drogas de síntesis que la población de estudiantes, no existiendo grandes diferencias en la accesibilidad percibida de los alucinógenos y opiáceos. Desde 2008, la disponibilidad percibida en la población escolar ha evolucionado positivamente para casi todas las drogas.
- Existe una elevada sintonía entre la valoración que hace la población general sobre las medidas que considera más importantes para afrontar el problema del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma y las actuaciones que se priorizan por las Administraciones Públicas de Castilla y León en el marco del Plan regional sobre drogas.



## II

### EVALUACIÓN DEL VI PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN

La gestión basada en resultados establece como elementos clave: la planificación, el seguimiento y la evaluación. Este tipo de gestión plantea una valoración de la efectividad del plan en su conjunto, desde el inicio del proceso de planificación, pasando por el seguimiento de las actuaciones en función de los objetivos concretos que pretenden lograr y, por último, realizando una evaluación del impacto y de la mejora de la situación del problema en la población real sobre la que se quiere incidir. A través de este enfoque es posible identificar puntos críticos, así como actuaciones que no tienen los resultados esperados o que presentan dificultades en su desarrollo, lo que permite reconducir el propio proceso de implantación de las acciones hacia otras diferentes más adaptadas a la realidad, o bien poner los medios para solventar esas dificultades.

En el momento actual, teniendo en cuenta la limitación de recursos y la necesidad de priorizar las actuaciones en función de su efectividad, es imprescindible que las Administraciones Públicas rindan cuentas a la sociedad de los resultados de sus actuaciones.

Como se ha indicado en versiones anteriores del plan, el consumo de drogas y los problemas relacionados con el mismo forman parte de un proceso complejo y dinámico, donde los factores que influyen sobre la situación tienen una relación directa con el contexto cultural, social y económico del momento. Asimismo, es preciso recordar que los resultados de las actuaciones de prevención son apreciables a medio y largo plazo y que, por tanto, precisan no sólo de un mínimo de intensidad, sino también de un tiempo de latencia para poder valorar sus efectos a nivel poblacional. Por tanto, en la evaluación de este plan es necesario tener presente el impacto de la crisis socio-económica de los últimos años tanto sobre los consumos, como sobre la intensidad y el alcance de las diferentes medidas que se han implantado.

El VI Plan sobre drogas de Castilla y León, planteaba como objetivo estratégico: «*disminuir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas*». Este objetivo estratégico se concretaba en varios objetivos generales que pretendían incidir sobre:

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

A pesar de que los objetivos del VI Plan se establecieron con el horizonte temporal del año 2013, la evaluación de los mismos se ha realizado comparando los datos de partida del año 2008 con la información correspondiente a los años 2014 o 2015 siempre que ha sido posible.

#### 1. VALORACIÓN GENERAL

Para la evaluación del objetivo estratégico se han utilizado los datos del año 2014 publicados por el Instituto Nacional de Estadística, incluyendo el registro de mortalidad y el *Conjunto mínimo básico de datos* de los pacientes con ingreso hospitalario (CMBD). En conjunto, este objetivo, fijado para el año 2016 y con cambios que necesitan períodos



de evolución amplios, muestra una tendencia positiva hacia su consecución ya que se ha alcanzado por encima del 72%.

En relación con los objetivos generales, es importante tener en cuenta que su formulación se ha realizado de forma combinada y que se ha considerado que un objetivo general se ha logrado cuando un 75% o más de los indicadores que se utilizan para su valoración han evolucionado positivamente. Se considera parcialmente conseguido cuando entre un 50% y un 74% de los indicadores evolucionan positivamente y se considera que no se ha alcanzado cuando menos del 50% de los indicadores han evolucionado positivamente.

De los cuatro objetivos generales, se han logrado tres y tan sólo no se ha conseguido el objetivo 1 en lo relativo a la disminución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en la población general, a pesar de que su evolución ha sido positiva en la población de estudiantes de 14 a 18 años.

*Tabla 22. Cumplimiento de los objetivos generales del VI Plan regional sobre drogas*

<b>Objetivos generales cumplidos</b>	<i>Objetivo general 1.2: Reducir la prevalencia del consumo de tabaco</i>
	<i>Objetivo general 1.3: Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cannabis y de drogas psicoestimulantes.</i>
	<i>Objetivo general 2: Reducir los riesgos y los daños para la salud y la sociedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales</i>
	<i>Objetivo general 3: Potenciar la participación social y optimizar la coordinación y cooperación institucional.</i>
	<i>Objetivo general 4: Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.</i>
<b>Objetivo general no cumplido</b>	<i>Objetivo general 1.1: Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.</i>

En relación con los 18 objetivos específicos: percepción del riesgo, accesibilidad, edad de inicio, aceptación social y abandono del abuso y dependencia, hay que señalar que para su evaluación se han desglosado en tres categorías, una para el alcohol, otra para el tabaco y otra para el resto de las drogas. Con este desglose se mejora la información sobre las diferentes actuaciones realizadas, y por tanto, el total de objetivos específicos a evaluar queda finalmente establecido en 27. Valorando estos objetivos a través de sus indicadores:

- Se han conseguido en su totalidad dieciséis objetivos, lo que representa el 59,3%.
- Se han alcanzado casi en su totalidad tres objetivos (11,1%), al lograrse entre el 75% y el 99% de los indicadores.
- Se han conseguido que cinco objetivos (18,5%) tengan un cumplimiento de entre el 50% y el 74% de sus indicadores.
- Un objetivo (3,7%) se ha logrado parcialmente, cumpliéndose entre un 25% y un 49% de sus indicadores.
- Y no se han alcanzado, dos objetivos lo que supone el 7,4% de los objetivos específicos planteados.

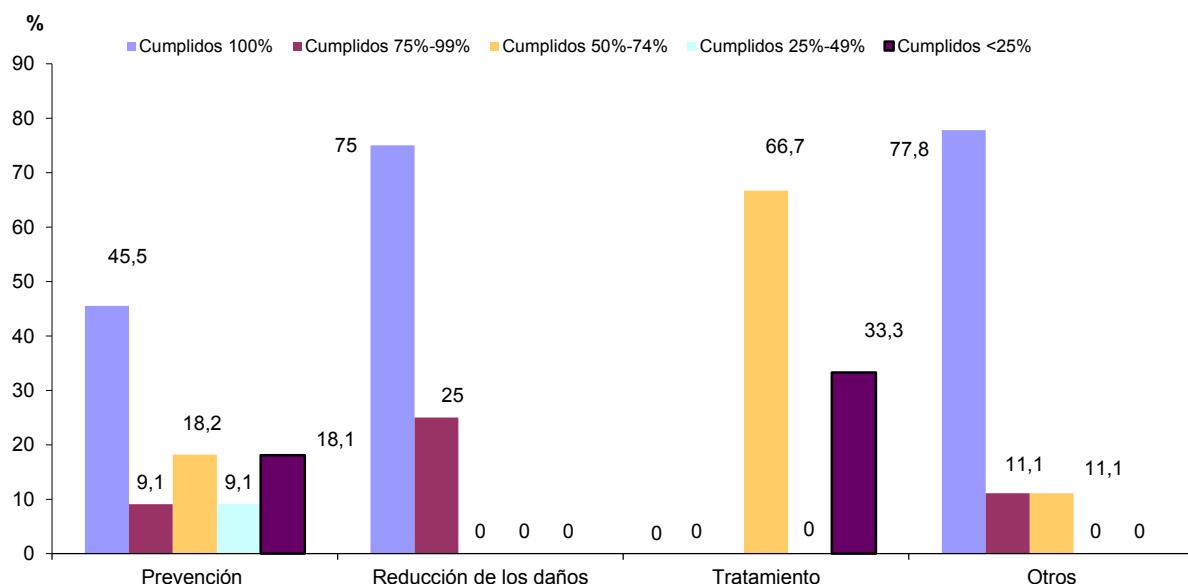


Tabla 23. Cumplimiento de los objetivos específicos del VI Plan Regional sobre drogas

<b>Objetivos específicos cumplidos al 100%</b>	<i>Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas en la población de estudiantes.</i>
	<i>Disminuir la accesibilidad percibida a las drogas ilegales en la población de estudiantes.</i>
	<i>Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes</i>
	<i>Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco en adolescentes</i>
	<i>Reducir la aceptación social del consumo de tabaco</i>
	<i>Reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.</i>
	<i>Evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en el padre y/o en la madre.</i>
	<i>Prevenir los comportamientos de alto riesgo en las personas que consumen drogas, en especial los episodios intensos de consumo de alcohol, la utilización de la vía intravenosa, el consumo múltiple de drogas y las relaciones sexuales sin protección.</i>
	<i>Fomentar la coordinación y cooperación entre Departamentos de la Administración Autonómica.</i>
	<i>Promover la participación social, así como la coordinación y cooperación con las instituciones y entidades privadas</i>
	<i>Fomentar la cooperación transfronteriza con Portugal.</i>
	<i>Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependientes</i>
	<i>Desarrollar y consolidar sistemas de información rápidos, sencillos y fiables basados en las nuevas tecnologías.</i>
	<i>Potenciar la evaluación continua de programas y servicios del Plan, en especial antes de su instauración generalizada.</i>
<b>Objetivos específicos cumplidos entre el 99% y el 75%</b>	<i>Estimular y mejorar la formación continuada de los profesionales que intervienen en drogodependencias, así como de las personas que colaboran voluntariamente en la misma.</i>
	<i>Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales.</i>
	<i>Reducir la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.</i>
<b>Objetivos específicos cumplidos entre el 74% y el 50%</b>	<i>Potenciar la coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas, en especial con las Corporaciones Locales de Castilla y León</i>
	<i>Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco.</i>
	<i>Facilitar el abandono del abuso de alcohol y de la dependencia alcohólica, así como la integración social mediante programas y servicios asistenciales eficaces, accesibles y de calidad</i>
	<i>Retrasar la edad de inicio del consumo de las drogas ilegales.</i>
	<i>Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales así como la integración social mediante programas y servicios asistenciales eficaces, accesibles y de calidad</i>
<b>Objetivos específicos cumplidos entre el 49% y el 25%</b>	<i>Promover el intercambio de información fiable y pertinente que soporte las políticas públicas sobre drogas.</i>
	<i>Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.</i>
<b>Objetivos específicos cumplidos menos del 25%: no alcanzados</b>	<i>Reducir la aceptación social del consumo de alcohol y cannabis.</i>
	<i>Reducir la aceptación social del consumo de cannabis.</i>
	<i>Facilitar el abandono del consumo de tabaco mediante programas y servicios asistenciales eficaces, accesibles y de calidad.</i>

Si el análisis del cumplimiento de los objetivos específicos se realiza por áreas de actuación, diferenciando prevención (11 objetivos), reducción de los daños (4 objetivos), tratamiento (3 objetivos) y otras actuaciones (9 objetivos), se cumplen en un 75% o más el 54,5% de los objetivos de prevención del consumo de drogas, el 100% de los objetivos de reducción de los daños y el 88,9% de los referidos a actuaciones de coordinación, formación, información e investigación. Entre un 74% y un 50% el 18,2% de prevención, el 66,7% de asistencia y el 11% de otras actuaciones.

Figura 40. Cumplimiento de los objetivos específicos por áreas de intervención

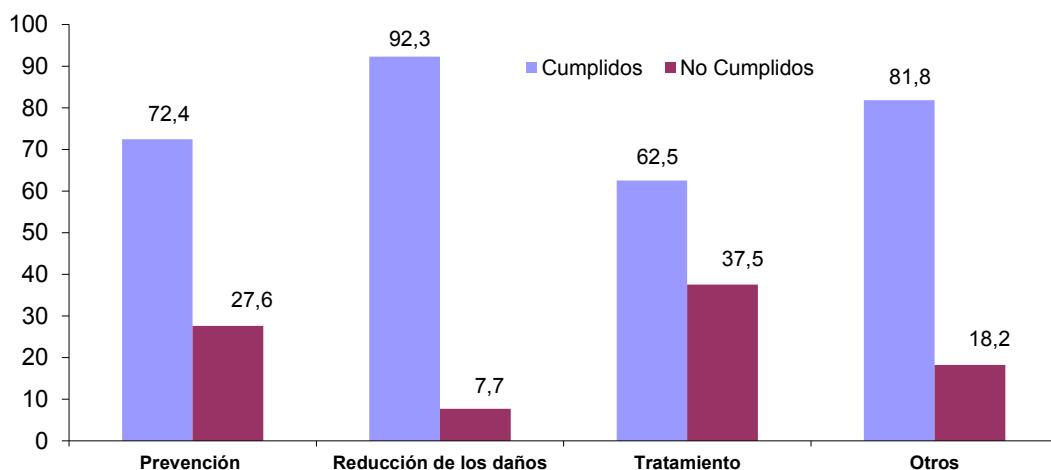


Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogas.

Por otro lado, de los 115 indicadores establecidos se han podido valorar con calidad 105 (91,3%). El principal motivo por el que no se han podido valorar los 10 indicadores restantes ha sido por la pérdida de datos o por no ser comparables al cambiar los sistemas de registro; por la existencia de un elevado porcentaje de datos desconocidos, lo que ha dificultado la interpretación de algunos indicadores; o por no disponer de los medios para conseguir la información.

En total, de los indicadores valorados se han conseguido 75, es decir, el 71,4%, frente a un 28,6% (30 indicadores) que no han evolucionado positivamente. Si el análisis de los indicadores relacionados con los objetivos específicos ( $n=68$ ; 61 valorados) se analizan los valorados por áreas de actuación, diferenciando prevención ( $n=29$ ), reducción de los daños ( $n=13$ ), tratamiento ( $n=8$ ) y otros ( $n=11$ ), se puede observar que se han logrado el 72,4% ( $n=21$ ) de los indicadores de prevención, el 92,3% ( $n=12$ ) de los indicadores de reducción de los daños, el 62,5% ( $n=5$ ) de los indicadores de tratamiento y el 81,8% ( $n=9$ ) de los indicadores sobre coordinación, formación, información e investigación.

Figura 41. Cumplimiento de los indicadores por áreas de intervención



Fuente: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

## 2.- VALORACIÓN POR OBJETIVOS

### 1.- OBJETIVO ESTRATÉGICO

**En 2016, disminuirá la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y dependencia de las drogas.**

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

No se ha valorado el indicador sobre el desempleo, ya que esta variable se ha visto modificada por la crisis económica, afectando con carácter general a la totalidad de la población, ni tampoco el de tuberculosis, por la falta de calidad de los datos. Los indicadores se han conseguido en un 72,7%, por lo que puede considerarse que el objetivo evoluciona favorablemente hacia su consecución, tal y como se indica en la siguiente tabla, destacando que el apartado donde más logros se han conseguido es el de los problemas sociales.

Indicadores	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% Éxito
Mortalidad	6	-	4	67%
Morbilidad	10	1	6	67%
Problemas Sociales	8	1	6	85,7%
Total	24	2	16	72,7%



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

- *Tasa de mortalidad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas*

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

En el año 2014 se registraron en Castilla y León 27.787 muertes de todas las edades. Se estima que el 3,9% son atribuibles al consumo de alcohol. Por sexo, los hombres presentan un valor superior (5,0%) al de las mujeres (2,8%).

*Tabla 24. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol por causa y sexo. Castilla y León, 2014*

Causa de muerte (CIE 10)	Hombre	Mujer	Total	
<b>Tumores malignos</b>	879	361	1.240	
Labio, boca, faringe (C00-C14), esófago (C15), estómago (C25), hígado y vías intrahepáticas (C22), laringe (C32)	Muertes atribuibles al alcohol %	295 33,5	82 22,8	377 30,4
<b>Trastornos mentales</b>	19	0	19	
Psicosis alcohólica (F105, F107), síndrome de dependencia al alcohol (F102), abuso de alcohol (F100, F101)	Muertes atribuibles al alcohol %	19 100,0	0 0,0	19 100,0
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	1.076	1.820	2.896	
Hipertensiva (I10-I15), cardiopatía alcohólica (I426), enfermedad cerebrovascular (I60-I69)	Muertes atribuibles al alcohol %	79 7,4	135 7,4	214 7,4
<b>Enfermedades respiratorias</b>	306	281	587	
Tuberculosis respiratoria (A15-A16), neumonía y gripe (J10-J18)	Muertes atribuibles al alcohol %	18 5,8	14 5,1	32 5,4
<b>Enfermedades digestivas</b>	240	132	372	
Enfermedad esófago, estómago y duodeno (K20-K31), gastritis alcohólica (K292), hígado graso (k00), hepatitis alcohólica aguda (K701), cirrosis alcohólica (K703), daño hepático alcohólico especificado (K709), otras cirrosis (K743-K746), pancreatitis aguda (K85), pancreatitis crónica (K860-K861)	Muertes atribuibles al alcohol %	130 54,0	57 42,9	186 50,0
<b>Accidentes no intencionales</b>	285	145	430	
Acc. vehículos motor (V01-V79), otros acc. carretera (V80-V89), acc. transporte marítimo (V90-V94) y aéreo (V95-V97), acc. causados por el fuego (X00-X09), otros accidentes (X599), intoxicación alcohólica aguda (X45), caídas accidentales (W00-W19), ahogamiento accidental (W74)	Muertes atribuibles al alcohol %	102 35,7	46 31,9	148 34,4
<b>Accidentes intencionales</b>	194	61	255	
Suicidio (X60-X84), homicidio (X85-Y09)	Muertes atribuibles al alcohol %	56 28,6	19 30,4	74 29,1
<b>Enfermedades metabólicas</b>	390	512	902	
Diabetes (E10-E14)	Muertes atribuibles al alcohol %	20 5,0	26 5,0	45 5,0
<b>Muertes totales en Castilla y León</b>	14.211	13.576	27.787	
	Muertes atribuibles al alcohol %	717 5,0	378 2,8	1.095 3,9

Fuente D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"

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

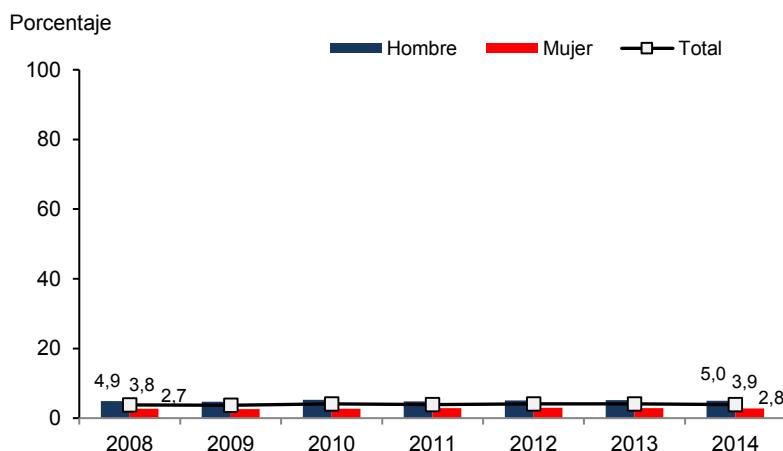
1 Shultz JM. MMWR 1990; 39(11):173-178



La mortalidad por abuso de alcohol se encuentra estabilizada, pasando del 3,8% al 3,9% en el período 2008-2014 para el total de población. Lo mismo sucede con los varones, en los que pasa del 4,9% al 5,0%, y en las mujeres, en las que pasa del 2,7% al 2,8%.

Sin embargo, en fenómenos estables y de lenta evolución como es la mortalidad, es más adecuado analizar períodos de observación más amplios. Si se toma como referencia el período comprendido entre los años 2000-2014, se observa un descenso en la proporción de muertes debidas al abuso de alcohol (2000: 4,7%; 2014: 3,9%), en el caso de los hombres pasó de un 6% en 2000 a un 5% en 2014 y en el caso de las mujeres de un 3,2% a un 2,8% respectivamente.

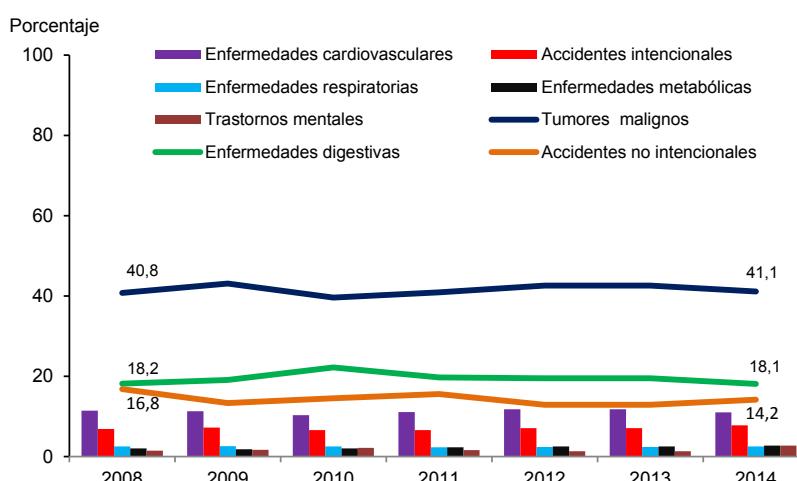
*Figura 42 .Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol por sexo en Castilla y León*



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

Dentro de las muertes atribuibles al alcohol las distintas causas se distribuyen en tres niveles: en el primero se sitúan los tumores malignos, en el segundo las enfermedades cardiovasculares, digestivas y los accidentes no intencionales, y en el tercer nivel los accidentes intencionales (suicidios y homicidios), las enfermedades metabólicas, las respiratorias y los trastornos mentales. En la evolución de estas causas durante los años 2008 a 2014, se puede observar en los varones una estabilización en los tumores malignos (elevación 0,7%), y un descenso en las enfermedades digestivas del 0,5% y en los accidentes no intencionales del 15,5%.

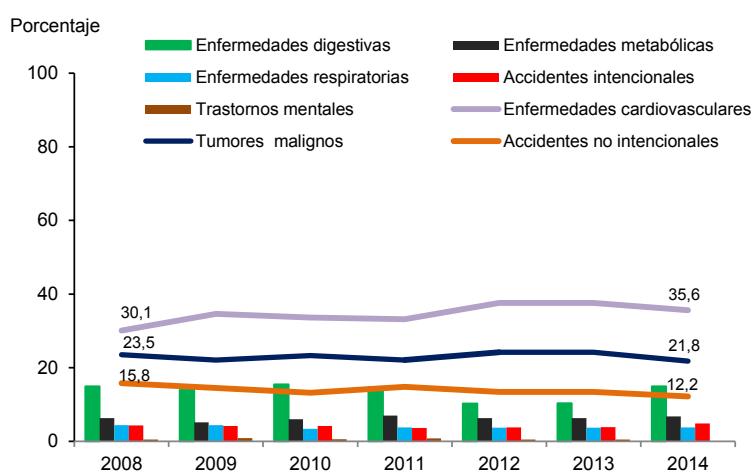
Figura 43. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en hombres en Castilla y León



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

Entre las mujeres, aumentan un 18,3% las enfermedades cardiovasculares, y descienden un 7,2% los tumores malignos y un 22,8% los accidentes no intencionales.

Figura 44. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en mujeres en Castilla y León



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

- *Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco*

La mortalidad relacionada con el consumo de tabaco en Castilla y León se obtiene a partir de las muertes anuales registradas en la Comunidad y publicadas por la Dirección General de Estadística con datos del INE a través de la *Explotación de microdatos de defunciones*. Para su cálculo se han utilizado los riesgos relativos del *Cancer Prevention Study II*<sup>2</sup>, establecidos por rangos de edad y los datos de prevalencia de fumadores, ex fumadores y no fumadores de la *Encuesta sobre consumo de drogas a la población general de Castilla y León 2008*.

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



El número de muertes atribuibles al consumo de tabaco en el año 2014 ha sido de 2.993, el 10,9% del total de fallecimientos producidos en la población de 35 y más años (27.568). Por sexo, han fallecido debido al tabaco el 18,6% de los hombres y el 2,7% de las mujeres. Por grupo de edad, entre los 35 y 64 años las muertes por tabaco han sido del 25,7% de los fallecidos de este grupo, y entre los de 65 y más años, del 9,1%.

Si se tiene en cuenta el período de análisis 2008-2014, se observa un aumento de la mortalidad por tabaco en la población de 35 y más años del 4,8% (10,4% en 2008; 10,9% en 2014). Este aumento es más marcado en las mujeres (2,2% en 2008; 2,7% en 2014) que en los hombres (18,4% en 2008; 18,6% en 2014).

Las muertes tienen un mayor peso en el grupo de 35-64 años, con un aumento del 9,4% (23,5% en 2008; 25,7% en 2014), que en el de 65 y más años, en el que el incremento ha sido del 4,6% (8,7% en 2008; 9,1% en 2014), lo que supone un impacto mayor en los años de vida potencialmente perdidos. Sin embargo, si se analiza la evolución en un período más largo, 2000-2014, se observa que la proporción de muertes debidas al tabaco presenta un descenso en la población de 35 y más años, tanto en los hombres, en los que disminuye un 26,2% (25,2% en 2000; 18,6% en 2014), como en las mujeres, en las que disminuye un 66,6% (8,1% en 2000; 2,7% en 2014).

*Tabla 25. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco de las personas de 35 y más años, según causa de muerte por sexo. Castilla y León, 2014*

Causa de muerte (CIE 10)	Hombre	Mujer	Total	
<b>Cáncer pulmón y vías respiratorias</b>	1.049	228	1.277	
Tráquea, bronquios, pulmón (C33-C34)	Muertes atribuibles al tabaco	930	130	1.060
	%	88,7	57,0	83,0
<b>Otros tumores malignos</b>	1.029	469	1.498	
Labio, boca, faringe (C00-C14), esófago (C15) páncreas (C25), laringe (C32), cuello de útero (C53) vejiga (C67), riñón (C64-C66, C68)	Muertes atribuibles al tabaco	518	50	568
	%	50,3	10,7	37,9
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	2.698	3.031	5.729	
Reumática (I02, I05-I09), hipertensiva (I10-I15) cardiopatía isquémica (I20-I25), cerebrovascular (G45, G46, G93, G95, I60-I69), otras* circulatorias (I70-I71)	Muertes atribuibles al tabaco	479	75	554
	%	17,8	2,5	9,7
<b>Enfermedades respiratorias</b>	1.108	521	1.629	
EPOC (J20, J40-J48)	Muertes atribuibles al tabaco	699	114	813
Otras respiratorias** (J10-J18, J45-J46)	%	63,1	21,9	49,9
<b>Muertes 35 y más años en Castilla y León</b>	14.083	13.485	27.568	
	Muertes atribuibles al tabaco	2.624	369	2.993
	%	18,6	2,7	10,9

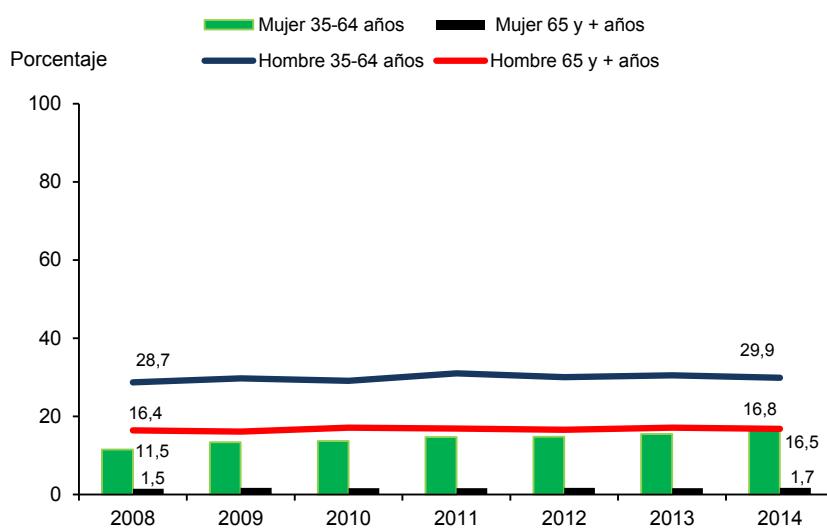
\*Otras circulatorias: ateroesclerosis y aneurisma aórtico. \*\*Otras respiratorias: neumonía e influenza, y asma.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica Fuente

D.G. de Estadística con datos del INE "Explotación de microdatos de defunciones"

Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Drogas

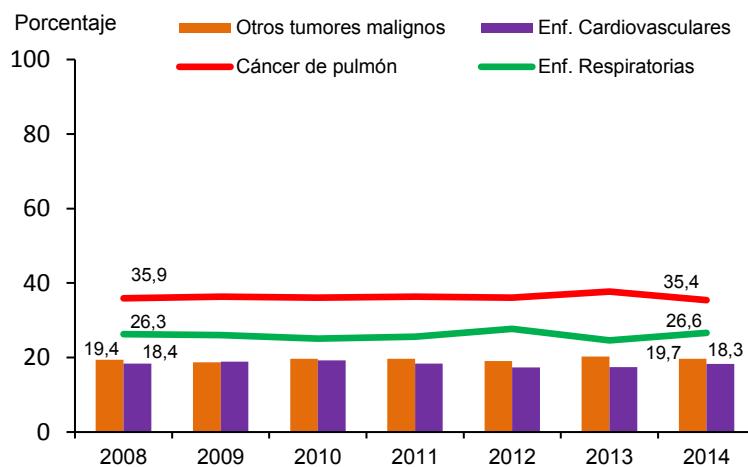
Figura 45. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco por sexo y grupo de edad en Castilla y León



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

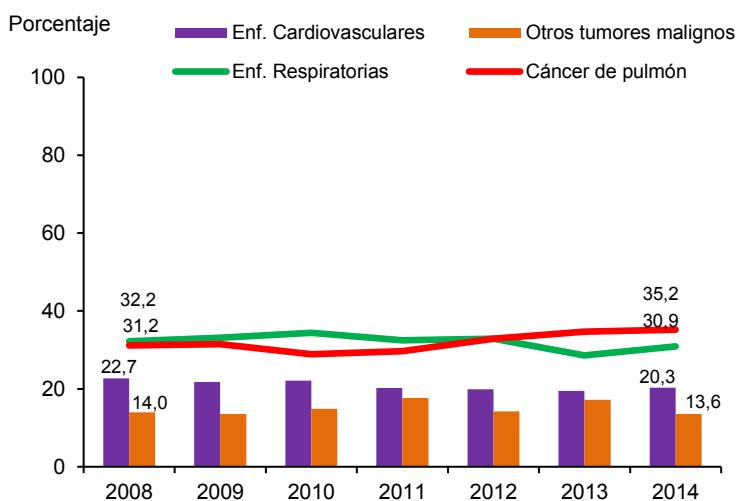
Las distintas causas de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco se distribuyen en dos niveles: en el primero, se sitúa el cáncer de pulmón y las enfermedades respiratorias, y en el segundo, los tumores malignos (excluido el cáncer de pulmón) y las enfermedades cardiovasculares. La evolución de las causas que producen estas muertes, entre los años 2008 y 2014, muestra que en los hombres se mantienen estables las principales causas: los tumores malignos (elevación del 1,5%), las enfermedades respiratorias (elevación del 1,1%), las muertes por cáncer de pulmón (descenso del 1,4%) y las enfermedades cardiovasculares (descenso del 0,5%). Sin embargo en las mujeres, ascienden las muertes por cáncer de pulmón (12,8%) y descienden las producidas por las enfermedades cardiovasculares (10,6%), las enfermedades respiratorias (4,0%) y otros tumores malignos (2,9%). El ascenso del cáncer de pulmón en las mujeres, podría explicarse por el aumento del consumo femenino de tabaco que se produce a partir de los años setenta en nuestro país.

Figura 46. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuibles al consumo de tabaco en hombres de 35 y más años en Castilla y León



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

Figura 47. Evolución de las distintas causas de la mortalidad atribuibles al consumo de tabaco en mujeres de 35 y más años en Castilla y León



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

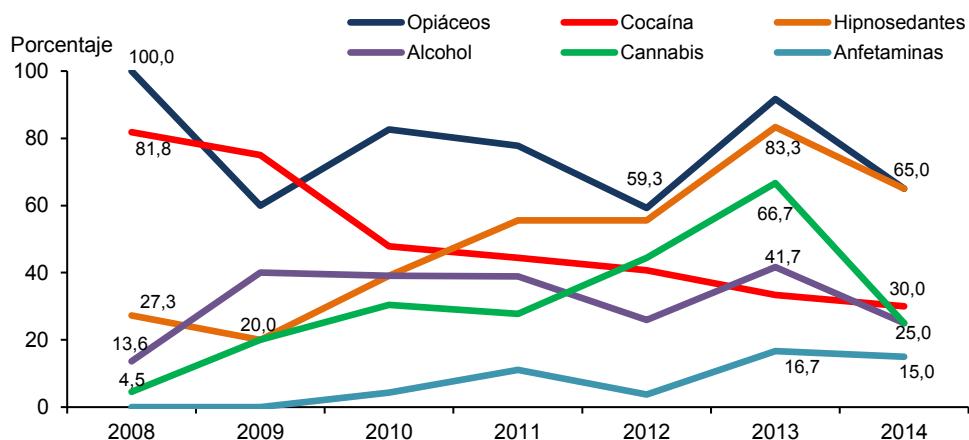
- *Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas*

Este indicador recoge las muertes por sustancias psicoactivas en la población de 10 a 64 años, referidas desde los Institutos de Medicina Legal de Castilla y León. Su cobertura se extiende a toda la Comunidad Autónoma, lo que permite estimar la tasa de mortalidad en la población de forma directa. En el período de análisis, se detecta una evolución positiva, ya que la tasa ha pasado de 1,40 muertes por sustancias psicoactivas por 100.000 habitantes en el año 2008, a 1,23 en 2014.

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, en el período 2008-2014, ha oscilado entre 16 y 35 muertos. Hay que tener en cuenta, cuando los casos son pocos, que pequeñas oscilaciones en el número de fallecidos determinan cambios importantes en las proporciones que deben ser interpretadas con cautela. Existe una mayor proporción de muertes en hombres que en mujeres, situándose el peso de los hombres entre un mínimo del 73,3% y un máximo del 95,2%. En relación con la edad, se observa un envejecimiento en los fallecidos, que pasa de los 36,3 años en 2008, tanto en los hombres como en las mujeres, a los 47,5 años en los hombres y los 43,0 años en las mujeres, en 2014. Es digno de mención que no se ha producido ninguna muerte en menores de edad por esta causa.

El policonsumo de sustancias psicoactivas es muy frecuente entre los fallecidos por reacción aguda a drogas. En el período de 2008 a 2014, se ha encontrado más de una sustancia en el 75,0% y el 95,2% de los fallecidos, respectivamente. Se observa un descenso en la proporción de opiáceos detectados, que pasa de estar presente en todos los fallecidos en 2008 a detectarse en el 65,0% de los mismos en 2014; también desciende la detección de cocaína, de estar presente en un 81,8% de los fallecidos en 2008 hasta un 30,0% en 2014. En contraposición ascienden los hipnosedantes, el alcohol, el cannabis y las anfetaminas. Por otro lado, si se analiza el grupo de los opiáceos (codeína, metadona y heroína), hay que destacar la presencia de metadona, que se sitúa por encima del resto de opiáceos a partir de 2010, y se detecta en el 40% de los fallecidos en 2014. La presencia de metadona en los fallecidos, junto a la disminución de la heroína, muestra la situación de normalización alcanzada en los tratamientos con metadona en estos pacientes.

Figura 48. Evolución de las sustancias psicoactivas detectadas en los fallecidos por reacción aguda a estas sustancias en Castilla y León



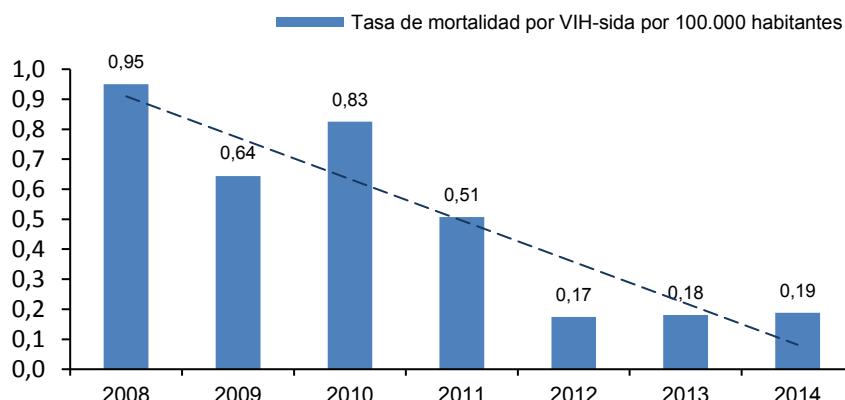
Nota. Opiáceos: heroína +opio/morfina +codeína +metadona

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

- Proporción de muertes por sida en usuarios de drogas por vía intravenosa

La mortalidad por sida, en el rango de edad de 15 a 39 años, se ha estimado utilizando la metodología que propone el Plan Nacional sobre Drogas. Para el cálculo se aplica, a los datos de muertes por VIH y sida (códigos CIE 10: B20-B24, sida; R75, VIH+) de la «Explotación de microdatos de defunciones» del INE, la proporción de casos de sida y VIH de las personas que se inyectan drogas, obtenida a partir de los datos acumulados del *Registro nacional del sida* por Comunidad Autónoma. Se observa que la mortalidad por sida sigue descendiendo en esta población; la tasa ha pasado de 0,95 por 100.000 habitantes en 2008 a 0,19 en 2014. Esta situación muestra como la infección por VIH y el sida está adoptando un patrón de enfermedad crónica, gracias a los tratamientos antirretrovirales.

Figura 49. Evolución de la tasa de mortalidad de VIH-sida en los usuarios de drogas de 15 a 39 años en Castilla y León



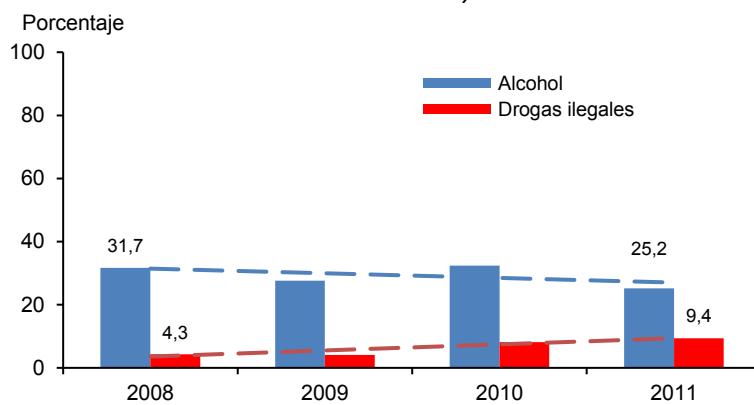
Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

- Proporción de conductores muertos por accidentes de tráfico en los que se detecta alcohol y otras drogas (2 indicadores).

Estos indicadores se valoran a través de los datos obtenidos de los análisis que el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses realiza en conductores fallecidos por accidentes de tráfico. La evaluación se realiza sólo hasta el año 2011, ya que a partir de ese año no se dispone de los datos regionales.

Este indicador ha experimentado una evolución positiva en lo que a la presencia de alcohol se refiere, reduciéndose en un 20,5% las muertes por accidentes de tráfico en las que estaba presente esta droga (31,7% en 2008; 25,2% en 2011). En el caso de la presencia de drogas ilegales se observa el efecto contrario, al pasar del 4,5% en el año 2008 al 9,4% en el año 2011.

Figura 50. Evolución de las muertes por accidente de tráfico en conductores con consumo de drogas en Castilla y León



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

Es importante destacar que el perfil de la persona que fallece en un accidente de tráfico y en la que se detectan sustancias psicoactivas es el de un varón (96,5%), mayor de 30 años, conductor de coche, que fallece un día laborable, y en el que se detecta principalmente la presencia de alcohol, solo o en combinación con otras drogas.

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

### 1.2.1. Morbilidad relacionada con el consumo de alcohol

- Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cirrosis y otras enfermedades de etiología alcohólica

El cálculo de la morbilidad hospitalaria se realiza con la información proporcionada por el sistema de registro *Conjunto Mínimo Básico de Datos* (CMBD) que los hospitales públicos de Castilla y León notifican a la Gerencia Regional de Salud. A partir de las altas hospitalarias en cuyo diagnóstico principal figuraba alguna de las categorías de la CIE 9 que se relacionan con el consumo de alcohol, se consideró morbilidad por alcohol los casos en que además de tener la categoría pedida constaba alcoholismo o abuso de bebidas alcohólicas.



*Tabla 26. Morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de alcohol Castilla y León, 2014*

Morbilidad alcohol (CIE 9)		Hombre	Mujer	Total
<b>Tumores malignos</b>		1.923	621	2.544
Labio, boca, faringe (140-149), esófago (150), estómago (150), hígado y vías intrahepáticas (155), laringe (161)	Morbilidad alcohol	332	15	347
	%	17,3	2,4	13,6
<b>Trastornos mentales</b>		320	114	434
Psicosis alcohólica (291), Sd. dependencia alcohol (303), Abuso de alcohol (305)	Morbilidad alcohol	306	99	405
	%	95,6	86,8	93,3
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>		4.526	4.408	8.934
Enf. Hipertensiva (401-405), cardiopatía alcohólica (425), Enf. Cerebrovascular (430-438)	Morbilidad alcohol	338	16	354
	%	7,5	0,4	4,0
<b>Enfermedades respiratorias</b>		760	409	1.169
Tuberculosis respiratoria (010-012), Neumonía y gripe (480-482, 487)	Morbilidad alcohol	57	1	58
	%	7,5	0,2	5
<b>Enfermedades digestivas</b>		3.219	2.037	5.256
Enf. esófago, estómago y duodeno (530-537), gastritis alcohólica (535), hígado graso (5710), hep. alcohólica aguda (5711), cirrosis hep. alcohólica (5712), daño hep. alcohólico no especificado (5713), otras cirrosis (5715, 5716, 5761), pancreatitis aguda (5770), pancreatitis crónica (5771)	Morbilidad alcohol	689	91	780
	%	21,4	4,5	14,8
<b>Enfermedades metabólicas</b>		924	794	1.718
Diabetes (250)	Morbilidad alcohol	67	9	76
	%	7,3	1,1	4,4
<b>Morbilidad alcohol en Castilla y León</b>		11.672	8.383	20.055
	Morbilidad alcohol	1.789	231	2.020
	%	15,3	2,8	10,1

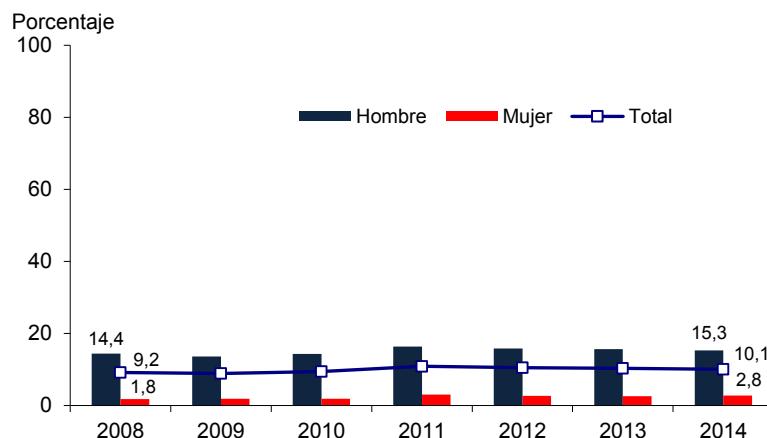
Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto mínimo básico de datos)

Elaboración: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Drogas

En el año 2014 se registraron en Castilla y León 20.055 altas hospitalarias de las categorías especificadas y se estimó que el 10,1% estaban relacionadas con el abuso de alcohol. En varones, la patología relacionada con el alcohol es superior (15,3%) a la que se produce en mujeres (2,8%).

En el período de 2008 a 2014 se produce un aumento del 9,8% (9,2% en 2008; 10,1% en 2014) en la morbilidad asociada al alcohol, con un aumento del 6,3% en varones (14,4% en 2008; 15,3% en 2014) y del 55,6% en mujeres (1,8% en 2008; 2,8% en 2014). Sin embargo, si se toma como referencia el período 2004-2014, se observa un descenso en la morbilidad debida al abuso de alcohol del 10,6% (11,3% en 2004; 10,1% en 2014).

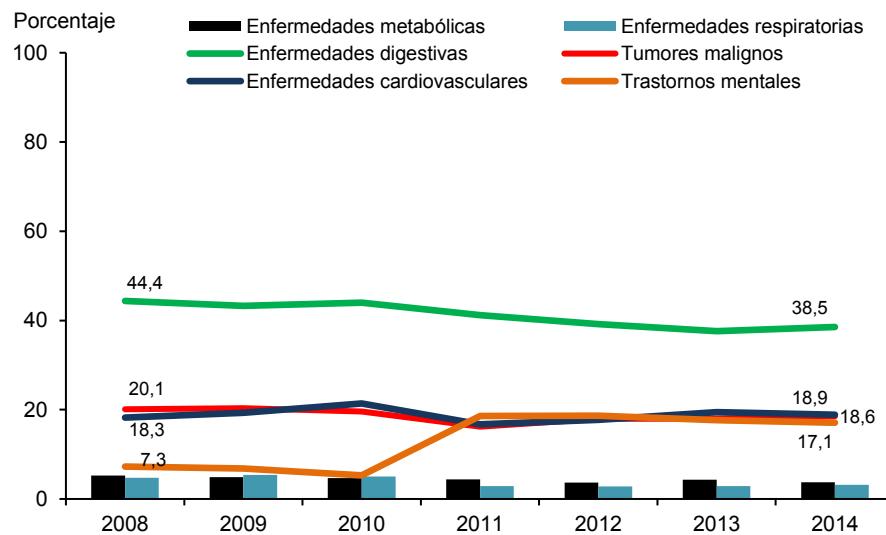
*Figura 51. Evolución de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de alcohol por sexo en Castilla y León*



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

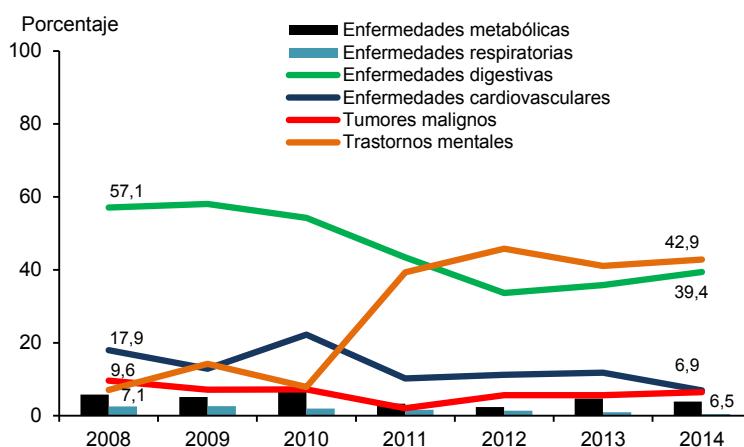
Dentro de la morbilidad hospitalaria debida al abuso de alcohol en el período 2008-2014, las categorías diagnósticas establecidas se distribuyen de la siguiente manera: en un primer nivel aparecen las enfermedades digestivas, seguidas a cierta distancia de los trastornos mentales, que se sitúan en un segundo nivel a partir de 2011 junto a los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares, y en un tercer escalón, se sitúan las enfermedades metabólicas y las respiratorias. Estos tres niveles se manifiestan tanto en varones como en mujeres, aunque en estas últimas, los trastornos mentales pasan a ocupar el primer lugar a partir de 2012. Los trastornos mentales en el período 2008-2014 aumentan tanto en los hombres, pasando de un 7,3% a un 17,1%, como en las mujeres, en las que pasan de un 7,1% a un 42,9%. Este aumento puede deberse a una mejora en la cumplimentación de la información clínica de estos trastornos producidos por el consumo de alcohol a partir del año 2011 en el que se observa el incremento. Las enfermedades cardiovasculares permanecen estables en los hombres (18,3% en 2008; 18,9% en 2014) y descienden en las mujeres un 61,4% (17,9% en 2008; 6,9% en 2014). De igual modo, descienden las enfermedades digestivas, un 13,2% en varones (44,4% en 2008; 38,5% en 2014) y un 30,9% en mujeres (57,1% en 2008; 39,4% en 2014), y los tumores malignos, 7,5% en varones (20,1% en 2008; 18,6% en 2014) y 32,3% en mujeres (9,6% en 2008; 6,5% en 2014).

Figura 52. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de alcohol en varones en Castilla y León



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

Figura 53. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de alcohol en mujeres en Castilla y León



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

### 1.2.2. Morbilidad relacionada con el consumo de tabaco

- Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por cáncer de esófago, cavidad orofaríngea, laringe y pulmón, EPOC y otras patologías ocasionadas por el tabaco

El cálculo de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco se ha realizado con la información proporcionada por el sistema de registro CMBD. Se han recogido los casos en los que el diagnóstico principal o motivo de ingreso era una de las categorías de la CIE 9-MC relacionadas con el tabaco que aparecen en la Tabla y se consideró como morbilidad por tabaco cuando además constaba que era fumador.

En el año 2014 se registraron en Castilla y León 36.470 altas hospitalarias de las categorías especificadas. Se estima que el 14,3% de estas altas correspondían a morbilidad debida al consumo de tabaco. Por sexo, los hombres presentan valores superiores, del 17,8%, que las mujeres (7,4%).

Tabla 27. Morbilidad hospitalaria relacionada con el tabaco en Castilla y León, 2014

Morbilidad alcohol (CIE 9)	Hombre	Mujer	Total
Labio, boca, faringe (140-149), esófago (150), páncreas (157), laringe (161), tráquea, bronquios, pulmón (162), cuello útero (180), vejiga (188), riñón (189)	5.411	1.551	6.962
Morbilidad tabaco	1.088	203	1.291
%	20,1	13,1	18,5
Enfermedades cardiovasculares	10.405	6.690	17.095
Reumática (393-398), hipertensiva (401-405), cardiopatía isquémica (410-414), cerebrovascular (430-438), otras circulatorias** (440-441)	2.069	371	2.440
Morbilidad tabaco	19,9	5,5	14,3
Enfermedades respiratorias	8.279	4.134	12.413
E poc (490-492, 496)	1.128	340	1.468
Otras respiratorias** (480-487, 493)	13,6	8,2	11,8
Morbilidad tabaco en Castilla y León	24.095	12.375	36.470
Morbilidad tabaco	4.285	914	5.199
%	17,8	7,4	14,3

\*Otras circulatorias: ateroesclerosis y aneurisma aórtico

\*\*Otras respiratorias: neumonía e influenza, y asma

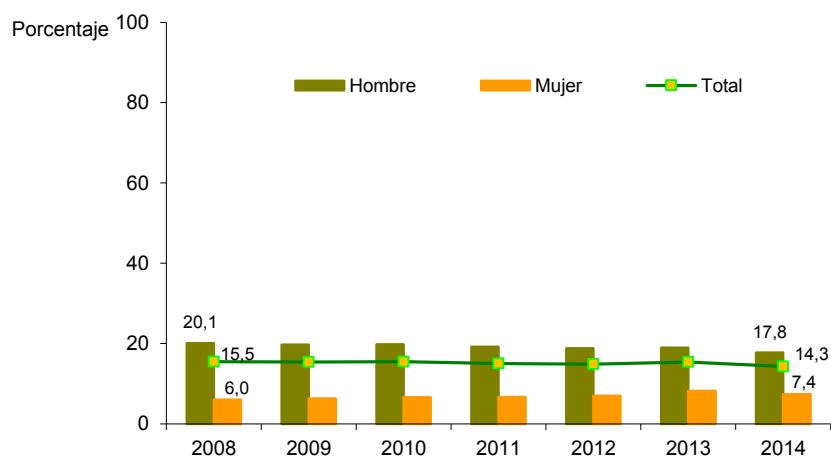
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Sistema de registro CMBD (Conjunto mínimo básico de datos). Elaboración:

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

En el período 2008-2014, la morbilidad por tabaco desciende el 7,7% debido a una caída del 11,4% en los varones y a pesar de un aumento en las mujeres del 23,3%. Si se toma como referencia el período 2004-2014, como corresponde a fenómenos de lenta evolución, se confirma también un descenso del 12,6% en la morbilidad por tabaco, también debido a la disminución en varones.

*Figura 54. Evolución de la morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco por sexo en Castilla y León*

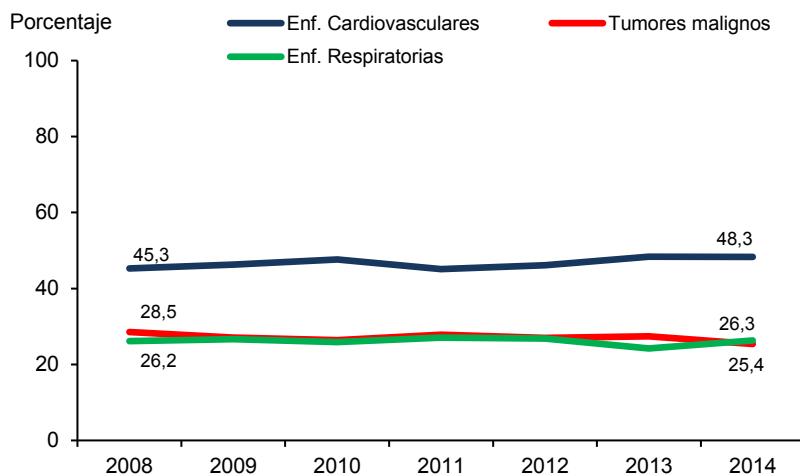


Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Drogas

Dentro de la morbilidad debida al tabaco, en el período 2008-2014, las categorías establecidas se distribuyen en dos niveles: en el primero, se sitúan las enfermedades cardiovasculares, y en el segundo, las enfermedades respiratorias y los tumores malignos. Este patrón que se dibuja para la morbilidad total y para la de los varones, debido al peso que éstos tiene en el total, se modifica en las mujeres debido a que el primer lugar lo ocupan las enfermedades cardiovasculares junto a las respiratorias, y el segundo lugar, los tumores malignos.

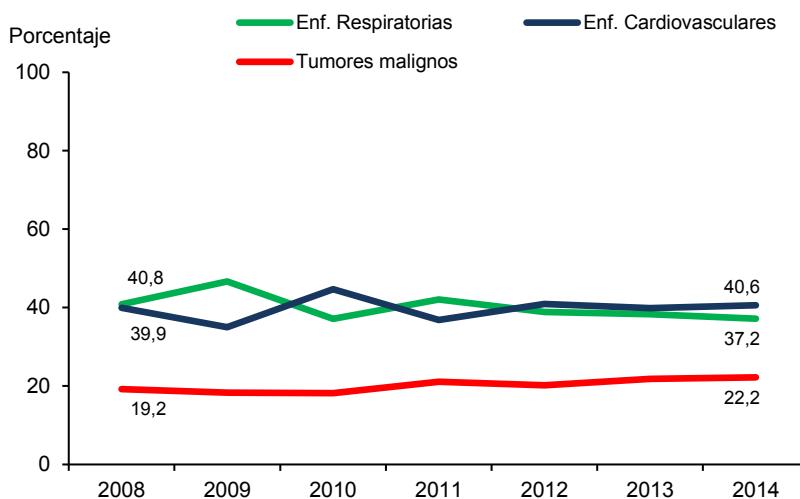
El análisis de los ingresos relacionados con el tabaco en el período 2008-2014, muestra un aumento de las enfermedades cardiovasculares tanto en hombres (6,6%) como en mujeres (1,7%), de las enfermedades respiratorias del 0,6% en hombres y de los tumores malignos en las mujeres del 15,5%. Por el contrario, descienden las enfermedades respiratorias un 8,9% en las mujeres y los tumores malignos un 11,1% en los hombres.

Figura 55. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de tabaco en hombres en Castilla y León



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

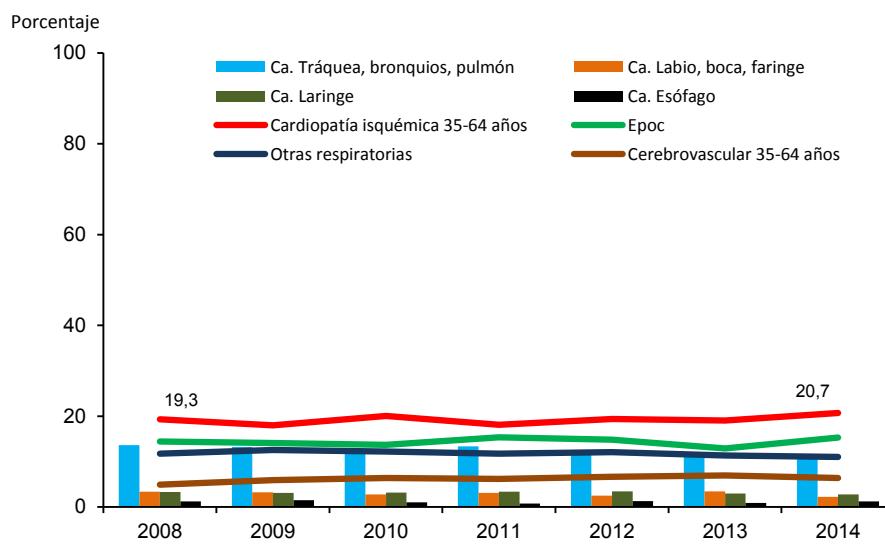
Figura 56. Evolución de las distintas causas de morbilidad hospitalaria relacionadas con el consumo de tabaco en mujeres en Castilla y León



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

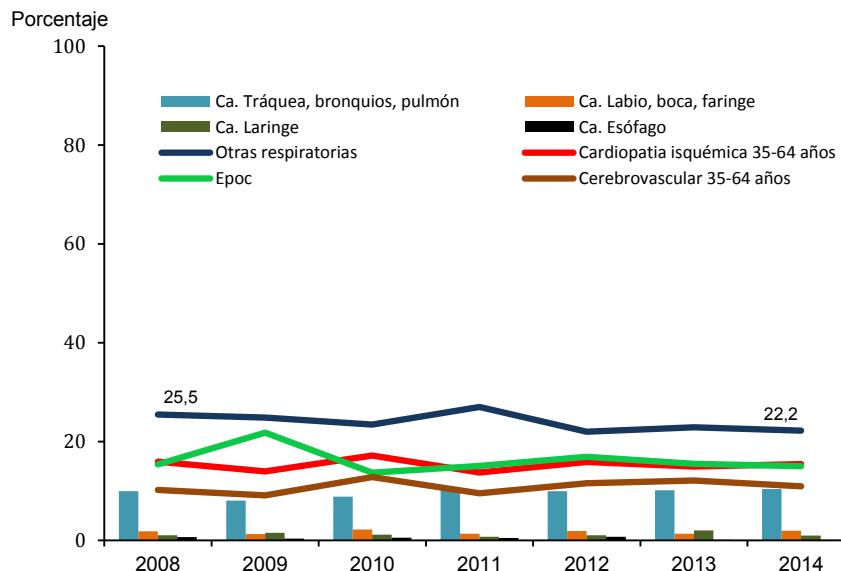
Analizando las causas específicas por enfermedad en los ingresos hospitalarios relacionados con el consumo de tabaco, en el período 2008-2014, se observa en varones un aumento de la cardiopatía isquémica en el rango de 35 a 64 años de un 5,7%, de la EPOC en un 6,3%, y de la enfermedad cerebrovascular en un 30,6%. Permanece estable el cáncer de esófago, y disminuye el cáncer de la cavidad orofaríngea en un 33,3%, pulmón, 16,2%, y laringe, 15,2%. En mujeres, aumenta el cáncer de pulmón en un 5,1%, de cavidad orofaríngea en un 5,3% y la enfermedad cerebrovascular en un 6,9%; permanece estable el cáncer de esófago y disminuye el cáncer de laringe en un 9,1%, la cardiopatía isquémica en el rango de edad de 35 a 64, años en un 3,1%, y la EPOC en un 2,6%.

Figura 57. Evolución de las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco en hombres en Castilla y León



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

Figura 58. Evolución de las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria relacionada con el consumo de tabaco en mujeres en Castilla y León



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

### 1.2.3. Morbilidad relacionada con el consumo de drogas ilegales

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

- *Prevalencia de VIH en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez*

La evolución de este indicador, confirma el descenso de la infección. Según los datos del SAITCyL, se ha pasado de una prevalencia del 3,2% en 2008 al 1,1% en 2014. Si el

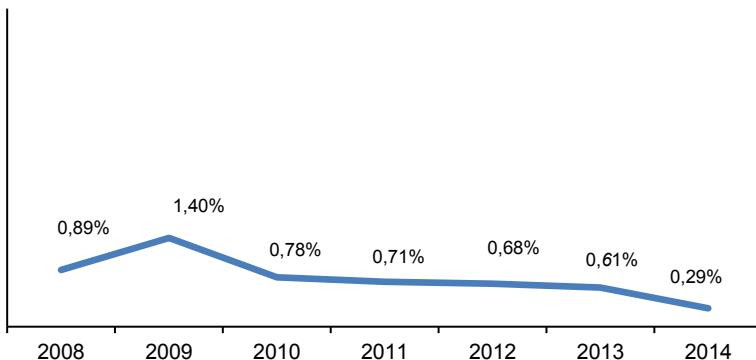
período de análisis se amplía hasta el año 2004, el descenso acumulado es de 4 puntos porcentuales, lo que supone una reducción de la prevalencia del 78,0% en 10 años.

Los datos de este indicador se pueden corroborar con la información disponible desde el año 2009 en el registro de nuevas infecciones por VIH. Ese año, el número de nuevas infecciones por VIH en UDI (usuarios de drogas inyectadas) fue de 22 casos (5 en mujeres y 17 en hombres) y en 2014 de 6 casos en varones.

- *Incidencia estimada de sida en la población drogodependiente*

La incidencia de sida en la población drogodependiente, se ha calculado con los casos del *Registro regional de Sida* de usuarios de drogas por vía intravenosa de Castilla y León, utilizando como denominador el número de admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales en un año determinado. La evolución de este indicador presenta también una tendencia descendente, pasando del 0,89% en 2008 a 0,29% en 2014.

*Figura 59. Incidencia estimada de sida en drogodependientes que inician tratamiento en Castilla y León*



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

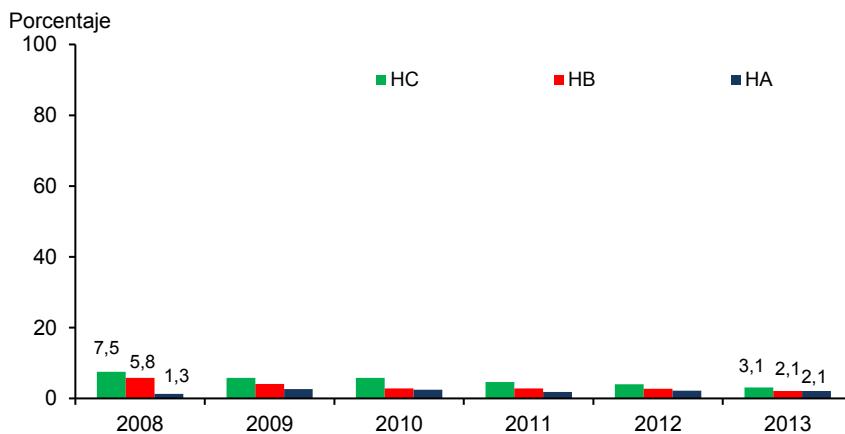
- *Prevalencia de hepatitis A, B, C en drogodependientes con consumo de drogas ilegales (3 indicadores)*

La prevalencia de hepatitis se obtiene de los pacientes que inician tratamiento por consumo de drogas ilegales y que se notifican al SAITCyL. Los datos se presentan hasta 2013, al modificarse en 2014 las categorías de la variable que recoge esta información.

En el período 2008-2013, se observa un aumento de la hepatitis A, del 1,3% al 2,1%, y una evolución positiva de la hepatitis B, que pasa del 5,8% al 2,1%, y también de la hepatitis C, que pasa del 7,5% al 3,1%. Hay que destacar la mejora de este indicador debido a la disminución de los casos desconocidos de hepatitis; con un valor mínimo de desconocidos del 2,1%, para la hepatitis B, y un valor máximo del 18,1% para la hepatitis A en este período.

En el caso de los pacientes que están en tratamiento con sustitutivos opiáceos, también se detecta un descenso del 9,0% en la prevalencia del conjunto de las hepatitis, pasando del 51,0% en el año 2008 al 46,4% en 2013.

Figura 60. Evolución de la prevalencia de hepatitis A, B y C en drogodependientes que inician un primer tratamiento por una droga determinada



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

- *Prevalencia de tuberculosis en drogodependientes con consumo de drogas ilegales*

En relación con la enfermedad tuberculosa reciente, en el período 2008-2014, la prevalencia en los drogodependientes con un tratamiento previo se sitúa entre el 0,7% y el 3,0%, y en los que recibieron tratamiento por primera vez, entre el 0,5% y el 0,9%. Aunque en ambos grupos se observa un aumento de la prevalencia, hay que señalar que este indicador presenta proporciones altas de desconocidos, con un máximo del 67,5%, en los tratamientos previos, y del 58,1%, en los primeros tratamientos, lo que dificulta su interpretación y, por lo tanto, no se ha considerado un indicador válido.

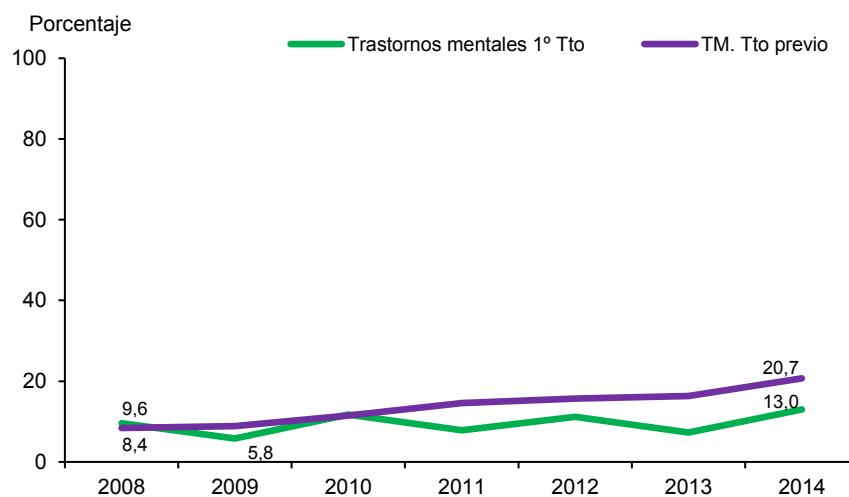
- *Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en drogodependientes con consumo de drogas ilegales*

Para las enfermedades de transmisión sexual se recogen prevalencias muy bajas, alrededor del 0,5%, tanto en los primeros tratamientos por una droga determinada, como en los tratamientos previos por la misma droga. No obstante, se observa una mejora importante en la categoría de desconocidos, que disminuye el 31,3% en los primeros tratamientos y el 36,6% en los tratamientos previos, en el período 2008-2014. Se considera que el indicador tiene una evolución estable con porcentajes muy bajos.

- *Prevalencia de patología dual en drogodependientes con consumo de drogas ilegales*

En los trastornos mentales que acompañan al consumo de drogas, se observa un aumento de 3,4 puntos porcentuales en los primeros tratamientos y de 12,3 puntos porcentuales en los pacientes con tratamientos previos. En los dos casos, la recogida de la información entre 2008 y 2014 ha mejorado, de forma que los desconocidos han disminuido en 15 puntos porcentuales en los pacientes con primeros tratamientos (38,8% en 2014) y en 24 puntos (35,2% en 2014) en los pacientes con tratamientos previos.

Figura 61. Evolución de la prevalencia de trastornos mentales asociados en los drogodependientes con y sin tratamiento previo



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

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

- Proporción de la población general que admite haber tenido riñas, discusiones y/o peleas, agresiones físicas como consecuencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses

Este indicador se obtiene de la encuesta que realiza el Comisionado Regional para la Drogas para estudiar el consumo de drogas en población de entre 14 y 70 años. El porcentaje del total de la población general que ha tenido riñas/peleas relacionadas con el consumo de cannabis ha evolucionado positivamente, pasando de estar presentes en un 1,4% en 2008 a un 0,8% en 2015. En relación con los problemas relacionados con el consumo de alcohol los datos se mantienen estables (4,9% en 2008; 4,8% en 2015), incrementándose las discusiones (3,3% en 2008; 4% en 2015) y disminuyendo las peleas (1,6% en 2008; 0,8% en 2015).

- Proporción de la población general que declara haber sido detenido por consumo de drogas en los últimos 12 meses.

En este caso los datos permanecen estables en unas proporciones muy bajas, tanto para las detenciones por el consumo de cannabis (0,3% en 2008 y en 2015) como para las detenciones por consumo de alcohol (0,4% en 2008 y en 2015).

- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que admite haber tenido riñas y/o peleas como consecuencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses.

La fuente de información de este indicador es la encuesta ESTUDES, que durante la vigencia del plan ha cambiado su definición al valorar la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que admite haber consumido drogas en las 2 horas previas a la última pelea o agresión física. La evolución ha sido positiva tanto para el consumo de alcohol (9,7% en 2008; 7,5% en 2014), como de cannabis (2,9% en 2008; 1,8% en 2014) y de cocaína (0,6% en 2008; 0,2% en 2014).



- *Proporción de estudiantes de 14 a 18 años detenidos por consumo de drogas en los últimos 12 meses.*

La fuente de información prevista para este indicador es la encuesta ESTUDES, en la que este ítem ha desaparecido en la encuesta de 2014, por lo que sólo se valora con los datos disponibles de 2012. En relación con el alcohol, el 2,2% en 2008 refería haber sido detenido, frente a un 2,1% en 2012; para el cannabis los porcentajes fueron en 2008 y en 2012 del 0,9% y para la cocaína, en 2008 del 0,1% y en 2012 del 0%.

- *Proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la Administración de Justicia*

Este indicador valora con los datos de la Memoria del Plan Regional de los perfiles de los drogodependientes de dos tipos de recursos: por un lado, la proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la justicia en los centros de día (CD) y, por otro lado, en comunidades terapéuticas (CT). La evolución de los datos de ambos recursos es dispar, aumentando el porcentaje de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la justicia en CD (22,6% en 2008; 32,2% en 2015) y descendiendo en las CT (32,3% en 2008; 25,8% en 2014). Por lo que se considera que el indicador no ha evolucionado en el sentido previsto.

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la justicia	CD	22,6%	26,9%	32,5%	29,1%	26,5%	19,5%	51,3%	32,2%
	CT	32,3%	31,8%	34,5%	54,2%	33,9%	27,0%	36,6%	25,8%

- *Proporción de desempleados en la población drogodependiente en tratamiento ambulatorio*

A través del *indicador de Admisiones a tratamiento ambulatorio* del SAITCyL se valora la evolución del desempleo en la población drogodependiente. Entre los años 2008 y 2014 se observa un aumento en el paro registrado del 9,5% en los tratados por drogas ilegales y del 6,8% en los tratados por alcohol. La proporción de parados entre las personas atendidas por drogas ilegales ha pasado del 52,6% al 57,6% en el período de estudio, y en los atendidos por abuso de alcohol, del 42,9% al 45,8%. Este indicador se ha excluido del análisis, ya que el paro ha afectado de un modo muy importante a toda la población, de hecho su evolución ha sido mucho peor en la población general de Castilla y León en la que casi se ha triplicado en ese período de tiempo según la encuesta de población activa, por lo que no se puede atribuir esta situación sólo a la condición de drogodependiente.

- *Proporción de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que vive en alojamientos inestables o precarios*

La población de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que vive en un alojamiento inestable o precario desciende en el período 2008-2014. Los pacientes atendidos por abuso de drogas ilegales, pasan del 2,8% al 2,2%, y los que abusan del alcohol, del 3,9% al 2,3%.

- *Proporción de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que son analfabetos*

La población de drogodependientes que no sabe leer ni escribir disminuye, tanto en los pacientes atendidos por drogas ilegales como por alcohol. Se declaran analfabetos en 2008 el 0,9% de los atendidos por drogas ilegales y alcohol, y en 2014, el 0,3% de los atendidos por drogas ilegales y el 0% de los atendidos por abuso de alcohol.



## 2.- OBJETIVOS GENERALES

### ***Objetivo general 1.1: Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.***

Este objetivo general se valora mediante ocho indicadores específicos, de los cuales seis son indicadores de resultados intermedios y dos de resultados a corto plazo. Se han podido valorar la totalidad de los indicadores, observándose que sólo uno de ellos muestra una evolución positiva y dos se mantienen estables. Se considera, por tanto, que el objetivo no se ha logrado, ya que sólo el 12,5% de los indicadores ha tenido una evolución positiva, el 25% se han mantenido estables y el 62,5% restante han evolucionado negativamente.

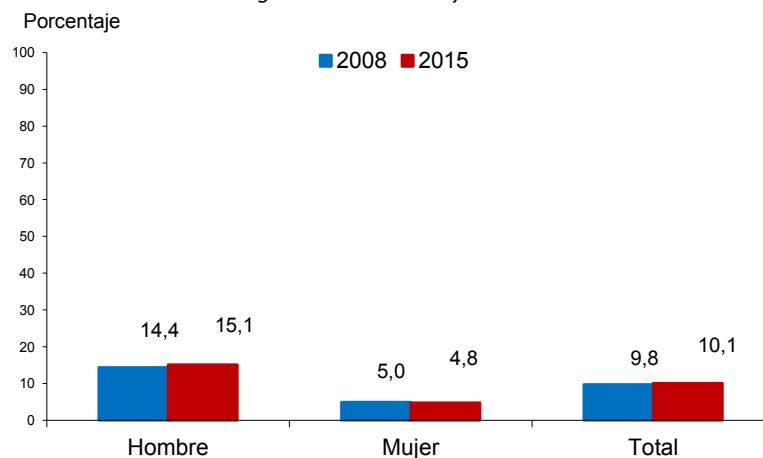
Indicadores	N.º indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Consumo diario (IM)	2	0	0	0%
Borracheras (IM)	2	0	1	50%
Consumidores de riesgo (IM)	1	0	0	0%
Consumidores problemáticos CAGE (IM)	1	0	0	0%
Tasa de Incidencia de urgencias hospitalarias (CP)	2	0	0	0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12,5%</b>

- *Reducir la prevalencia de consumidores diarios de bebidas alcohólicas.*
  - *Prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas en población general.*

Según la Encuesta a la población general de Castilla y León, el consumo diario de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses se mantiene estable al aumentar tan sólo 3 décimas porcentuales (9,8% en 2008; 10,1% en 2015).

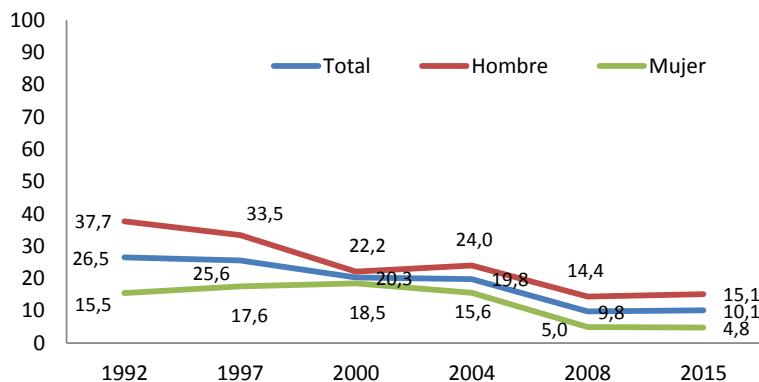
Al analizar la evolución del consumo diario en la población general en función del sexo, se observa que este consumo es tres veces menor en las mujeres que en los hombres, en las que ha disminuido dos décimas porcentuales (5,0% en 2008; 4,8% en 2015), mientras que en los varones se ha producido un aumento de 0,7 puntos, pasando del 14,4% en 2008 al 15,1% en 2015.

*Figura 62. Evolución de la prevalencia de consumidores diarios de bebidas alcohólicas en la población general de Castilla y León.*



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

Figura 63. Evolución del consumo diario de alcohol en población general de Castilla y León



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

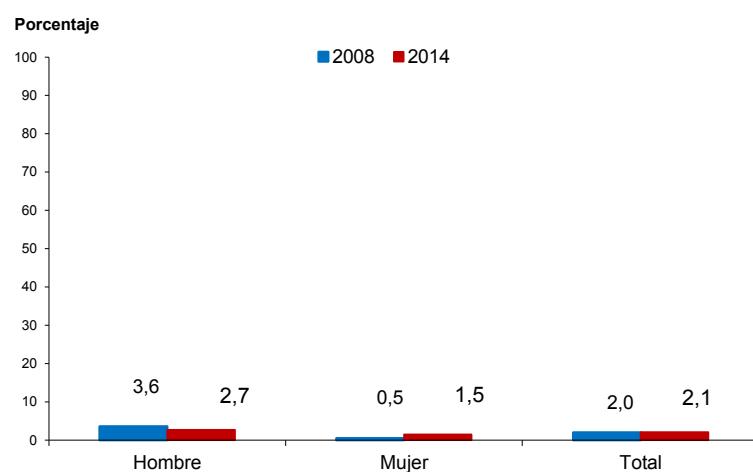
En relación con los rangos de edad en la encuesta a la población general, la prevalencia aumenta de forma progresiva a medida que lo hace la edad, siendo el grupo con mayor prevalencia el de 60 o más años (18,3%) y el de menor prevalencia el de los menores de 20 años (0,6%).

Utilizando otra fuente de información para valorar este indicador como es la Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas de la Delegación del Gobierno para el PNsD en la población de entre 15 y 64 años, se puede observar un descenso en el consumo diario en las personas que han consumido alcohol en los últimos 30 días, pasando de una prevalencia del 13,2% en el año 2009, al 12,2% en 2011 y al 10,5% en 2013.

- *Prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas en estudiantes en los últimos 30 días.*

En la Encuesta escolar (ESTUDES), también se detecta una estabilidad en el indicador, que pasa de un 2,0% en 2008 a un 2,1% en 2014. En relación al sexo, se produce un aumento de un punto porcentual en las chicas (0,5% en 2008; 1,5% en 2014), mientras que en los chicos, en el que el consumo diario sigue siendo superior, desciende casi un punto porcentual (3,6% en 2008; 2,7% en 2014).

Figura 64. Evolución de la prevalencia de consumidores diarios de bebidas alcohólicas en la población de estudiantes de 18 a 18 años de Castilla y León.

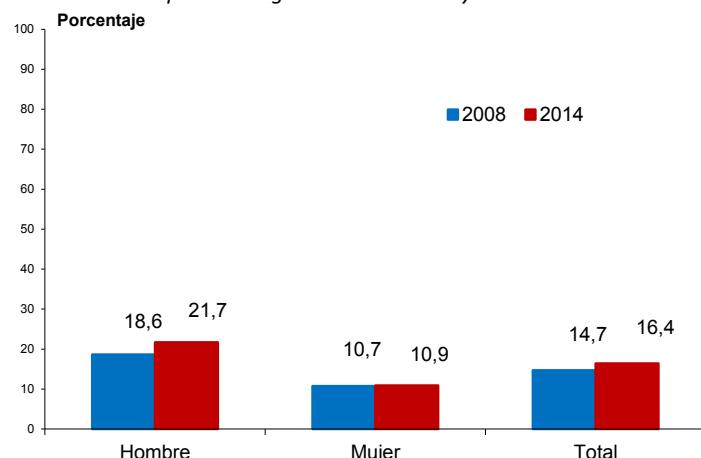


Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Droga

- Reducir la prevalencia de borracheras.
- Proporción de personas en la población general que reconocen haberse emborrachado al menos una vez en los últimos seis meses.

Los datos de la población general indican un incremento del 11,6% en las borracheras en los últimos 6 meses, pasando de una prevalencia del 14,7% en 2008 al 16,4% en 2015. En función del sexo, los consumos son significativamente mayores en los varones (21,7%) que en las mujeres (10,9%). En relación con la edad, el rango de 20-29 años (34,6%), los menores de 20 años (27,9%) y los de 30-49 años (24,2%) son los que presentan mayores prevalencias de intoxicaciones etílicas.

Figura 65. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 6 meses en la población general de Castilla y León



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

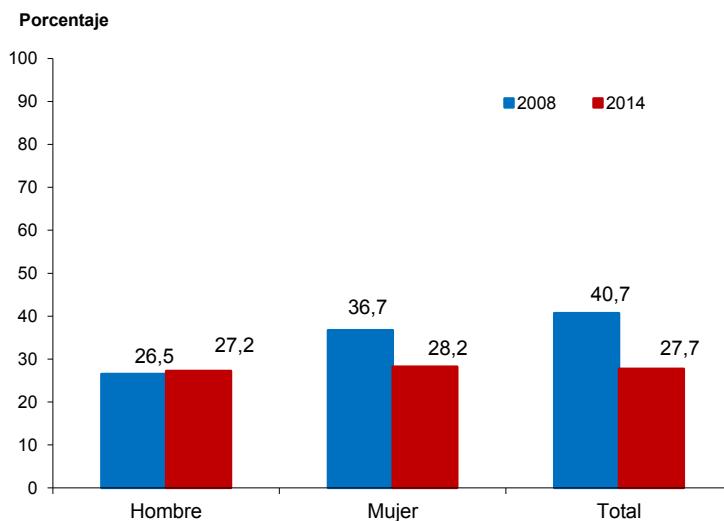
Si se utiliza la Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas como fuente de información, tomando como referencia las borracheras en los últimos 12 meses, se observa un descenso en la prevalencia, que pasa del 19,9% en 2009 al 14,7% en 2013. La disminución se produce fundamentalmente entre los varones, que pasan de un 19,6% en 2009 a un 18,3% en 2013, frente a las mujeres, cuya prevalencia no ha experimentado variación en ese período de tiempo (10,8% en 2009 y 2013). El rango de edad con mayor porcentaje de borracheras es el de los menores de 35 años.

- Proporción de población estudiante que reconoce haberse emborrachado al menos una vez en los últimos 30 días.

En la población escolar, la evolución de las borracheras en los últimos 30 días es positiva, descendiendo un 31,9%, al pasar del 40,7% en 2008 al 27,7% en 2014.

En función del sexo, la evolución de este tipo de consumo es distinta: en las chicas ha pasado de un 36,7% en 2008 a un 28,2% en 2014 y en los chicos de un 26,5% en 2008 a un 27,2% en 2014. Por tanto, el descenso en las borracheras en los últimos 30 días se debe a la reducción en las chicas, que aunque tienen porcentajes superiores a los de los chicos de su misma edad, parece que se están moderando.

Figura 66. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días en la población de estudiantes de Castilla y León.

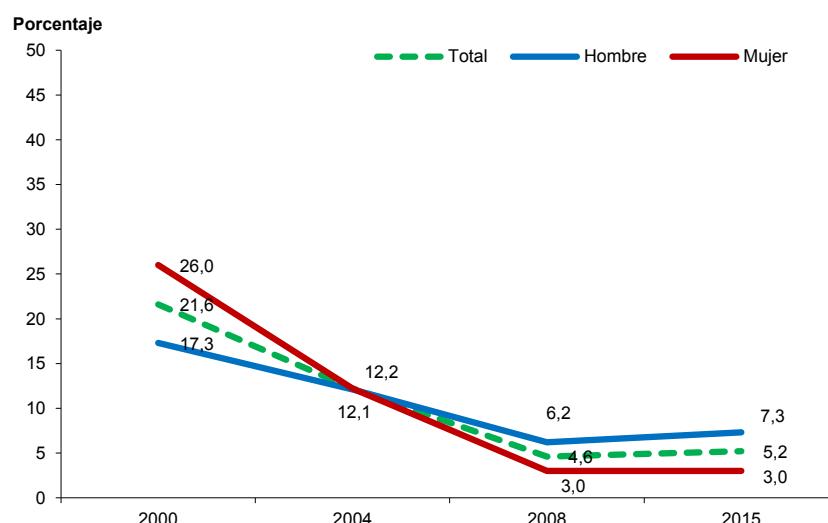


Fuente: Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías. Comisionado Regional para la Drogas

- *Prevalencia en la población general de personas con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.*

La evolución de la prevalencia de consumidores de riesgo en la población general, entendiendo por tales aquellos con un consumo semanal igual o superior a 28 UBE en los hombres y un consumo igual o superior a 17UBE en las mujeres, no es positiva, presentando una pequeña elevación de 6 décimas porcentuales entre 2008 y 2015 (4,6% en 2008; 5,2% en 2015). Este aumento se debe a los varones, que pasan de una prevalencia del 6,2% en 2008 al 7,3% en 2015, mientras que en las mujeres la prevalencia permanece igual en un 3,0% tanto en 2008 como en 2015.

Figura 67. Evolución de los bebedores de riesgo en la población general de Castilla y León.



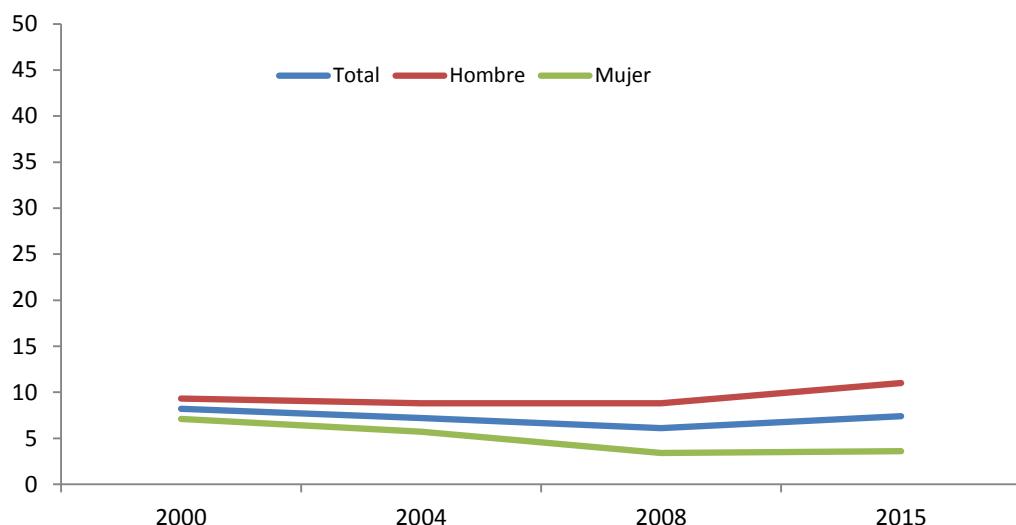
Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Drogas



- *Prevalencia en la población general de personas con consumo problemático de bebidas alcohólicas según el test CAGE.*

La evolución para el total de la población del test CAGE positivo (2 o más puntos) ha sido negativa, detectándose un incremento del 21,3% (6,1% en 2008; 7,4% en 2015). Analizando los datos en función del sexo, se observa que el aumento se debe a la evolución en los hombres, que han pasado de una prevalencia de CAGE positivo del 8,8% en 2008 al 11,0% en 2015, mientras que en las mujeres se mantiene prácticamente estable (3,4% en 2008; 3,6% en 2015). Analizando la edad, los rangos donde mayores prevalencias se detectan son las de 30-39 años (11,0%) y 20-29 años (9,8%). Las prevalencias se mantienen en los mayores de 50 años y menores de 20 años, y aumentan en el rango de 30 a 49 años.

Figura 68. Evolución porcentaje de positivos en el test de CAGE en la población general de Castilla y León.



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

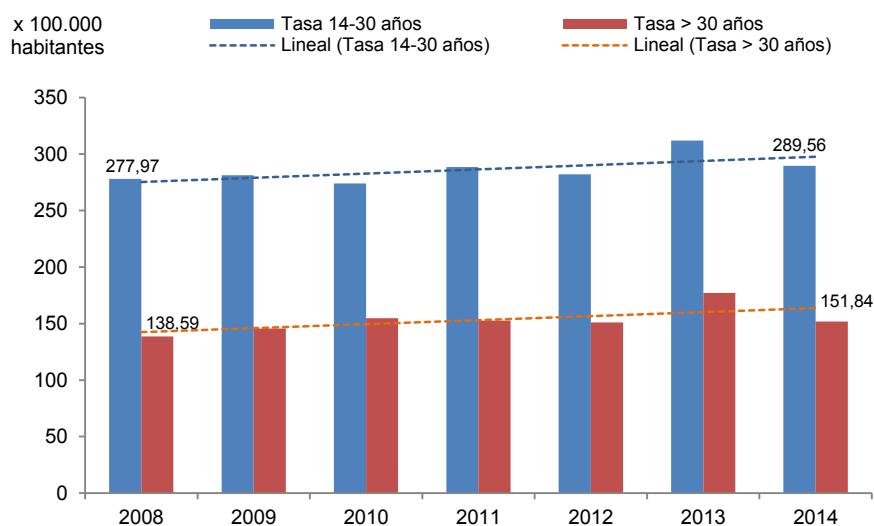
- *Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en el grupo de 14 a 30 años de edad y en mayores de 30 años (2 indicadores).*

Los casos se recogen desde el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) en los hospitales públicos de las capitales de provincias de León, Palencia y Valladolid.

Se observa un aumento en los dos grupos de edad estudiados; en el grupo de 14 a 30 años, la tasa de urgencias en 2008 fue 277,97 episodios por 100.000 habitantes, y en 2014 de 289,56 por 100.000 habitantes. En este rango de edad, las tasas oscilaron entre un valor mínimo de 273,88 episodios por 100.000 habitantes, en 2010, y un valor máximo de 312,01, en 2013.

En el caso de los mayores de 30 años, en 2008 la tasa fue 138,59 episodios por 100.000 habitantes, y en 2014 de 151,84. La tasa de incidencia en la población de 14 a 30 años es casi del doble que en los de 30 y más años. En los mayores de 30 años, la tasa mínima fue 138,59 episodios por 100.000 habitantes, en 2008, y la máxima de 177,26, en 2013.

Figura 69. Evolución de la tasa de urgencias hospitalarias por consumo de alcohol en Castilla y León



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

#### Objetivos específicos:

- La valoración de los 5 objetivos específicos relacionados con el alcohol se realiza a través de 11 indicadores, 7 indicadores de resultados a corto plazo (CP) y 4 a un plazo intermedio (IM). Todos han podido ser valorados y 6 han tenido una evolución positiva, lo que supone el (54,5%) de los indicadores que valoran estos objetivos específicos.

Indicadores alcohol	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Percepción del riesgo (CP)	5	0	2	40%
Aceptación social (CP)	1	0	0	0%
Accesibilidad (CP)	1	0	1	100%
Edad de inicio (IM)	1	0	1	100%
Altas terapéuticas en los programas y servicios asistenciales (IM)	3	0	2	66,7%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>54,5%</b>

- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.*
- Proporción de la población general y de la población de estudiantes que considera que consumir 1 o 2 cañas/copas al día puede suponer bastantes o muchos problemas (2 indicadores).*

Este indicador tiene una evolución negativa en la población general, en la que un 41,6% consideraba como bastante o muy arriesgado este consumo en 2008 por tan solo un 36,8% en 2015. La evolución de este indicador es peor en las mujeres (48,9% en 2008; 41,5% en 2015) que en los hombres (34,6% en 2008; 32,4% en 2015).

En la población escolar, la percepción del riesgo para este consumo también empeora entre los años 2008 y 2014, pasando de un 57,8% a un 53,9%. La percepción del riesgo es en 2014 significativamente mayor en las mujeres (57,1%) que en los hombres (49,9%).

- *Proporción de la población general y de la población de estudiantes que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas cada fin de semana puede suponer bastantes o muchos problemas.*

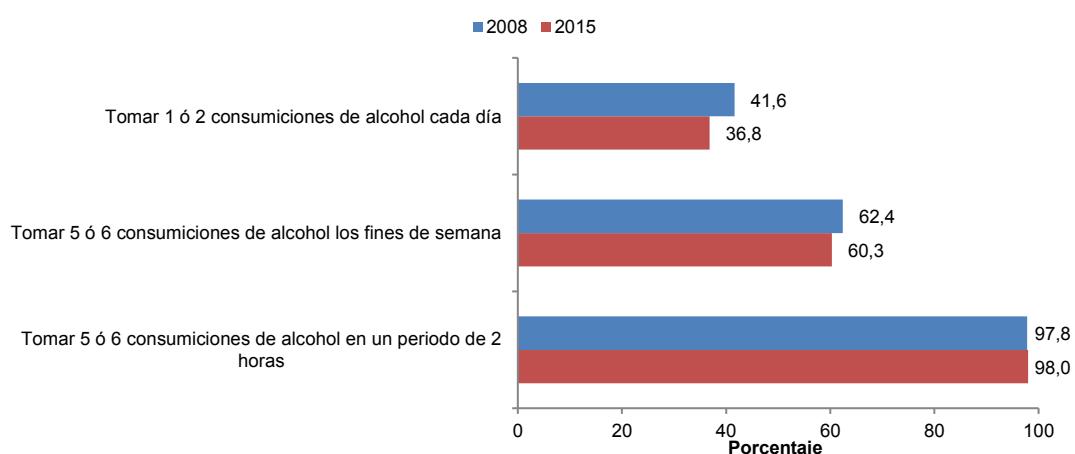
En la población general ha disminuido la percepción del riesgo asociada a este tipo de consumo, pasando de un 62,4% en 2008 a un 60,3% en 2015. El descenso en la percepción del riesgo se produce más entre los varones que entre las mujeres, que siguen teniendo una mayor percepción del riesgo (en 2008, 56,0% en hombres y 69,3% en mujeres; en 2015, 53,4% en hombres y 67,4% en mujeres).

En la población de estudiantes este indicador evoluciona favorablemente, pasando de 37,5% en 2008 a 47,0% en 2014. La percepción del riesgo en 2014 sigue siendo superior en las chicas (48,4%) que en los chicos (45,2%).

- *Proporción de la población general que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas en 2 horas puede suponer bastantes o muchos problemas.*

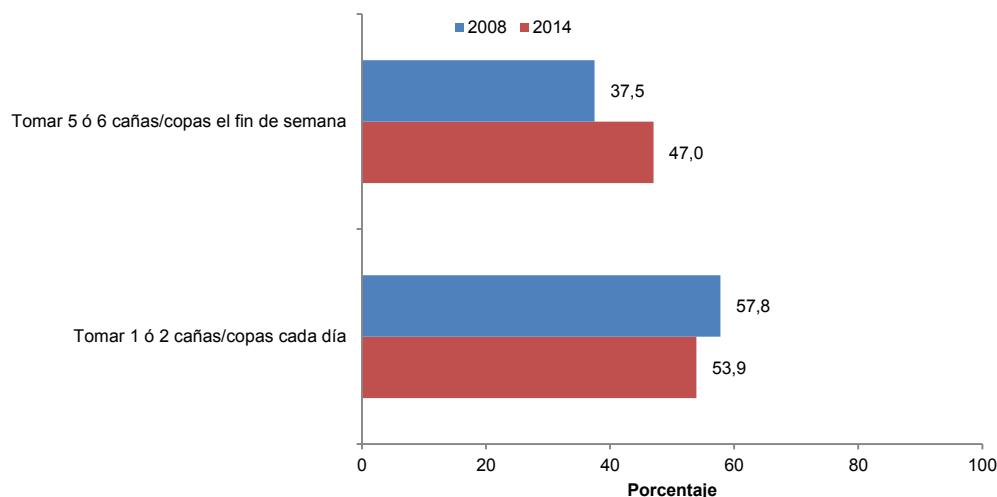
La percepción del riesgo del consumo en «atracón» o *binge drinking* se mantiene en unos niveles muy altos, con tendencia a mejorar, en la población general (97,8% en 2008; 98,0% en 2015). Esta leve mejora en el indicador se debe a la percepción del riesgo de los hombres (96,9% en 2008; 97,0% en 2015), ya que en las mujeres disminuye ligeramente (99,0% en 2008; 98,0% en 2015)

Figura 70. Evolución de la percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol en la población general de Castilla y León



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

Figura 71. Evolución de la percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León



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

- Reducir la aceptación social del alcohol.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres (ambos) les prohíben tajantemente consumir bebidas alcohólicas.

Esta proporción se reduce ligeramente, pasando de 39,9% en 2008 a un 38,3% en 2014, lo que indica que los estudiantes perciben que sus padres son algo más tolerantes con su consumo de alcohol en la actualidad que en 2008.

- Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas en los adolescentes.
- Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas.

Se ha producido una evolución positiva al disminuir la accesibilidad percibida por parte de los menores de edad. Aunque la accesibilidad percibida del alcohol es muy alta, en 2014 hay un 1,9% menos de escolares que refieren acceder al alcohol de forma fácil o muy fácil (94,3% en 2008; 92,5% en 2014). A pesar de su pequeña magnitud, este dato es interesante al romper la tendencia que se ha mantenido estable o en sentido ascendente durante los años de vigencia del plan.

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes.
- Edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de 14 a 18 años.

Este indicador ha tenido una evolución positiva, ya que en el año 2008 la edad media del consumo semanal de alcohol ha pasado de 14,7 años a 15 años (existiendo diferencias significativas), en relación a la edad de inicio en el consumo esporádico de alcohol se mantiene en los 13,6 años.



- *Facilitar el abandono del abuso de alcohol y dependencia alcohólica, así como la integración social de estas personas mediante programas y servicios asistenciales eficaces, accesibles y de calidad.*
- *Proporción de altas terapéuticas por consumo de alcohol en tratamientos ambulatorios (2 indicadores).*

Por un lado, utilizando el porcentaje de altas terapéuticas de los tratamientos ambulatorios registradas en el indicador de *admisiones a tratamiento ambulatorio* del SAITCyL hasta el año 2014, se detecta un incremento de este tipo de altas, pasando de representar un 5,5% del total de altas en 2008 a un 18,8% en 2014.

Por otro lado, analizando las altas terapéuticas producidas en los centros de día que se recogen en la memoria anual del Plan regional sobre drogas hasta el año 2015, se observa también una evolución positiva, ya que este tipo de altas aumentan en algo más de tres puntos porcentuales entre los años 2008 y 2015 (40,5% en 2008; 43,8% en 2015), y situándose todos los años intermedios en valores superiores a los de 2008.

- *Proporción de altas terapéuticas por consumo de alcohol en programas residenciales.*

En el caso de las altas terapéuticas en los centros residenciales de tratamiento del alcoholismo (CRA), los datos hasta el año 2015 de la memoria anual indican que estas altas presentan una evolución inestable de la que es difícil extraer conclusiones. No obstante, se considera que su evolución no ha sido positiva al ser menor la proporción de altas terapéuticas en 2015 (31,3%) que en 2008 (38,0%).

A pesar de la buena evolución general de las altas terapéuticas, es preciso señalar que son muchos los factores que influyen en este tipo de indicadores, siendo uno de ellos el cambio en el perfil de los pacientes. El número de pacientes que acuden a los recursos residenciales está disminuyendo y, progresivamente, presentan un perfil más difícil de abordar (mayor tiempo de enfermedad, más recaídas, condiciones sociofamiliares más complejas,...). Estos factores inciden claramente en el pronóstico del tratamiento y en la probabilidad de conseguir una alta terapéutica en este tipo de recursos.

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentajes de altas terapéuticas en los CAD	5,5%	16,7%	11,1%	0%	5,0%	6,7%	18,8%	-
Porcentajes de altas terapéuticas en centros de día	40,5%	54,1%	47,5%	46,9%	48,3%	49,2%	45,9%	43,8%
Porcentajes de altas terapéuticas en los CRA	35,8%	34,2%	30,2%	28,4%	50,5%	47,1%	38,0%	31,3%

## Objetivo general 1.2: Reducir la prevalencia del consumo habitual de tabaco.

Este objetivo general cuenta con 2 indicadores que valoran resultados intermedios (IM) y con otros 4 que valoran resultados a corto plazo (CP). Sólo un indicador no se ha podido valorar y se han conseguido el 100% de los indicadores valorados.



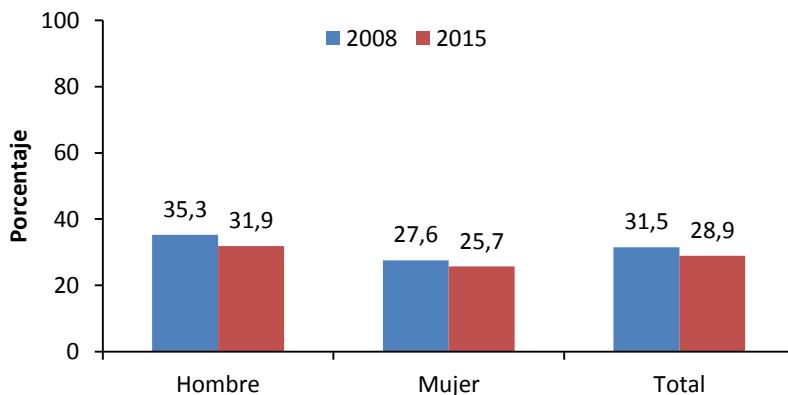
Indicadores	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Consumo diario (IM)	2	0	2	100%
Planteamiento de dejar de fumar (CP)	2	0	2	100%
Intentos de cesación (CP)	2	1	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

– *Prevalencia de personas que fuman a diario en la población general.*

Se produce un descenso del 8,3% en la prevalencia del consumo diario de tabaco en la población general (31,5% en 2008; 28,9% en 2015). Este descenso es más acentuado en los hombres (3,4 puntos porcentuales) que en las mujeres (1,9 puntos porcentuales). En relación con los rangos de edad, se ha producido un descenso casi generalizado en la prevalencia de fumadores diarios, especialmente en el rango de 20-29 años en el que la reducción ha sido de 11,7 puntos porcentuales, salvo en los rangos de 30-39 años y de 60-70 años en los que la prevalencia ha aumentado.

Si se utiliza como fuente de información la encuesta domiciliaria EDADES, también se constata un descenso del 7,9% en el consumo diario de tabaco en población general. (33,1% en 2009; 30,5% en 2013).

Figura 72. Evolución de los fumadores diarios en la población general de Castilla y León

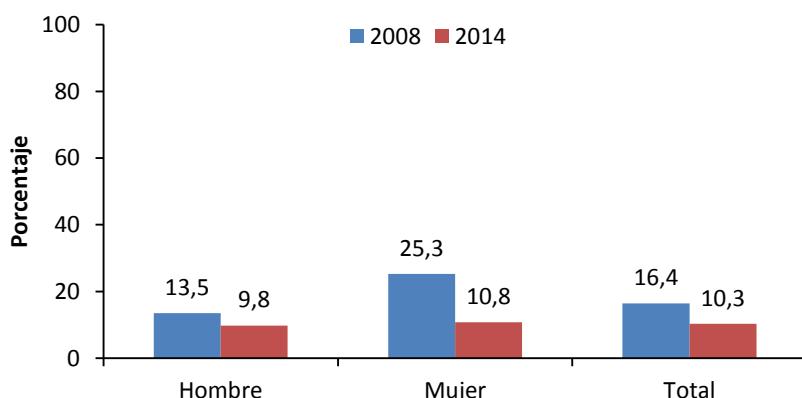


Fuente: Encuesta sobre consumo de drogas a la población general.  
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

– *Prevalencia de personas que fuman a diario en los últimos 30 días en la población escolar.*

En la población escolar se observa incluso una reducción más acusada, del 37,2%, en los fumadores diarios (16,4% en 2008; 10,3% en 2014). Este descenso se produce principalmente en las chicas (25,3% en 2008; 10,8% en 2014), rompiendo la tendencia de mayor caída registrada anteriormente en los chicos (13,5% en 2008; 9,8% en 2014). A pesar de ello, la prevalencia de fumadores diarios sigue siendo algo superior en las chicas.

Figura 73. Evolución de los fumadores diarios en la población de estudiantes de 14 a 18 años de Castilla y León



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

- Proporción de la población general que se ha planteado seriamente dejar de fumar.

La evolución de este indicador es positiva, ya que se incrementa en 5 puntos la proporción de personas que se han planteado seriamente dejar de fumar en los 6 meses previos (40,7% en 2008; 45,7% en 2015) y en 11,9 puntos la de los que se lo han planteado en el último mes (22,7% en 2008 al 34,6% en 2015).

- Proporción de la población escolar que ha consumido tabaco en los últimos 30 días y están pensando seriamente en dejar de fumar.

Este indicador sólo se puede valorar hasta el año 2012, ya que la pregunta a través de la cual se obtenía la información ha desaparecido en la encuesta escolar del año 2014. La evolución ha sido positiva, detectándose un ligero aumento, al pasar de un 60% en 2008 a un 63,5% en 2012.

- Proporción de personas de la población general que ha intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses y en el último mes (2 indicadores)

La proporción de personas de la población general que fuma a diario y ha intentado dejar de fumar en los últimos 6 meses evoluciona favorablemente, elevándose el porcentaje de personas que lo ha intentado en un 5,6% (23,2% en 2008; 24,5% en 2015).

El indicador referido a los intentos de dejar de fumar en el último mes no se ha podido valorar debido a la desaparición de este ítem en el cuestionario de la encuesta sobre consumo de drogas en la población general de Castilla y León.

## Objetivos específicos:

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 8 indicadores, 2 no han podido ser valorados y 4 han tenido una evolución positiva, lográndose, por tanto, el 66,7% de los indicadores valorados relacionados con estos objetivos específicos.



Indicadores sobre tabaco	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Percepción del riesgo (CP)	2		1	50%
Aceptación social (CP)	3	1	2	100%
Edad de inicio (IM)	1		1	100%
Abandono del abuso y dependencia (IM)	2	1	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>66,7%</b>

- *Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco.*
- *Proporción de la población general y de la población de estudiantes que considera que fumar a diario puede suponer bastantes o muchos problemas (2 indicadores).*

En la población general se detecta una elevación de la percepción del riesgo frente al consumo diario de tabaco de un 7,7%, al pasar el porcentaje de personas que consideran que fumar a diario puede suponer bastantes o muchos problemas de un 82,2% en 2008 a un 88,5% en 2015. Este incremento del riesgo percibido es mayor en los varones (77,9% en 2008; 87,5% en 2015) que en las mujeres (86,6% en 2008; 89,7% en 2015), aunque en ellas la percepción del riesgo sigue siendo superior. En relación con la edad, aumenta la percepción del riesgo en todos los rangos y especialmente en los menores de 20 años (69,2% en 2008; 86,9% en 2015).

Estos datos se ven corroborados por la evolución positiva del porcentaje de personas que consideran que fumar un paquete de tabaco diario es muy o bastante arriesgado según la encuesta domiciliaria sobre consumo de alcohol y otras drogas en España, que aumenta de un 89,6% en 2009 a un 93,1% en 2013.

Sin embargo, la percepción del riesgo asociada al consumo diario de tabaco empeora ligeramente en la población escolar de Castilla y León, al bajar la proporción de estudiantes que consideran que fumar un paquete de tabaco diario puede causar bastantes o muchos problemas de salud o de otro tipo de un 90,7% en el año 2008 a un 88,7% en 2015.

- *Reducir la aceptación social del consumo de tabaco.*
- *Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres (ambos a la vez) les prohíben tajantemente fumar tabaco.*

Este indicador experimenta una evolución positiva al pasar de un 59,7% en 2008 a un 70% en 2014. Los estudiantes perciben que la madre es más restrictiva que el padre en relación al consumo de tabaco, aunque el nivel de concordancia entre lo que opinan los padres y las madres es muy elevado, situándose en el 94%. La percepción sobre la prohibición es muy similar entre los chicos y las chicas, no existiendo diferencias significativas.

- *Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que rechaza fumar a diario.*

Este indicador no se puede valorar con los datos del cuestionario de la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias de los últimos años (ESTUDES).



- *Proporción de la población general a la que le parece mal que otras personas fumen.*

Se produce un incremento del 4,8% en el porcentaje de la población general a la que le parece mal que otras personas fumen (33,1% en 2008; 34,7% en 2015). El aumento de este rechazo se debe a la opinión negativa de los varones, que evoluciona desde un 27,1% en 2008 hasta un 31,5% en 2015. En cambio, disminuye ligeramente en las mujeres, al pasar de un 39,4% en 2008 a un 38,1% en 2015. No obstante, a las mujeres les parece mal que otras personas fuman en mayor proporción que a los hombres, siendo las diferencias por sexo estadísticamente significativas.

- *Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco en adolescentes.*

La evolución de la edad de inicio en el consumo de tabaco en adolescentes es positiva, retrasándose en 4 meses en el período comprendido entre 2008 (13,3 años) y 2015 (13,7 años). Esta diferencia en las edades medias de inicio en el consumo de tabaco es estadísticamente significativa.

- *Facilitar el abandono de la dependencia del tabaco por medio de distintos programas y servicios asistenciales.*
- *Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (servicios de tratamiento del tabaquismo, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo) (2 indicadores).*

Para valorar este indicador sólo se dispone de los datos de los programas de deshabituación tabáquica desarrollados por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), donde el porcentaje de altas terapéuticas ha pasado de representar el 73,8% en el año 2008 al 71,1% en el año 2015. A pesar de que la proporción de altas terapéuticas es bastante elevada, la evolución es negativa al registrarse un descenso del 3,9% en el período 2008-2015. Para valorar adecuadamente la evolución de este indicador hay que tener en cuenta que los perfiles de las personas fumadoras que acuden a este recurso son más complicados de manejar terapéuticamente que los de hace años.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Altas terapéuticas de fumadores atendidos por la AECC	73,8%	71,5%	71,4%	65,3%	61,1%	70,9%	68,6%	71,1%

## Objetivo general 1.3: Reducir la prevalencia de los consumidores de drogas ilegales, en especial de cannabis y de drogas psicoestimulantes.

Para valorar este objetivo general se han establecido 9 indicadores, de los cuales 8 evalúan resultados intermedios y 1 resultados a corto plazo. En todos los indicadores se ha conseguido mejorar, salvo en el consumo de cannabis en los últimos 30 días y en la tasa de urgencias hospitalarias por el consumo de drogas ilegales. El objetivo general, por tanto, tiene un grado cumplimiento del 77,8%.



Indicadores de drogas ilegales	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Consumo en el último año de cannabis (IM)	2	0	1	50%
Consumo en el último año de cocaína (IM)	2	0	2	100%
Consumo en el último año de drogas de síntesis (IM)	2	0	2	100%
Consumo en el último año de otras drogas ilegales (IM)	2	0	2	100%
Tasa de incidencia urgencias hospitalarias por drogas ilegales (CP)	1	0	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>77,8%</b>

- *Prevalencia de consumidores de cannabis en el último año*
  - *Consumo en el último año de cannabis en la población general y en la población escolar (2 indicadores)*

En la población general se observa una evolución negativa de este indicador al aumentar el consumo en el último año en casi un punto porcentual entre 2008 y 2015. No obstante, la proporción de consumidores se ha mantenido en las dos últimas encuestas claramente por debajo de la prevalencia observada en 2004 (15,7% en 2004; 7,7% en 2008; 8,6% en 2015).

El consumo en 2015 sigue siendo menor en las mujeres (6,9%) que en los hombres (10,2%), el crecimiento respecto a 2008 se debe al aumento de más de 2 puntos porcentuales experimentado en ellas (4,6% en 2008), frente al descenso de casi medio punto que se ha observado en los varones (10,6% en 2008).

Los grupos de edad más jóvenes presentan el consumo más alto, 16,3% en el grupo de 14 a 19 años y 20,8% en el grupo de 20 a 29 años. Sin embargo, el mayor incremento del consumo en el último mes se ha producido en los 30-39 años, con un aumento de 2,6 puntos porcentuales (8,8% en 2008; 11,4% en 2015), seguido del rango de 50-59 años con un incremento de 2,3 puntos porcentuales (0,9% en 2008; 3,2% en 2015). Si utilizan los datos de la encuesta domiciliaria (EDADES 2009 y 2013/2014), se detecta una reducción del consumo en el último año de cannabis, que pasa de un 8,3% en 2009 a un 6,1% en 2013.

En la población de estudiantes de 14 a 18 años disminuye en más de 6 puntos porcentuales este consumo, pasando de una prevalencia del 30,2% en 2008 al 23,5% en 2014. En 2015, el consumo es mayor en los chicos (25,4%) que en las chicas (21,9%), aunque las diferencias no son significativas. La reducción de la prevalencia se debe sobre todo al descenso de 9,2 puntos porcentuales en las chicas, frente a un descenso 3,7 puntos en los chicos.

- *Prevalencia de consumidores de cocaína en el último año*
  - *Consumo en el último año de cocaína en la población general y en la población escolar (2 indicadores)*.

En la población general se observa un descenso de este consumo, que pasa de un 1,8% en 2008 a un 1,5% en 2015. Los consumos son superiores en los varones y disminuyen tanto en hombres (2,8% en 2008; 2,3% en 2015) como en mujeres (0,9% en 2008; 0,6% en 2015). En 2015, el grupo de edad de 40 a 49 años es el que consume con más frecuencia cocaína en el último año (2,4%),



seguido por el de 20 a 29 años (2,3%) y por el de 30 a 39 años (2,1%). Los datos de la encuesta domiciliaria (EDADES) son coherentes con este descenso del consumo en el último año, que pasa del 1,9% en 2009 al 0,8% en 2013.

Igualmente, en la población escolar desciende considerablemente el consumo de cocaína en el último año (4,3% en 2008; 2,3% en 2015). En 2015, el consumo es mayor en los chicos (3,0%) que en las chicas (1,7%), observándose una caída del consumo respecto a 2008 de 2,7 puntos en los varones y de 1,3 puntos en las mujeres.

- *Prevalencia de consumidores en el último año de drogas de síntesis*

Es importante destacar que el número de personas que consumen estas sustancias en todas las encuestas es bajo, por lo que pequeñas variaciones generan grandes cambios porcentuales. Esta circunstancia determina que haya que hacer una interpretación cautelosa de los datos.

- *Consumo en el último año de drogas de síntesis en la población general y población la escolar (2 indicadores).*

En la población general se observa un descenso de 6 décimas en la escasa prevalencia de estas drogas en el último año (0,9% en 2008; 0,3% en 2015). En 2015, la prevalencia del consumo en los varones es del 0,3% y del 0,2% en las mujeres. Los grupos de edad en los que se ha detectado un mayor consumo han sido el de 20-29 años y el de 40-49 años (0,6%). Los datos de la encuesta domiciliaria (EDADES) corroboran una prevalencia de consumo en el último año muy baja y un descenso de 7 décimas entre 2009 (1,1%) y 2013 (0,4%).

En la población escolar, también desciende el consumo en el último año del 0,8% en 2008 al 0,5% en 2014. El consumo en 2014 sigue siendo mayor en los chicos (0,6%) que en las chicas (0,4%).

- *Prevalencia de consumidores en el último año de otras drogas ilegales*

- *Consumo en el último año de otras drogas ilegales en población general y población escolar (2 indicadores).*

Por lo que respecta al consumo de otras drogas en la población general, según la sustancia de la que se trate y con unas prevalencias muy minoritarias, se observa un descenso o una estabilización del consumo en el último año. Consideradas de forma asociada debido al consumo tan reducido, la prevalencia se mantiene estable en torno al 1,4%-1,6% entre 2008 y 2015, y desciende apreciablemente respecto a 2004 (2,6%).

Consumo de otras drogas en el último año en la población general	2004	2008	2015
Tranquilizantes	0,9%	0,5%	0,5%
Opiáceos (1)	0,2%	0,4%	0,2%
Speed	0,7%	0,8%	0,6%
Alucinógenos	1,0%	0,5%	0,5%
Sustancias volátiles	0,2%	0,1%	0,0%
<b>Tranquilizantes, heroína, speed, alucinógenos y sustancias volátiles</b>	<b>2,6%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,6%</b>



En 2015, el consumo es mayor en los hombres que en las mujeres como ocurría en años anteriores, pasando de una prevalencia en hombres del 3,4% en 2008 al 2,2% en 2015 y en las mujeres de un 1,8% en 2008 a un 0,9% en 2015. Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres en 2015 son estadísticamente significativas.

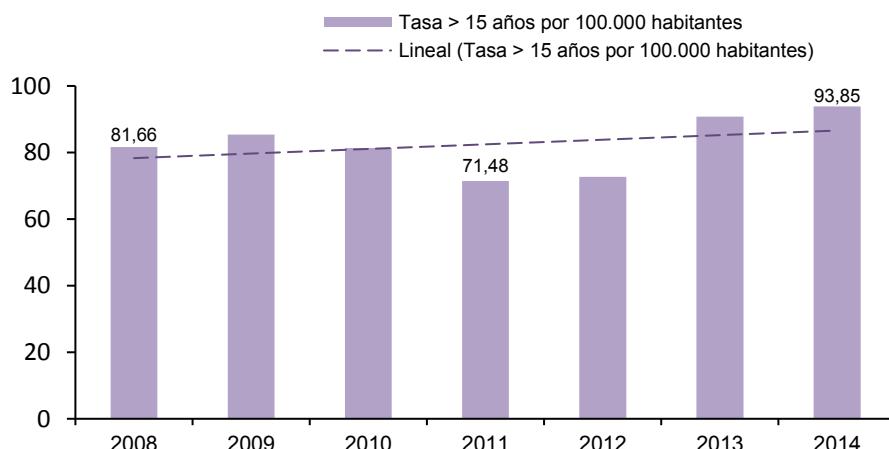
En la población escolar desciende significativamente el consumo en el último año en 3,6 puntos (9,5% en 2008; 5,9% en 2014). El consumo en 2014 es menor en los chicos (5,1%) que en las chicas (6,7%), aunque las diferencias no son significativas. En los varones el descenso es de 5,2 puntos respecto a 2008 y en las mujeres de 2,2 puntos.

Consumo de otras drogas en el último año en la población escolar	2008	2014
Tranquilizantes	5,3	5,0
Heroína	0,5	0,2
Speed	2,3	0,5
Alucinógenos	2,0	0,8
Sustancias volátiles	1,6	0,3
<b>Tranquilizantes, heroína, speed, alucinógenos y sustancias volátiles</b>	<b>9,5</b>	<b>5,9</b>

- Tasa de incidencia por 100.000 habitantes en personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales.*

Para valorar este indicador se utiliza el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas ilegales que se notifican al SAITCyL. Los datos se recogen en los hospitales de las provincias de León, Palencia y Valladolid y corresponden al período 2008-2014. En estos años, la tasa de urgencias hospitalarias debidas al consumo de drogas ilegales ha experimentado un ligero ascenso. En la población mayor de 15 años, la tasa por 100.000 habitantes se situó entre el valor mínimo de 71,48 en 2011 y el máximo de 93,85, en 2014.

*Figura 74. Evolución de la tasa de urgencias hospitalarias por consumo de drogas ilegales en la población de más de 15 años de Castilla y León*



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



## Objetivos específicos:

La valoración de los 5 objetivos específicos se realiza a través de 20 indicadores, de los cuales 15 han tenido una evolución positiva, lo que representa el 75% de los indicadores que valoran estos objetivos específicos.

INDICADORES	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% Éxito
Percepción del riesgo (CP)	8	0	7	87,5%
Edad de inicio (IM)	3	0	2	66,7%
Aceptación social (CP)	1	0	0	0%
Accesibilidad (CP)	4	0	4	100%
Abandono del abuso y dependencia (CP)	4	0	2	50%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>75%</b>

- *Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de drogas ilegales.*
- *Proporción de la población general que considera que el consumo habitual de cannabis, drogas de síntesis, cocaína y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas (4 indicadores).*

El porcentaje de la población general que considera que el consumo habitual de drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas ha aumentado o se mantiene en niveles muy altos. Para el cannabis, la percepción del riesgo aumenta un 2,3% (89,7% en 2008; 91,8% en 2015); para las drogas de síntesis se mantiene en altos porcentajes (99,1% en 2008; 99,2% en 2015); para la cocaína aumenta un 0,4% (98,7% en 2008; 99,1% en 2015); y se mantiene en niveles por encima del 99% para otras drogas ilegales como la heroína y las anfetaminas.

- *Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera que el consumo habitual de cannabis, drogas de síntesis, cocaína y otras drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas (4 indicadores).*

La población escolar que considera que el consumo habitual de drogas ilegales puede suponer bastantes o muchos problemas también se mantiene en unos niveles muy altos para todas las sustancias, por encima del 96%, salvo para el cannabis. El porcentaje de escolares que considera que el consumo habitual de cannabis genera bastantes o muchos problemas ha disminuido, pasando de un 90,4% en 2008 a un 88,4% en 2015.

- *Reducir la aceptación social del cannabis.*
- *Proporción de la población general a la que le parece mal que otras personas consuman cannabis.*

La población general a la que le parece mal que otras personas consuman cannabis ha disminuido un 4,3% (50,7% en 2008; 48,5% en 2015).



- *Disminuir la accesibilidad percibida a las drogas ilegales.*
- *Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir drogas ilegales (4 indicadores).*

La población escolar considera menos accesibles las drogas ilegales en 2015 que en 2008. En el caso del cannabis, la proporción de estudiantes que considera fácil o muy fácil conseguir esta droga ha disminuido el 3,1% (2008: 66,4% en 2008; 64,4% en 2015); el 11,6% en el caso de la cocaína (32,8% en 2008; 29% en 2015); el 24,1% en las drogas de síntesis (29% en 2008; 22% en 2015) y en el resto de las drogas ilegales, en torno a un 18%.

- *Retrasar la edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y de drogas de síntesis en población de estudiantes.*
- *Edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en estudiantes de 14 a 18 años (3 indicadores).*

En la población escolar la edad media de inicio en el consumo, se ha retrasado de forma significativa en 4 meses para el cannabis (14,7 años en 2008; 15,1 años en 2015). En el caso de la cocaína se adelanta en 6 meses (15,4 años en 2008; 14,8 años en 2015) y se retrasa en 3 meses la edad de inicio del consumo éxtasis, sin esta variación suponga diferencias estadísticamente significativas (15 años en 2008; 15,3 años en 2015). Por sexo, no hay diferencias significativas en las edades de inicio de los chicos y las chicas.

- *Facilitar el abandono de la dependencia de las drogas ilegales por medio de distintos centros específicos de tratamiento, programas de asistencia a drogodependientes con problemas jurídico penales y programas de integración sociolaboral.*
- *Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (CAD, centros de día, UDH, y comunidad terapéutica)(4 indicadores)*

Este indicador se valora con los datos de 2014 del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) y con datos de 2015 de la Memoria anual del Plan regional sobre drogas. Las altas terapéuticas en los centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes (CAD) han disminuido 1,9 puntos porcentuales (6,3% en 2008; 4,4% en 2014); en los centros de día también disminuyen 4,5 puntos (35,8% en 2008; 31,3% en 2015). Por el contrario, aumentan 12,7 puntos en las unidades de desintoxicación hospitalaria (72,7% en 2008; 85,4% en 2015) y también en las comunidades terapéuticas 8 puntos (34% en 2008; 42% en 2015).

## **Objetivo general 2: Reducir los riesgos y daños para la salud y la sociedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.**

La valoración de este objetivo general al no tener indicadores directos se realiza a través del grado de consecución de los objetivos específicos.

### **Objetivos específicos:**

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 17 indicadores, de los cuales 4 no han podido ser valorados y 12 han tenido una evolución positiva, cumpliéndose, por tanto, el 92,3% de los indicadores que valoran estos objetivos específicos.



Indicadores	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Accidentes de tráfico (CP)	2	0	2	100%
Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados (CP)	5	0	4	80%
Evitar daños en menores. Participación intervenciones (P)	2	1	1	100%
Conductas de riesgo (CP)	8	3	5	100%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>92,3%</b>

- *Reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y otras drogas.*
- *Proporción de alcoholemias positivas en controles por accidentes de circulación.*

Este indicador tiene una evolución positiva, produciéndose un descenso del 21,1% entre el año 2008, en el que las alcoholemias positivas representaron el 3,8% de todas las alcoholemias realizadas en accidentes de circulación, y el año 2015, en el que representaron el 3,0%.

- *Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.*

Este indicador, también evoluciona positivamente y se detecta un ligero descenso de 2 décimas porcentuales en los test positivos de los controles preventivos, pasando de un 1% en 2008 a un 0,8% en 2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Proporción de alcoholemias positivas en controles por accidentes de tráfico	3,8%	4,1%	3,5%	3,6%	3,0%	2,9%	3,1%	3,0%
Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,0%	0,8%

- *Evitar la exposición de la población al aire contaminado por humo de tabaco en lugares cerrados.*
- *Proporción de la población general a la que le parece mal que se fume en el trabajo y en lugares públicos cerrados (2 indicadores).*

El rechazo al humo del tabaco en lugares públicos cerrados evoluciona positivamente, considerando que se produce un aumento de 12,7 puntos en la proporción de personas que les parece mal el consumo de tabaco en el trabajo (64,8% en 2008; 77,5% en 2015) y de 13,3 puntos porcentuales cuando se les pregunta por fumar en lugares públicos cerrados (70,3% en 2008; 83,6% en 2015).

- *Proporción de hogares en los que nadie fuma, en la población general (CP).*

Los datos muestran una evolución positiva, con un incremento de 3,7 puntos porcentuales en los hogares en los que los encuestados refieren que nadie consume tabaco (44,8% en 2008; 48,5% en 2015)



- *Proporción de hogares en los que nadie fuma, en la población estudiantes de 14 a 18 años (CP).*

Este indicador se ha valorado de forma indirecta a través de la «proporción de estudiantes de 14 a 18 años que convive con alguna persona que fuma diariamente», observándose un ligero descenso entre el año 2008 (50,8%) y el año 2014 (49,5%).

- *Proporción de la población general que ha observado fumar tabaco en lugares prohibidos (CP).*

Valorando la proporción de la población general que refiere haber visto fumar en lugares prohibidos «todos o casi todos los días», se observa un descenso de 7 puntos porcentuales (25,9% en 2008; 18,8% en 2015).

- *Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que ha observado fumar dentro del recinto escolar (CP).*

Por el contrario, el porcentaje de estudiantes que refiere haber observado fumar en el recinto escolar todos o casi todos los días, evoluciona negativamente, independiente de quién sea la persona que fume. En 2008 un 22,2% del alumnado refería haber visto fumar al profesorado y en 2014 el 23,4%. En relación a ver fumar a otros alumnos o alumnas, en 2008 lo refería el 49,5% y en 2014 el 50,7%. Por último, ver fumar a otro tipo de personal lo refería un 30,8% en 2008 y un 36% en 2014, siendo este último colectivo en el que se detecta un mayor aumento.

- *Evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en el padre y/o madre.*
- *Número de mujeres embarazadas y en período de lactancia a las que se ha ofrecido consejo sanitario para no fumar o consumir alcohol (P).*

Este indicador no puede ser valorado ya que no se dispone de datos fiables.

- *Número de familias que han participado en programas de prevención familiar selectiva (P)*

El número de familias que ha participado y terminado los programas de prevención selectiva ha evolucionado positivamente, pasando de 168 familias en 2008 a 175 familias en 2015.

Destacar que la crisis y la limitación de recursos económicos ha determinado que la financiación para el desarrollo de estos programas disminuyera lo que determinó un descenso del número de familias participantes, especialmente en el período 2011-2014.

Programas selectivos de prevención familiar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dédalo	149	221	180	86	99	85	105	166
Alfil	19	7	10	4	19	6	12	9
PCF	-	7	16	8	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>235</b>	<b>206</b>	<b>98</b>	<b>118</b>	<b>91</b>	<b>117</b>	<b>175</b>



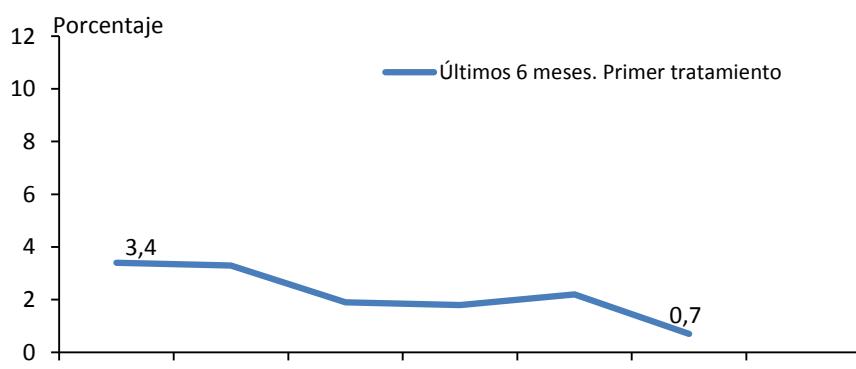
- *Prevenir conductas de riesgo en relación con el consumo de drogas, en especial la utilización de la vía intravenosa, la práctica de reutilizar y compartir utensilios de inyección, el consumo múltiple de drogas y las relaciones sexuales sin protección (CP).*
- *Prevalencia de inyectores entre los drogodependientes en tratamiento. (IM)*

Para valorar el indicador se utilizan los datos del total de pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio en los que se detecta un descenso del 60,8% en el uso de la vía intravenosa (9,9% en 2008; 5,5% en 2014).

- *Proporción de consumidores de drogas que acuden por primera vez a tratamiento y que han utilizado la vía inyectada en los seis meses previos. (IM)*

Utilizando los datos de SAITCyL, se observa un descenso del 79,4% entre 2008 y 2013 (3,4% en 2008; 0,7% en 2013). No se pueden incluir los datos del año 2014, al haberse modificado el indicador por parte del Observatorio Español sobre Drogas (OED).

*Figura 75. Proporción de consumidores de drogas que acuden por primera vez a tratamiento y que utilizaron la vía inyectada en los 6 meses previos*



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

- *Prevalencia de reutilización de jeringuillas y uso compartido de utensilios de inyección entre los drogodependientes que utilizan la vía intravenosa para consumir drogas (CP).*

Este indicador no puede ser valorado ya que no se dispone de datos para poder hacerlo.

- *Proporción de drogodependientes infectados por el VIH y/o hepatitis B que utiliza preservativos en sus relaciones sexuales (CP).*

Este indicador no puede ser valorado ya que no se dispone de datos para poder hacerlo.

- *Prevalencia de policonsumidores de drogas en el último mes*

En la población general, la prevalencia de policonsumidores de drogas, definidos como aquellos que consumen dos o más sustancias psicoactivas (sin incluir el



tabaco), desciende el 39,1% (4,2% en 2008; 3,9% en 2015). Esta reducción se produce en los hombres (5,7% en 2008; 5,1% en 2015), mientras que, por el contrario, en las mujeres se detecta un aumento (2,6% en 2008; 2,9% en 2015). En relación con la edad, se mantiene el rango de 20-29 años como el de mayor policonsumo. El perfil más frecuente (75,6% de los policonsumidores) es el de un bebedor semanal, que ha fumado cannabis en el último mes y además es fumador diario de tabaco, a continuación, con el 7,2% se encuentran los consumidores habituales de alcohol, cannabis y cocaína en el último mes.

En la población escolar, disminuye asimismo el policonsumo (sin incluir el tabaco) en 1,3 puntos (20,9% en 2008; 19,6% en 2014). Este tipo de consumo es mayor en 2014 en los chicos (20,8%) que en las chicas (18,7%), observándose, respecto a 2008, una caída de la prevalencia de casi 2 puntos porcentuales en los primeros y de 4 puntos en las chicas, lo que acerca las prevalencias entre ambos sexos. El perfil más frecuente de policonsumo es el de un consumidor de alcohol y cannabis en el último mes.

- *Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que en los últimos 30 días han consumido 5 o 6 cañas/copas de alcohol en un período de 2 horas (IM)*

En 2014, el 39% de los estudiantes de 14 a 18 años admite haber ingerido 5 o más consumiciones de alcohol en un espacio de 2 horas, lo que supone una evolución muy positiva al descender en un 30,4% la prevalencia del año 2008, que se situó en el 56%.

- *Porcentaje de población general de menos de 30 años que ha tenido relaciones sexuales sin protección como consecuencia del consumo de drogas (IM)*

Este indicador no se puede valorar al no disponer de datos para poder hacerlo.

### Objetivo general 3: Potenciar la participación social y optimizar la coordinación y cooperación institucional.

Este objetivo general se ha conseguido al haber tenido una evolución positiva los cuatro objetivos específicos a él asociados, en los que se han logrado el 97,5% de los indicadores establecidos.

#### Objetivos específicos:

Indicadores	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% Éxito
Comisiones, grupos de trabajo y líneas estables de colaboración sobre las previstas (P)	1	0	90%	90%
Acuerdos y documentos técnicos aprobados (CP)	1	0	1	100%
Entidades privadas que colaboran de forma estable (P)	1	0	1	100%
Reuniones órganos de coordinación (P)	1	0	1	100%
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>97,5%</b>

En los diferentes objetivos específicos se ha producido una mejora de la situación inicial, al haberse creado nuevas estructuras y potenciado las ya existentes, salvo en



el caso de las comisiones locales de coordinación de los Planes locales sobre drogas. Además, han aumentado el número de entidades colaboradoras con el Plan Regional sobre Drogas y diferentes grupos de trabajo han elaborado documentos dirigidos a la mejora de los programas y servicios.

- *Fomentar la coordinación y cooperación entre Consejerías y Centros Directivos de la Administración Autonómica (P).*
- *Porcentaje de comisiones, grupos de trabajo y líneas estables de colaboración creadas sobre las previstas.*

Durante el período 2008-2015 se han constituido el 100% de los órganos de coordinación previstos a nivel regional. A continuación se indican los grupos de trabajo/comisiones de coordinación con otros Departamentos Autonómicos y con impacto sobre las actuaciones de intervención en drogodependencias:

- *Grupo de trabajo de coordinación con la Consejería de Educación para el impulso de las actuaciones de prevención escolar.* La Comisión regional para la promoción de la salud en los centros escolares, desapareció formalmente pasando sus funciones a la Comisión de Secretarios Generales, manteniéndose a partir de entonces el grupo de trabajo entre el Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas del Comisionado Regional para la Drogena (CRD) y de los Servicios de Atención al Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo, Orientación y Convivencia, y de Innovación Educativa y de Formación del Profesorado de la Dirección General de Innovación y equidad educativa. Media de reuniones anuales 2.
- *Grupo de trabajo entre el CRD y la Dirección Técnica de Atención Primaria de SACyL,* con el objetivo de impulsar los Servicios de deshabituación tabáquica y de Atención al bebedor de riesgo de la Cartera de Servicios de Atención primaria, así como la intervención breve para evitar el consumo de alcohol y/o tabaco en mujeres embarazadas. En el marco de estos grupos de trabajo se ha pilotado la intervención en embarazadas en las consultas de matronas de Atención Primaria. Media de reuniones anuales 3.
- *Grupo de trabajo entre el CRD y la Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica de SACyL,* para la coordinación de actuaciones de prescripción de medicamentos para el tratamiento de la drogodependencia por los médicos de los CAD (buprenorfina-naloxona y otros). Media de reuniones anuales: 2
- *Grupo técnico para la protocolización de intervenciones en menores de 21 años que acuden a los servicios de urgencias por problemas relacionados con el alcohol.* Formado por profesionales de Valladolid de los Servicios de Urgencias, Psiquiatría y Pediatría de los hospitales públicos, del Plan municipal y provincial sobre drogas y del Programa acreditado de Prevención familiar indicada de Valladolid, así como por responsables de gestión de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y del CRD. Los trabajos, en proceso de elaboración, se han desarrollado a lo largo de 2015 y 2016. Media de reuniones anuales: 3.
- *Grupo de trabajo entre el CRD, la Dirección General de Juventud, el Consejo Regional de la Juventud y las principales asociaciones juveniles de Castilla*



y León. En este grupo de trabajo se han acordado diferentes iniciativas para abordar el ocio sin consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en menores. Media de reuniones anuales 2.

- *Comisión técnica de alcohol y menores del Consejo asesor en materia de drogodependencias.* Esta comisión técnica elaboró una propuesta de Documento estratégico sobre alcohol y menores, que fue aprobado por el consejo asesor en sesión plenaria de 16 de julio de 2013. Reuniones presenciales: 2.
- *Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional*

Cada uno de los grupos de trabajo constituidos con los diferentes centros directivos de la Junta de Castilla y León ha elaborado documentos de consenso, además de establecer calendarios de actuación para los objetivos acordados. Por todo lo anterior, se considera que se ha conseguido este objetivo. A continuación se enumeran los documentos técnicos consensuados:

- Modelo de prevención escolar y de formación del profesorado para la aplicación de los programas acreditados.
- Documento estratégico sobre alcohol y menores.
- Diseño de los contenidos del curso de formación on-line del profesorado para aplicar los programas acreditados de prevención escolar.
- Guía de intervención breve para evitar el consumo de alcohol y tabaco en mujeres embarazadas.
- Ficha técnica y protocolo para la prescripción de buprenorfina-naloxona por los médicos de los CAD.
- Protocolo de intervención con menores de 21 años con consumos problemáticos de alcohol en urgencias hospitalarias y emergencias sanitarias.
- Guía de intervención para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en campamentos de verano.
- *Potenciar la coordinación y cooperación con otras Administraciones Públicas, en especial con las Corporaciones Locales de Castilla y León.*
- *Porcentaje de comisiones, grupos de trabajo y líneas estables de colaboración creadas sobre las previstas.*

Durante el período 2008-2015 se han creado los siguientes órganos de coordinación, que suponen el 90% sobre lo previsto:

- *Comisiones locales* de coordinación de los planes locales sobre drogas, constituidas por el 50% de los planes.
- *Comisiones provinciales para la rehabilitación e integración social de drogodependientes con problemas jurídico-penales.* Compuestas por



representantes de la Gerencia de Servicios Sociales, Administración de Justicia y Penitenciaria, colegios de abogados y de entidades que gestionan programas y centros de atención a drogodependientes. Se han constituido en todas las provincias.

- *Comisiones provinciales para la integración social de drogodependientes.* Estas comisiones tienen por objetivo mejorar la coordinación de los recursos implicados en la integración social y laboral de drogodependientes para evitar lagunas, duplicidades y la falta de continuidad en la atención integral de las necesidades de las personas afectadas por problemas de dependencia de las drogas. Las comisiones están formadas por representantes de la Gerencia de Servicios Sociales, CEAS, Planes locales sobre drogas y de entidades que gestionan programas y centros de atención a drogodependientes. Se han constituido en ocho de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma.
- *Grupos de trabajo en el marco de la Red de Planes sobre drogas de Castilla y León.* Durante la vigencia del plan se han creado varios grupos de trabajo para impulsar actuaciones prioritarias, destacando los siguientes: i) grupo de trabajo para el desarrollo del modelo de prevención escolar (2009), grupo de trabajo para la difusión de la normativa sobre consumo de alcohol (2009); iii) grupo de trabajo para la elaboración del Documento estratégico sobre alcohol y menores (2012); iv) grupo de trabajo para la elaboración de una propuesta de circular sobre las limitaciones a la venta y consumo de alcohol en menores previstas en la Ley 3/1994 y su normativa de desarrollo.
- *Consejo Rector de la red de planes.* Este órgano colegiado se ha reunido al menos una vez al año para establecer las líneas prioritarias de actuación y los criterios de financiación de la Junta de Castilla y León a las corporaciones locales para la intervención en drogodependencias. Con la entrada en vigor del Decreto 10/2015, de 29 de enero, de aplicación de las medidas para la reforma de la Administración de la Comunidad de Castilla y León en la organización y funcionamiento de los órganos colegiados de asesoramiento y participación en el ámbito de los servicios sociales, mujer y juventud, sus funciones han sido asumidas por la Sección de la red de planes sobre drogas adscrita al Consejo de coordinación interadministrativa del sistema de servicios sociales y juventud.
- *Participación del CRD en los grupos de trabajo del Plan de Acción de la Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016.* Se ha liderado el grupo de trabajo de la Acción 4-Proyecto coordinado de prevención familiar universal y se ha participado en los grupos de trabajo de la Acción 8-Mejora de la detección e intervención precoz en el ámbito sanitario, de la Acción 13-Mejora de los procesos y procedimientos de asistencia a drogodependientes y otras adicciones y su adecuación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y de la Acción 25-Fortalecimiento de nuevas herramientas/indicadores epidemiológicos en el campo de las drogas.

Además se han firmado acuerdos de colaboración para el desarrollo de actuaciones con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para desarrollar proyectos con cargo al Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, con las Universidades Públicas de



Castilla y León, con la Universidad de las Islas Baleares para el desarrollo del Programa de Competencia Familiar, con la Asociación PDS para el desarrollo de actuaciones preventivas con universitarios a través de la Campaña *Drogas: Tu punto de Información y del Taller Drogas ¿Qué?* y con Socidrogalcohol para el desarrollo del *Programa Alfil*.

- *Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.*

Cada uno de los grupos de trabajo ha elaborado documentos de consenso, por lo que se considera el objetivo cumplido. A continuación se describen los documentos técnicos acordados:

- Protocolo de intervención en las comisiones provinciales para la rehabilitación e integración social de drogodependientes con problemas jurídico-penales.
- Modelo de coordinación para el impulso de la prevención escolar desde los planes locales sobre drogas.
- Guías de difusión sobre la normativa aplicable al consumo de alcohol en menores: guía para padres y jóvenes, guía para hosteleros y establecimientos comerciales, guía para peñas, propuesta de ordenanza reguladora de peñas.
- Propuesta de circular para mejorar el cumplimiento de la normativa.
- Guía para la mejora de la implantación de los programas de prevención familiar universal.
- Criterios para la identificación de programas de prevención familiar de calidad.
- Protocolo de actuación para la detección precoz del consumo de alcohol en urgencias y en atención primaria.
- *Promover la participación social, así como la coordinación y cooperación con las instituciones y entidades privadas.*
- *Número de entidades privadas que colaboran de forma estable en el desarrollo del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.*

El objetivo se ha logrado al aumentar el número de entidades privadas colaboradoras, al pasar de 26 en 2008 a 36 en 2015. Por otro lado, se ha mantenido la colaboración con otras entidades como son el Consejo Comarcal de El Bierzo, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valladolid, CC.OO. Castilla y León, U.G.T. Castilla y León y CECALE.

- *Número anual de reuniones realizadas por los órganos de coordinación y participación social.*
- *Consejo Asesor en materia de drogodependencias.* Órgano de carácter consultivo a través del cual se promueve la participación de la comunidad. Constituido en 1997 y en funcionamiento hasta 2015; año en el que sus funciones son atribuidas a la Sección de atención y prevención de drogodependencias,



adscrita al Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León, con la entrada en vigor del Decreto 10/2015, de 29 de enero, de aplicación de las medidas para la reforma de la Administración de la Comunidad de Castilla y León en la organización y funcionamiento de los órganos colegiados de asesoramiento y participación en el ámbito de los servicios sociales, mujer y juventud. Durante el período de evaluación, el consejo asesor se ha reunido tres veces.

- *Comisión Regional para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito laboral.* Compuesta por dos representantes de CC.OO., U.G.T., CECALE y la Consejería Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León. Regulada a través de un convenio marco de vigencia indefinida. La comisión se ha reunido con una periodicidad irregular.
- *Fomentar la cooperación transfronteriza con Portugal.*
- *Número anual de reuniones realizadas por los órganos de coordinación.*

Entre los años 2008 y 2011 se ha desarrollado el proyecto REDES de cooperación transfronteriza POCTEP con la zona centro de Portugal, para desarrollar actuaciones asistenciales y de prevención de forma conjunta. En ese período se han mantenido reuniones al menos una vez al año y se han realizado una jornada y cinco cursos conjuntos de formación. El proyecto ha sido liderado por la Junta de Castilla y León (a través del Comisionado Regional para la Drogas) y ha contado con la participación del Instituto da Drogas e da Toxicodependência (IDT) y de la Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS Guarda, EPE).

#### **Objetivo general 4: Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.**

Este objetivo se ha logrado al haber tenido una evolución positiva los cuatro objetivos específicos asociados.

##### **Objetivos específicos:**

La valoración de los 4 objetivos específicos se realiza a través de 8 indicadores, de los cuales el 85,7% han evolucionado positivamente.

Indicadores	N.º Indicadores	No valorables	Conseguidos	% éxito
Estudios e investigaciones (CP)	1	0	1	100%
Sistemas de información basado nuevas tecnologías (P) (CP)	3	0	2	66,7%
Programas con evaluación del proceso antes generalización (CP)	1	0	1	100%
Formación a los profesionales (P) (CP)	3	1	2	100%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>85,7%</b>



- *Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependencias.*
  - *N.º anual de estudios e investigaciones (CP)*

El número de estudios e investigaciones realizadas directamente por el CRD o en colaboración con las entidades que participan en el Plan regional sobre Drogas se ha elevado entre los años 2008 y 2015, pasando de 4 estudios en 2008 a 13 estudios en 2015.

- *Desarrollar y consolidar sistemas de información rápidos, sencillos, fiables y basados en las nuevas tecnologías.*
  - *Utilización de plataformas basada en las nuevas tecnologías (P)*

Se han creado cuatro nuevas aplicaciones informáticas para la gestión de estos sistemas de información (PREV para la gestión de la prevención escolar, REDT-2 para el indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio, ADRO para la gestión de los ingresos en unidades de desintoxicación hospitalaria, centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos y comunidades terapéuticas y la Base de datos de los programas de prevención indicada). Por lo que se considera que el objetivo se ha conseguido.

- *Promover el intercambio de información fiable y pertinente que soporte las políticas públicas sobre drogas.*
  - *Proporción de informes periódicos realizados y difundidos en el siguiente año (CP)*

Los datos de la memoria anual del Plan regional, así como de los Indicadores de SAITCyL (urgencias hospitalarias, admisiones a tratamiento ambulatorio y pacientes en tratamientos con sustitutivos opiáceos y mortalidad por consumo de drogas psicocactivas) han estado disponibles a principios del último trimestre del siguiente año, por lo que el objetivo se ha cumplido al 100%.

- *N.º anual de publicaciones editadas, comunicaciones a congresos o artículos publicados (P).*

El número medio anual de publicaciones editadas por el Plan Regional y los Planes Locales sobre Drogas, ha disminuido, pasando de 11 publicaciones en 2008/2009 a 8 en 2014/2015. Sin embargo, hay que destacar que el número de publicaciones en revistas y congresos realizadas por las entidades colaboradoras con el Plan Regional sobre drogas se ha ido incrementando de forma progresiva pasando de una en 2008/2009 a 16 en 2014/2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Número de publicaciones editadas por el Plan Regional</b>	2	9	10	2	3	2	3	5
<b>Número de publicaciones editadas por los Planes Locales</b>	5	2	0	4	4	2	1	1
<b>ONG</b>	0	1	7	3	5	6	7	9



- *Potenciar la evaluación continua de programas y servicios, en especial antes de su implantación generalizada.*
- *Proporción de programas con evaluación del proceso antes de su generalización (CP)*

Todos los programas en el campo de la prevención del consumo de drogas que se están desarrollando en estos momentos en Castilla y León han tenido una evaluación previa del proceso de implantación, que en la mayor parte de los casos han dado lugar a mejoras en los contenidos de los mismos. Desde el año 2009 al 2015 se han instaurado los siguientes programas de prevención nuevos:

- Taller de prevención del consumo de drogas en universitarios *Drogas ¿Qué?*
- Programa de competencia familiar (PCF).
- Programa de prevención selectiva/indicada en el medio Escolar: Galilei.

En el campo de la asistencia se han evaluado los siguientes programas/servicios antes de su implantación definitiva:

- Proceso de asistencia a los drogodependientes ingresados en comunidades terapéuticas y centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos. De esta evaluación se ha elaborado una Guía de procesos y procedimientos para los centros residenciales.

Portanto, se considera que la previsión de este indicador se ha conseguido al haberse convertido la evaluación de los programas y procesos en una herramienta integrada dentro de las actuaciones del VI Plan regional sobre drogas.

- *Estimular y mejorar la formación continuada de los profesionales que intervienen en drogodependencias, así como de las personas que colaboran voluntariamente en la misma.*
- *Proporción de cursos de formación realizados sobre el número total de cursos planificados (P).*
- Para la evaluación de este objetivo los datos utilizados han sido los procedentes de los cursos directamente organizados por parte del Comisionado Regional para la Drogena. Del total de los 48 cursos planificados y organizados durante el período 2009-2015, se han desarrollado 46, por lo que el cumplimiento de la planificación ha sido superior a un 96%.
- *Proporción de profesionales de los Planes Locales sobre Drogas y de la Red de Asistencia al Drogodependiente que participan en actividades de formación.*

Este indicador no se ha podido valorar al no disponer de todos los datos necesarios para hacerlo.

- *Puntuación media en las encuestas de satisfacción y adecuación de las actividades de formación a las necesidades de los participantes.*

Para evaluar este indicador se han utilizado los datos de los cursos organizados por el Comisionado Regional para la Drogena (CRD). En todos los cursos organizados, más del 70% de los participantes tuvieron un grado de satisfacción alto o muy alto.



### III

## OBJETIVOS

### OBJETIVO ESTRATÉGICO:

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

### OBJETIVO GENERAL 1:

Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes, cannabis y otras drogas.

#### Objetivos específicos:

- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis y resto de las drogas.
- Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta.
- Reducir la aceptación social del consumo alcohol, cannabis e hipnosedantes.
- Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas en adolescentes.
- Promover entornos libres de alcohol y de otras drogas para niños y adolescentes.
- Facilitar el abandono del abuso y la dependencia de drogas mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.
- Promover la integración social y laboral de las personas drogodependientes.

### OBJETIVO GENERAL 2:

Reducir los riesgos y los daños personales, sanitarios y sociales derivados del consumo de drogas.

#### Objetivos específicos:

- Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas.
- Prevenir los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias en los consumidores de drogas.
- Evitar la exposición al humo de tabaco especialmente en el contexto laboral y escolar.



- Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.

## **OBJETIVO GENERAL 3:**

Promover la formación, evaluación e investigación en materia de drogodependencias.

### **Objetivos específicos:**

- Estimular la formación de los profesionales y voluntarios que intervienen en drogodependencias.
- Mantener los sistemas de información del Plan regional sobre drogas, distribuyendo con agilidad los datos disponibles.
- Fomentar la investigación aplicada en materia de drogodependencias.
- Promover la evaluación periódica de los programas y servicios del Plan regional sobre drogas, en especial antes de su implantación generalizada.

## **OBJETIVO GENERAL 4:**

Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan regional sobre drogas.

### **Objetivos específicos:**

- Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías y centros directivos de la Administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan para la prevención del consumo de drogas y la asistencia normalizada e integración social del drogodependiente.
- Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León y con la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.
- Promover la participación social y la coordinación y cooperación con las entidades privadas del tercer sector.



## IV

### PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN

#### PRINCIPIOS ESTRATÉGICOS

**Intersectorialidad.** El VII Plan Regional sobre Drogas aborda desde una perspectiva intersectorial y multifactorial el uso, abuso y dependencia de las drogas en la Comunidad Autónoma, considerando para ello los factores sociales, culturales, educativos, sanitarios y económicos que favorecen la aparición y el mantenimiento del problema.

**Integralidad.** De igual modo, el Plan adopta un planteamiento estratégico integral, multidisciplinar y equilibrado entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, dirigiendo sus actuaciones a todas las sustancias psicoactivas capaces de generar dependencia, poniendo un especial énfasis en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y cannabis.

**Corresponsabilidad.** La intervención sobre las condiciones favorecedoras del consumo de drogas y sobre sus consecuencias es una responsabilidad compartida que concierne al conjunto de la sociedad, y de un modo muy especial a los poderes públicos, cada uno de los cuales ha de ser corresponsable de actuar en su ámbito de competencia, todo ello sin perjuicio de que las actuaciones se desarrollen en coordinación y colaboración con las entidades e instituciones privadas.

**Participación social.** Teniendo en cuenta que el problema del uso, abuso y dependencia de las drogas afecta e involucra a toda la sociedad, la participación activa de la comunidad a través de sus instituciones y grupos organizados en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones es un principio fundamental.

**Accesibilidad.** La problemática relacionada con el consumo de drogas puede prevenirse y tratarse con mayores probabilidades de éxito si las personas afectadas pueden acceder de forma ágil y precoz a los programas y servicios disponibles que sean más apropiados para atender sus necesidades. Para aumentar la probabilidad de resultados positivos, tanto los programas de prevención indicada como los centros y servicios asistenciales deben estar disponibles en el momento en el que el consumidor está preparado y dispuesto para iniciar la intervención.

**Coordinación y cooperación.** La coordinación y cooperación institucional es un requisito básico para conseguir una actuación eficaz frente al uso nocivo de drogas, además de ser una condición indispensable para gestionar con eficiencia los recursos disponibles y para evitar lagunas, solapamientos y acciones inconexas.

**Descentralización.** El principio de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión preside todas las actuaciones del VII Plan Regional sobre Drogas. Siempre que las circunstancias lo permitan, se pretende acercar lo más posible la toma de decisiones y la solución de los problemas a los ciudadanos, y que la responsabilidad de las actuaciones recaiga en la institución más cercana y que esté en mejores condiciones de llevarla a cabo.

**Equidad.** A través de este principio el Plan aspira a garantizar la equidad en la asignación de recursos y la igualdad efectiva de todos los ciudadanos para acceder a los



diferentes programas y servicios, prestando una especial atención a las desigualdades por ámbito de residencia, país de procedencia, etnia y condición socioeconómica.

**Perspectiva de género.** El consumo de drogas está determinado, incide y afecta de modo distinto a hombres y mujeres, lo que origina diferentes necesidades de intervención en función de los riesgos, patrones de consumo y problemas detectados. En este sentido, el Plan incorpora la perspectiva de género teniendo en cuenta la evidencia disponible en los objetivos a conseguir y en la planificación y desarrollo de las actuaciones a realizar.

**Normalización.** Un principio estratégico del Plan es utilizar con carácter preferente la oferta general de recursos educativos, sociales, sanitarios, culturales, recreativos, de empleo, etc. que existen en la comunidad. Este principio no es incompatible con que en circunstancias especiales sean necesarios servicios y programas específicos que sirvan de puente para el real y efectivo acceso de la persona drogodependiente a la oferta de recursos normalizados.

**Prioridad de la prevención.** Considerando las repercusiones y los costes humanos, sanitarios y sociales que se derivan del abuso y dependencia de las drogas, así como las dificultades existentes para superar la adicción, la prevención tiene un carácter prioritario dentro del Plan Regional sobre drogas.

**Consideración de la evidencia.** La adopción de medidas y la selección, prioridad y apoyo de programas y actuaciones se realizará considerando la evidencia científica disponible y criterios de efectividad y eficiencia.

**Evaluación.** La evaluación sistemática de programas, servicios y actuaciones guiará el desarrollo del Plan como forma de validar los programas a implantar y de mejorar la calidad de las intervenciones existentes o en desarrollo.

**Seguimiento permanente y anticipación.** El conocimiento y análisis permanente de los factores que influyen en el consumo de drogas y sus consecuencias, así como el de las políticas desarrolladas y sus resultados, servirá de base para detectar con anticipación los desafíos que debe afrontar el Plan Regional sobre Drogas, revisando y adaptando con flexibilidad sus programas operativos para adaptarlos a las exigencias cambiantes del momento.

## CRITERIOS DE ACTUACIÓN

Los criterios que se presentan a continuación son el resultado de los avances científicos que se han producido en la comprensión del abuso de drogas y sus consecuencias y de las mejores prácticas para evitar y reducir sus efectos. En este apartado tienen reflejo los criterios incluidos en la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, así como la experiencia acumulada desde 1988 con la aplicación de los seis anteriores Planes Regionales sobre Drogas.

### 1. CRITERIOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

**Prevención basada en la evidencia.** La prevención debe basar sus actuaciones en modelos teóricos contrastados y en programas evaluados que hayan demostrado científicamente su efectividad. En consonancia con lo anterior, el presente Plan aboga por que la toma de decisiones y la realización de programas acreditados de prevención se base en la evidencia científica disponible.



**Planificación.** Los programas preventivos deben ser el resultado de una acción sistemática planificada que garantice la continuidad de las actuaciones. La prevención del consumo de drogas es una tarea sostenida y a largo plazo en la que no deben tener cabida, por su ineficacia, las acciones improvisadas y puntuales.

**Niveles de prevención.** Cada individuo, familia, grupo o comunidad presenta un distinto perfil de riesgo frente al abuso de drogas. La investigación y la práctica demuestran que hay distintos grados de riesgo y de vulnerabilidad frente al abuso y dependencia de las drogas. Actualmente se distinguen tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada), recomendándose que con los grupos en situación de mayor riesgo los esfuerzos preventivos deben empezar antes, ser más intensos, duraderos y profesionalizados.

**Combinación de estrategias preventivas.** La prevención del consumo de drogas debe combinar de forma equilibrada, coordinada y coherente acciones de control de la oferta y de reducción de la demanda. Cuando las actuaciones a llevar a cabo choquen con usos y costumbres sociales ampliamente arraigados y generalizados, es necesario que vayan precedidas de una conveniente información y sensibilización que prepare a la comunidad para su aceptación y para colaborar en el desarrollo de las mismas.

**Efectos sinérgicos de la prevención.** Las actuaciones preventivas deben garantizar que los individuos, en particular aquellos que se encuentran en mayor situación de riesgo, reciban múltiples y simultáneas influencias preventivas en distintos ámbitos (escuela, familia, espacios de ocio y tiempo libre, centros de trabajo, medios de comunicación, etc). Con esta forma combinada de hacer prevención se pretende que las intervenciones se refuercen mutuamente a fin de lograr un mayor impacto y mantenimiento de los efectos preventivos.

**Prevención comunitaria.** La prevención comunitaria, entendida como aquella en la que una comunidad se moviliza, con participación de diversas instituciones y grupos relevantes de la misma para llevar a cabo un conjunto de actuaciones consensuadas, programadas y coherentes entre sí para alcanzar unos objetivos comunes, es la forma más evolucionada y eficaz de hacer prevención.

**Destinatarios principales.** La prevención del consumo de drogas debe ser una acción anticipatoria que se dirija preferentemente a los grupos sociales más susceptibles y a los individuos más vulnerables por una mayor exposición a factores de riesgo.

**Ámbitos de intervención.** Debido al carácter global y transversal que caracteriza las políticas sobre drogas, y con el fin de conseguir una acción preventiva eficaz, es preciso dirigir preferentemente las actuaciones a una serie de ámbitos con un claro potencial preventivo (educativo, familiar, laboral, comunitario, industria del ocio y del entretenimiento, redes sociales, medios de comunicación y ámbito de la seguridad vial y ciudadana), contando con los profesionales y no profesionales que forman parte de ellos y que cumplen funciones clave de mediación

**Mediadores para la prevención.** La acción preventiva no debe ser una tarea exclusiva de especialistas en prevención, más bien al contrario, deben ser las personas que están en contacto cotidiano con la población diana a la que se dirigen los programas (profesorado, padres y madres, representantes sindicales, técnicos de prevención de riesgos laborales, profesionales de la salud y de los servicios sociales, etc.), y en la que además ejercen un papel de liderazgo, las que protagonicen las acciones de prevención.



## 2. CRITERIOS DE DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y DE REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

**Voluntariedad y responsabilidad en la toma de decisiones.** Muchos usuarios de drogas no quieren o no pueden abandonar el consumo. Esta circunstancia no debe ser un obstáculo para intentar disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al mismo. Los programas de atención a usuarios de drogas deben aceptar la voluntariedad de las personas para abandonar el consumo y para elegir libre y responsablemente la modalidad de intervención que consideren más adecuada para sus necesidades.

**Responsabilidad preventiva en las intervenciones.** En el terreno de la disminución de los riesgos y de la reducción de los daños hay que diferenciar las actuaciones dirigidas a las personas drogodependientes de las que se dirigen a los consumidores de drogas en situación de riesgo pero que aún no son drogodependientes. En este último grupo se deben considerar y controlar los riesgos implícitos de universalizar las intervenciones, ya que su realización sobre todo tipo de consumidores puede llevar a legitimar, banalizar e incluso promover implícitamente los consumos de ciertas sustancias, especialmente en menores de edad y en personas con consumos incipientes.

**Acercamiento, flexibilidad y baja exigencia.** Para la reducción de los daños en drogodependientes es preciso actuar desde una óptica de flexibilidad y baja exigencia que se ajuste a las necesidades y demandas de cada individuo. Una máxima de estos programas y de los que se destinan a personas con consumos de riesgo, debe ser acercarse allí donde está el problema, es decir, a los lugares en los que se encuentran o se desenvuelven las personas que consumen drogas (espacios festivos y recreativos, lugares de tráfico y consumo de drogas, zonas de prostitución, juzgados, centros penitenciarios, etc).

**Máxima cobertura.** Con empatía, aceptación del usuario, calidez en el trato, flexibilidad y escucha activa, estos programas pretenden ganar la confianza de los drogodependientes y de los consumidores de riesgo y problemáticos de drogas, para establecer/mantener contacto con el mayor número posible de ellos, en especial con aquellos que se mantienen al margen de los centros de tratamiento y de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales.

**Objetivos de la intervención.** Los programas de disminución de los riesgos y de reducción de los daños deben estar inspirados por el principio de la progresión en los objetivos de la intervención. Este principio supone que todo programa debe aspirar a unos objetivos más ambiciosos. El primero de estos objetivos es mantener vivo y lo más sano posible al consumidor de drogas y el mayor, y más ambicioso, conseguir la abstinencia y la participación activa y autónoma del consumidor en la sociedad sin necesidad de recurrir al uso de sustancias psicoactivas.

**Impacto en terceras personas y en la comunidad.** Este tipo de intervenciones, además de reducir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas como la infección por VIH/SIDA, las hepatitis o la tuberculosis, permiten mejorar la convivencia ciudadana, disminuir las muertes y las lesiones producidas por los accidentes laborales y de tráfico donde el consumo de drogas está involucrado, o evitar las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas de padres y madres.



### 3. CRITERIOS DE ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES

**Diversificación, accesibilidad, flexibilidad, especialización y profesionalización de la oferta terapéutica.** La heterogeneidad de la población drogodependiente, la complejidad y variedad de los problemas y necesidades que presentan y sus resistencias a ponerse en tratamiento, hacen necesario contar con una oferta asistencial diversificada, accesible, flexible, especializada y dotada de profesionales con experiencia. La profesionalización de los centros y servicios asistenciales debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar, sin que ello suponga excluir a las personas ex drogodependientes y a los voluntarios no profesionales de la comunidad, dado el importante papel que juegan en los recursos y programas terapéuticos.

**Detección precoz e intervención temprana.** Los importantes daños ocasionados por la dependencia de las distintas drogas y el peor pronóstico derivado de la cronificación de la adicción, hace necesario que la red de asistencia al drogodependiente oriente sus intervenciones a la detección y diagnóstico precoz y a la intervención temprana.

**Individualización del tratamiento y continuidad del proceso asistencial.** Cada drogodependiente requiere un plan individualizado de tratamiento que atienda de forma integral y con continuidad a las necesidades, demandas y problemas que concurren en cada caso, lo que muchas veces supone arbitrar medidas efectivas de coordinación de diferentes centros, servicios y programas asistenciales implicados. No debe ser la persona drogodependiente la que se adapte al tratamiento, sino el tratamiento el que se adapte a ella. En este proceso de personalización terapéutica hay que prestar una especial atención a las necesidades particulares de la población reclusa, de menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con comorbilidad psiquiátrica, etc.

**Complementariedad.** La abstinencia en el consumo de drogas y su mantenimiento debe ser el objetivo último y principal de todos los programas asistenciales, sin embargo, este objetivo no debe ser un obstáculo para mejorar la calidad de vida de la persona drogodependiente que persiste en su decisión de seguir consumiendo drogas. Los programas libres de drogas y los programas de reducción de los daños son complementarios entre sí. Dicho de otra forma, todos los programas asistenciales, sea cual sea su nivel de exigencia, deben apuntar siempre a objetivos más ambiciosos, el mayor de los cuales es la abstinencia y la integración social del drogodependiente; del mismo modo que todos los programas deben orientarse a minimizar los daños originados por el consumo de drogas.

**Trabajo en red.** La individualización de los tratamientos supone aceptar que en muchos casos la recuperación de la persona drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales. Cada recurso no es por si sólo una solución al problema, sino un elemento necesario pero no suficiente de un proceso terapéutico complejo del que forma parte. Para intervenir eficazmente con drogodependientes es preciso trabajar en red y que los centros, servicios y programas que forman parte de la misma, utilicen un lenguaje común, intercambien información y comparten unos objetivos y un estilo de trabajo basado en la coordinación de actuaciones y en el desempeño de las funciones específicas que a cada uno le han sido atribuidas.

**Gestión por procesos.** Los centros específicos que forman parte de la red de asistencia a drogodependientes de Castilla y León utilizarán la gestión por procesos para desarrollar su función asistencial, protocolizando sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos más habituales y las actuaciones a desarrollar con poblaciones de drogodependientes con necesidades especiales.



## 4. CRITERIOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL

**Interdependencia.** La integración social del drogodependiente no es una etapa posterior del proceso de deshabituación/rehabilitación. Muy por el contrario, tratamiento e integración social son elementos interdependientes de un mismo proceso, de modo que la integración social comienza en el mismo momento de iniciarse el tratamiento y éste no termina hasta que culmina la inserción social. Por tanto, la incorporación social hay que considerarla como un proceso individual y gradual, que se inicia y transcurre transversalmente con el tratamiento, y en el que las actuaciones de incorporación social refuerzan y sirven de base para avanzar en los logros terapéuticos, es decir, ambas actuaciones se refuerzan mutuamente.

**Intervención integral y coordinada.** La incorporación social de las personas drogodependientes exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida en los que presente dificultades: personal, relacional, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, jurídico-penal, etc. El objetivo no es única ni exclusivamente abandonar el consumo de drogas, sino abordar en paralelo otros problemas o circunstancias que afectan al drogodependiente y que pueden suponer la ruptura de vínculos sociales integradores. Es necesaria, por tanto, una atención integral y coordinada que tenga en cuenta el acceso y disfrute de derechos sociales básicos y que considere los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades. Este planteamiento hace necesario un acompañamiento y una diversidad de recursos coordinados que funcionen como una red favorecedora del cambio.

**Papel activo del drogodependiente.** Las personas drogodependientes deben asumir un papel activo en su proceso de incorporación social, siendo los protagonistas de un cambio en su trayectoria vital.

**Intervención sobre la comunidad.** La integración social de drogodependientes requiere tanto una intervención individual como sobre los niveles micro y macro social que rodean al individuo para crear unas condiciones favorecedoras de los procesos de incorporación social.

No es infrecuente que el medio social rechace o recele del drogodependiente rehabilitado o en proceso de rehabilitación. Este recelo está muy influido por una determinada imagen social de las personas que dependen de las drogas, según la cual se percibe al drogodependiente como una amenaza o como alguien incapaz de superar la adicción.

La intervención sobre el medio social es indispensable. Con frecuencia una labor de mediación que demuestre fehacientemente los progresos de la persona en tratamiento como una muestra de autosuperación es necesaria, como también lo es una tarea de reestructuración de ideas preconcebidas. La persona dependiente de las drogas debe ser visible para la comunidad y para las distintas administraciones, de modo que su condición sea considerada expresamente como una causa importante de exclusión social que deber ser valorada y atendida. En suma, es preciso avanzar en una óptica en la que se conciba el problema de la drogodependencia como una responsabilidad compartida tanto por la persona como por el entorno social.

**Individualización.** La incorporación social es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada drogodependiente, con el fin de llevar a cabo un plan personalizado de inserción para alcanzar unos objetivos



concretos en cada caso. En otras palabras, no se puede pretender que a todas las personas drogodependientes les resulte indicada la misma intervención y que con todas se puedan alcanzar las mismas metas de integración social.

De igual forma que para el área asistencial hay una gran diversidad de objetivos de intervención y programas de distinto nivel de exigencia, este planteamiento debe adoptarse también para la integración social. En los casos de exclusión severa el objetivo debe ser detener el proceso de marginación, impidiendo que se rompan los escasos lazos sociales que aún mantiene la persona con grupos o actividades socialmente normalizadas. En estos casos, antes de que el deterioro sea difícilmente reversible, se deben satisfacer las necesidades básicas del individuo e intentar fortalecer los lazos prosociales que aún perduran. Logrado este objetivo, se debe intentar avanzar progresivamente hacia una situación de mayor integración social.

La integración social suele ser un proceso de aproximaciones graduales y sucesivas, no siempre lineales. Como regla general la integración social de drogodependientes requiere una intervención en dos fases:

- 1. Fase de compensación.** Muchas personas drogodependientes requieren una intervención inicial, que se puede denominar de compensación, orientada a consolidar la abstinencia (o a controlar el consumo) y a adquirir ciertos aprendizajes que les permitan estabilizarse en un estilo de vida prosocial y compensar los déficits que la historia de adicción les ha ocasionado. En esta fase el drogodependiente se sitúa en condiciones reales, y no sólo teóricas, de acceder y desenvolverse en la oferta de recursos y oportunidades generales de integración social que existen en la comunidad. Es frecuente que esta fase recaiga en recursos y programas específicos para drogodependientes, o al menos que sean éstos los que coordinen y hagan un estrecho seguimiento del proceso de inserción. Los recursos y programas específicos para drogodependientes siempre deben ser una medida transitoria para acceder a los recursos de carácter generalista y para desarrollar de un modo intensivo los aspectos actitudinales y comportamentales necesarios para la inserción social. Por tanto, estos recursos específicos no pueden convertirse en situaciones protegidas con carácter indefinido ni siquiera por períodos muy prolongados de tiempo.
- 2. Fase de normalización.** En una segunda etapa, a la que se podría denominar de normalización, el grado de supervisión se va desvaneciendo poco a poco hasta que la persona en proceso de incorporación social llega a participar de forma activa y autónoma en la vida social de su comunidad.

**Inserción laboral en el proceso de integración social.** La inserción social del drogodependiente requiere una intervención multidimensional que no sólo se debe centrar en la incorporación al mundo laboral o al mantenimiento del puesto de trabajo. Es cierto que disponer de un empleo favorece la inserción social en cuanto que supone un camino hacia la autonomía económica y personal, así como una oportunidad de interactuar y participar en grupos y ambientes sociales distintos de los que son propios del submundo de la marginación y de la dependencia de las drogas. No obstante, la inserción laboral, siendo relevante no es lo único importante, es decir, puede considerarse una condición necesaria, pero no suficiente en el proceso de integración social en el que como se ha indicado también hay que abordar otras áreas (familiar, educativa, social, jurídico-penal, recreativa, etc.).



## V

### LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES CLAVE

En consonancia con versiones anteriores del plan, las líneas estratégicas del VII Plan regional sobre drogas de Castilla y León son las siguientes:

1. Prevención del consumo de drogas, incluidas actuaciones de regulación y control.
2. Disminución de los riesgos y reducción de los daños.
3. Asistencia e integración social
4. Formación, investigación y sistemas de información.
5. Participación social, coordinación y cooperación institucional.

En cada una de las líneas estratégicas, se indican las acciones clave vinculadas al objetivo general y los objetivos específicos que se pretenden conseguir.

En la selección de las acciones clave se ha tenido en cuenta la evidencia disponible, las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales y, cuando ambos soportes no han sido posibles, la fundamentación teórica de la acción o su apoyo en buenas prácticas documentadas. Asimismo, se ha tenido en cuenta la factibilidad de la acción, la posibilidad de llevarla a cabo a medio plazo con los recursos y estructuras necesarios disponibles en la actualidad o que se considera razonable que se pueda disponer de ellos durante la vigencia del plan.

Las acciones que figuran en este apartado no son todas las que se llevarán a cabo con el impulso del Plan, son, como su propio nombre indica, las que se consideran prioritarias y de una relevancia especial para alcanzar los objetivos planteados. Cada acción clave se relaciona con sus destinatarios y con los principales responsables de su realización.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 1 - DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

**Objetivo general:** Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes, cannabis y otras drogas.

### Objetivos específicos:

- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis y resto de las drogas.
- Modificar las normas sociales y culturales que favorecen el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente cuando éste se produce en menores de edad y adopta patrones de consumo nocivo en la población adulta.
- Reducir la aceptación social del consumo alcohol, cannabis e hipnosedantes.
- Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas, en especial de las bebidas alcohólicas en los menores de edad.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas en adolescentes.
- Promover entornos libres de alcohol y otras drogas para niños y adolescentes.

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
<b>Prevención escolar y extraescolar</b>		
Realización de programas acreditados de prevención escolar del consumo de drogas a nivel universal y selectivo.	Estudiantes de 10 a 16 años a nivel universal. Estudiantes de 15 a 17 años de primero de Formación profesional básica a nivel selectivo.	Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Implantación de una política escolar sobre drogas en los centros educativos en base al Decreto 51/2007, de 17 de mayo, por el que se regulan los derechos y deberes de los alumnos y la participación y los compromisos de las familias en el proceso educativo, y se establecen las normas de convivencia y disciplina en los centros educativos de Castilla y León, que forme parte del reglamento de régimen interior y del plan de convivencia, garantizando su cumplimiento, adoptando medidas de control estimular y protocolos de intervención educativa para afrontar los posibles episodios de consumo o de incitación al mismo.	Profesorado y miembros del consejo escolar de centros educativos de Educación Primaria y Secundaria y del consejo social de centros integrados de Formación Profesional, que aplican programas acreditados de prevención escolar.	Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades.



<b>Prevención escolar y extraescolar</b>		
Desarrollo de programas universales de prevención extraescolar del consumo de drogas como complemento de los programas acreditados de prevención escolar y familiar.	Menores de 10 a 14 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de programas específicos de prevención del consumo de alcohol y de otras drogas en asociaciones juveniles y en el ámbito del ocio y tiempo libre.	Menores de 10 a 16 años	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejo de la Juventud y asociaciones juveniles.
Establecimiento de relaciones de confianza que permitan el desarrollo posterior de intervenciones breves o talleres de prevención en el interior de las peñas o locales similares en los que se reúnen menores y jóvenes.	Responsables de peñas, menores y jóvenes peñistas o que participan en sus actividades.	Municipios, con el apoyo de las Diputaciones Provinciales en los que tengan de menos de 20.000 habitantes.
Aplicación de programas de prevención extraescolar en los centros de protección y acogida de menores.	Menores de 10 a 14 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
<b>Prevención familiar</b>		
Realización de programas acreditados de prevención familiar universal, selectiva e indicada del consumo de drogas.	Padres, tutores y menores de 9 a 16 años a nivel universal y selectivo. Padres, tutores y jóvenes de 12 a 21 años a nivel indicado.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
Desarrollo combinado de los programas universales de prevención escolar y familiar en los centros educativos que realizan los programas escolares.	Padres, tutores y menores de 9 a 16 años.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Asesoramiento y apoyo individual a familias con menores en situación de riesgo que abusan del alcohol y de otras drogas a través recursos preventivos provinciales de referencia y de otros recursos sociales y sanitarios.	Padres, tutores y menores en situación de riesgo con edades comprendidas entre los 15 y 18 años.	Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades. Consejería de Sanidad y entidades colaboradoras del tercer sector.
<b>Prevención laboral</b>		
Desarrollo de programas multicomponente de prevención del consumo de drogas en los centros de trabajo, preferentemente dentro de planes integrales de intervención en drogodependencias en el ámbito laboral, en especial en los sectores productivos con una mayor prevalencia y/o impacto en terceras personas.	Empresarios, gerentes, responsables y mandos intermedios, miembros de comités de seguridad y salud laboral, delegados de prevención, profesionales de servicios de prevención de riesgos laborales y trabajadores.	Consejerías de Empleo y Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas y, servicios de prevención de riesgos laborales, con la colaboración de entidades del tercer sector especializadas en prevención.



# Boletín Oficial de Castilla y León

BOCYL

Núm. 100

Lunes, 29 de mayo de 2017

Pág. 19374

<b>Prevención comunitaria</b>		
Creación de alianzas comunitarias institucionalmente respaldadas como estructuras estables de participación, cooperación y movilización de la comunidad para identificar problemas locales concretos en materia de drogas e impulsar acciones específicas y coordinadas para afrontarlos.	Población general	Delegaciones Territoriales de la Junta de Castilla y León, con la colaboración de los Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales, entidades del tercer sector y otras organizaciones de la sociedad civil.
Desarrollo intervenciones comunitarias multicomponente que incluyan estructuras de apoyo e impulso de las siguientes actuaciones preferentes: i) programas escolares y familiares de prevención; ii) formación de líderes de la comunidad; iii) control de la oferta para un estricto cumplimiento de la legislación vigente, especialmente en materia de alcohol; iv) programas de ocio de bajo riesgo; v) dispensación responsable de bebidas alcohólicas y vi) un componente de medios de comunicación para sensibilizar e informar a la comunidad sobre los riesgos del consumo de alcohol y de otras drogas y para difundir y promover la participación en los programas preventivos existentes.	Población general.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejerías de Sanidad y Educación, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y otras entidades colaboradoras.
<b>Prevención comunitaria</b>		
Promoción de centros, locales y establecimientos de ocio sin alcohol y otras drogas para menores de edad, utilizando preferentemente espacios comunitarios normalizados, en los que se realicen actividades supervisadas de fin de semana y en períodos de vacaciones en cuya preparación y desarrollo participen activamente los propios jóvenes.	Menores de edad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y empresarios del ocio y el entretenimiento.
Fomento del agente tutor, o figura similar, con funciones preventivas y de enlace entre la sociedad y los órganos de la administración de inspección y control en materia de drogas.	Agentes de la policía municipal.	Municipios de más de 20.000 habitantes.
Derivación de menores consumidores de alcohol y de jóvenes con consumos de riesgo con los que contacte la policía local y la Guardia Civil a programas acreditados de prevención y servicios sociales y de salud, incluidas las derivaciones como medidas sustitutorias de las sanciones impuestas a menores de edad por infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol.	Menores y jóvenes hasta 21 años de edad.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.



Colaboración con la industria del ocio y del entretenimiento para promover la existencia de locales e instalaciones polivalentes libres de alcohol (tipo <i>dry bar</i> ), que oferten actividades lúdicas saludables y bebidas sin alcohol a precios inferiores a los de las bebidas alcohólicas, como espacios alternativos a los bares, discotecas y zonas de «botellón».	Menores y jóvenes.	Empresarios del ocio y del entretenimiento, con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
<b>Estrategias ambientales de prevención</b>		
Regulación en las ordenanzas municipales de los municipios de más de 1.000 habitantes de una distancia mínima de 25 metros entre las puertas de los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas que soliciten una nueva licencia ambiental para desarrollar su actividad.	Propietarios de establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.	Municipios de más de 1.000 habitantes.
<b>Estrategias ambientales de prevención</b>		
Aprobación de ordenanzas municipales que regulen la creación y funcionamiento de peñas con local o espacios similares, especialmente en las zonas rurales, como lugares seguros y libres de alcohol para menores de edad y de otras drogas para toda la población.	Responsables de peñas con local o espacios similares.	Municipios, con el apoyo de las Diputaciones Provinciales en los que tengan menos de 20.000 habitantes.
Realización de un plan anual de inspección con controles aleatorios y selectivos ajustados a las necesidades detectadas a nivel local, sancionando a los infractores para garantizar el cumplimiento efectivo de la legislación vigente en materia de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas, especialmente cuando las infracciones afecten a menores de edad.	Responsables de la inspección y sanción de infracciones a la legislación vigente en materia de drogas. Población general	Consejería de Sanidad, Municipios, Delegación del Gobierno en Castilla y León (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado).
Asesoramiento y apoyo técnico a los municipios de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor tamaño, para incoar, tramitar y sancionar infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol	Responsables de tramitar y resolver expedientes sancionadores por infracciones a la legislación vigente en materia de alcohol y población general.	Diputaciones Provinciales.
Elaboración y aplicación de un protocolo de actuación para los agentes de la Guardia Civil con funciones de control del cumplimiento de la legislación vigente en materia de alcohol y de otras drogas.	Agentes de la Guardia Civil y población general.	Delegación del Gobierno en Castilla y León (Guardia Civil), con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Concesión condicionada de licencias ambientales para la venta y dispensación de bebidas alcohólicas que puedan ser revocadas en caso de infracción a la legislación vigente.	Propietarios y trabajadores de establecimientos comerciales, de hostelería y de ocio con licencia para suministrar alcohol.	Municipios.
Asociación de las licencias ambientales para la venta y dispensación de bebidas alcohólicas con la participación en actividades acreditadas de formación en dispensación responsable de alcohol.	Propietarios, gerentes y profesionales de establecimientos que venden y sirven bebidas alcohólicas.	Municipios, con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 2 – DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

**Objetivo general:** Reducir los riesgos y reducir los daños personales, familiares y sociales derivados del consumo de drogas.

### Objetivos específicos:

- Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas.
- Prevenir los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias en los consumidores de drogas.
- Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.
- Evitar la exposición al humo de tabaco, especialmente en el contexto laboral y escolar.

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
<b>Reducción de los accidentes de tráfico</b>		
Realización intensiva de controles aleatorios y selectivos de alcoholemia y de consumo de otras drogas en conductores, que vayan acompañados de sanciones efectivas a los infractores.	Conductores de vehículos a motor.	Policía municipal y Dirección General de Tráfico.
Inclusión de las pruebas de alcoholemia en programas comunitarios multicomponente que realicen campañas sostenidas de publicidad y concienciación institucional, formación en dispensación responsable de alcohol y acciones de control para hacer cumplir la ley.	Conductores de vehículos a motor, propietarios, gerentes y profesionales de establecimientos que sirven alcohol.	Dirección General de Tráfico, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Desarrollo de programas específicos de formación y asesoramiento a personas reincidentes en conducir bajo los efectos del alcohol o de otras drogas, derivándolas a centros especializados de tratamiento cuando se constate dependencia.	Conductores reincidentes en conducir bajo los efectos del alcohol o de otras drogas.	Dirección General de Tráfico, Policía municipal, Administración de Justicia., Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de talleres de formación sobre seguridad vial y consumo de alcohol y de otras drogas en autoescuelas y en otros ámbitos educativos.	Alumnos de autoescuela y jóvenes de 17 y 18 años.	Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales, autoescuelas y entidades colaboradoras del tercer sector.



<b>Intervenciones breves</b>		
Realización de detección precoz e intervenciones breves en pacientes fumadores y/o que abusan del alcohol en Atención Primaria.	Pacientes fumadores y/o con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.	Consejería de Sanidad con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Extensión, previa realización una experiencia piloto y evaluación de sus resultados, de la detección precoz e intervenciones breves a menores y adolescentes que abusan del alcohol y que son atendidos en servicios de urgencias hospitalarias y emergencias sanitarias, coordinando la acción de distintos profesionales para su derivación posterior a programas de prevención.	Menores y jóvenes que abusan del alcohol y que son atendidos en urgencias y emergencias sanitarias.	Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
Implantación progresiva de las intervenciones breves en trabajadores fumadores y/o que abusan del alcohol en los servicios de prevención de riesgos laborales.	Trabajadores fumadores y/o con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.	Servicios de prevención de riesgos laborales con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y los sindicatos y organizaciones empresariales más representativas.
Realización de detección precoz e intervenciones breves para evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en mujeres que están intentando concebir y durante la gestación y lactancia.	Mujeres que están intentando concebir y durante la gestación y lactancia.	Consejería de Sanidad con el apoyo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
<b>Otras acciones clave de disminución de los riesgos</b>		
Implantación de protocolos acreditados de servicio responsable y de seguridad en establecimientos donde se dispensan bebidas alcohólicas, especialmente en aquellos en los que es frecuente la concentración de un gran número de clientes, identificando estos locales como socialmente responsables.	Propietarios, gerentes y profesionales de establecimientos que sirven alcohol.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y propietarios de establecimientos con licencia para servir bebidas alcohólicas.
Realización de talleres breves de sensibilización y reducción del consumo con adolescentes y jóvenes que han experimentado problemas por el abuso de alcohol.	Adolescentes y jóvenes	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales, en colaboración con las entidades del tercer sector.



<b>Otras acciones clave de disminución de los riesgos</b>		
Desarrollo de programas específicos de apoyo y asistencia terapéutica a la pareja e hijos de personas dependientes del alcohol y de otras drogas, aunque éstas todavía no se encuentren en tratamiento	Pareja e hijos de personas drogodependientes que se encuentren o no en tratamiento.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad y entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de acciones de detección precoz y atención temprana con niños que hayan sufrido abandono o maltrato por el abuso de alcohol y de otras drogas de sus progenitores, incluyendo la coordinación y cooperación entre profesionales.	Menores que hayan sufrido abandono o maltrato por abuso de alcohol y/o de otras drogas de sus progenitores.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Realización de programas de disminución de los riesgos y reducción de los daños en acontecimientos musicales, espacios recreativos y de fiesta y zonas de alta concentración de personas en las que se consume alcohol y otras drogas.	Consumidores de alcohol y de otras drogas que acuden a zonas de concurrencia masiva y a espacios recreativos y de fiesta.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
<b>Reducción de los daños en drogodependientes</b>		
Vacunación frente a enfermedades infectocontagiosas prevalentes en drogodependientes en prisiones y centros específicos de tratamiento.	Drogodependientes.	Consejería de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y entidades colaboradoras del tercer sector, con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Realización de programas de detección y control de la tuberculosis en centros específicos de tratamiento y prisiones.	Drogodependientes.	Consejería de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y entidades colaboradoras del tercer sector.
Atención a las necesidades básicas de la población drogodependiente que se encuentra en situación de emergencia social a través de programas y servicios especializados.	Drogodependientes	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de talleres de consumo de menor riesgo, sexo más seguro y de promoción de conductas saludables en centros y programas de atención a drogodependientes, incluida la realización de estos talleres en personas dependientes de las drogas que ejercen la prostitución.	Drogodependientes.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 3 - ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES

**Objetivo general:** Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, hipnosedantes, cannabis y otras drogas.

### Objetivos específicos:

- Facilitar el abandono del abuso y dependencia de drogas mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.
- Promover la integración social y laboral de las personas drogodependientes.

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
<b>Información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes (Servicios específicos de primer nivel)</b>		
Desarrollo de intervenciones estructuradas de información sobre recursos, captación, motivación, derivación, apoyo psicosocial al tratamiento especializado y al proceso de incorporación social, así como de apoyo y asesoramiento a la familia del drogodependiente.	Familiares, alcohólicos y personas dependientes de las drogas ilegales.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Implantación de un programa de ayuda mutua entre iguales para la acogida, acompañamiento y atención a las necesidades específicas de jóvenes dependientes del alcohol.	Jóvenes alcohólicos.	Asociaciones de alcohólicos rehabilitados con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
<b>Intervenciones en el ámbito laboral</b>		
Realización de intervenciones estructuradas de motivación y derivación de trabajadores drogodependientes para iniciar tratamiento, apoyo jurídico y mediación en posibles conflictos laborales, seguimiento de la situación laboral y del tratamiento especializado y apoyo tutelado de la reincorporación al puesto de trabajo.	Trabajadores drogodependientes.	Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades, organizaciones empresariales y sindicales más representativas y Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
<b>Tratamiento especializado</b>		
Realización de tratamientos farmacológicos y psicosociales de eficacia probada en centros específicos acreditados y especializados en régimen ambulatorio y residencial.	Alcohólicos, fumadores y personas dependientes de las drogas ilegales.	Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejo Comarcal de El Bierzo y entidades colaboradoras del tercer sector.



Implantación de un procedimiento homogéneo y estable de comunicación, coordinación y cooperación entre las redes de salud mental y de asistencia al drogodependiente que garantice la continuidad asistencial y el tratamiento coordinado de pacientes con patología dual.	Alcohólicos y personas dependientes de las drogas ilegales con otros trastornos mentales asociados.	Consejerías de Sanidad y de Familia e Igualdad de Oportunidades. Entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de tratamiento integral en centros específicos a mujeres drogodependientes que se encuentren embarazadas, acompañado de formación de la madre para la crianza temprana y de visitas domiciliarias realizadas regularmente por un profesional entrenado.	Mujeres drogodependientes embarazadas	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Sanidad y entidades colaboradoras del tercer sector.
Desarrollo de actuaciones asistenciales específicas en los centros acreditados de tratamiento con mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género.	Mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
<b>Intervenciones en drogodependientes con problemas jurídico-penales</b>		
Orientación y asesoramiento legal, así como sobre opciones de tratamiento, a drogodependientes con problemas jurídico-penales y a sus familiares a través de servicios especializados.	Familiares y drogodependientes con problemas jurídico-penales.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Desarrollo de programas de tratamiento de eficacia probada en centros penitenciarios que tengan continuidad fuera de la prisión mediante la coordinación y cooperación institucional y profesional.	Reclusos drogodependientes.	Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
Realización de tratamientos de eficacia probada con menores infractores drogodependientes que se encuentren privados de libertad en centros públicos de socialización y reforma.	Menores drogodependientes privados de libertad	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades colaboradoras del tercer sector.
<b>Integración sociolaboral</b>		
Utilización de la gestión por procesos en los programas y servicios específicos de integración sociolaboral de drogodependientes.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
Formación académica reglada, formación cultural y entrenamiento en habilidades para la vida, realizada en recursos propios o ajenos por centros y programas específicos para drogodependientes.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Apoyo residencial a drogodependientes en tratamiento o en proceso de reinserción social a través de distintas fórmulas.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.



# Boletín Oficial de Castilla y León

BOCYL

Núm. 100

Lunes, 29 de mayo de 2017

Pág. 19381

Realización de talleres y cursos de formación pre laboral, técnicas de búsqueda de empleo y formación profesional ocupacional de drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Entidades colaboradoras del tercer sector con la colaboración de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Incorporación de drogodependientes en tratamiento o en proceso de integración social a programas normalizados o especiales de formación para el empleo.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social.	Consejería de Empleo, entidades promotoras y entidades beneficiarias de ayudas del FSE.
Orientación, acompañamiento e intermediación laboral de drogodependientes con una baja empleabilidad a través de programas específicos o para colectivos con dificultades especiales para el acceso al mercado de trabajo.	Drogodependientes en tratamiento o en proceso de inserción social con una baja empleabilidad.	Consejerías de Empleo y de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.
Inserción laboral de drogodependientes rehabilitados a través de distintas fórmulas, incluido el autoempleo y el empleo protegido.	Drogodependientes rehabilitados en proceso de inserción social.	Consejerías de Empleo y de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales y entidades colaboradoras del tercer sector.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 4 - FORMACIÓN, EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

**Objetivo general:** Promover la formación, evaluación e investigación en materia de drogodependencias.

### Objetivos específicos:

- Estimular la formación de los profesionales y voluntarios que intervienen en drogodependencias.
- Mantener los sistemas de información del Plan regional sobre drogas, distribuyendo con agilidad los datos disponibles.
- Fomentar la investigación aplicada en materia de drogodependencias.
- Promover la evaluación periódica de los programas y servicios del Plan regional sobre drogas, en especial antes de su implantación generalizada.

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
<b>Formación</b>		
Diseño, realización y evaluación de un programa anual de formación dirigido preferentemente a capacitar a los responsables de llevar a cabo las acciones clave del Plan.	Profesionales y voluntarios que participan en el desarrollo del Plan regional sobre drogas.	Consejerías de Sanidad, Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales, agentes sociales y económicos más representativos, entidades del tercer sector y sociedades científicas como responsables más destacados.
<b>Sistemas de información, evaluación e investigación aplicada</b>		
Explotación y difusión de los datos correspondientes a Castilla y León de la encuesta a estudiantes de Educación Secundaria (ESTUDES).	Población general, responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran con el Plan regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.
Explotación y difusión de los datos correspondientes a Castilla y León de la encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas (EDADES).	Población general, responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran con el Plan regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.



<b>Sistemas de información, evaluación e investigación aplicada</b>		
Elaboración y difusión anual de la Memoria del Plan regional sobre drogas y de los informes del sistema autonómico de información sobre toxicomanías (SAITCyL), de los tratamientos con agonistas opiáceos y de los casos atendidos en los programas de prevención familiar indicada.	Población general, en especial responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Implantación de un nuevo sistema de información de los casos atendidos en los programas de prevención familiar indicada.	Responsables de los programas de prevención familiar indicada	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Elaboración y difusión de resultados, informes y publicaciones sobre aspectos relevantes que hagan más accesible la información disponible para la ejecución del Plan.	Responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Evaluación periódica de los programas y servicios del Plan regional sobre drogas, especialmente de aquellos que está previsto implantar de modo generalizado.	Responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades con la colaboración de otras entidades públicas y privadas que participan en el desarrollo del Plan.
Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con los centros, servicios y programas del Plan Regional sobre drogas.	Población general, en especial responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes, Diputaciones Provinciales, entidades del tercer sector y otras entidades públicas y privadas que participan en el desarrollo del Plan.
Evaluación intermedia del Plan regional sobre drogas a la mitad de su período de vigencia.	Población general, en especial responsables institucionales, profesionales y voluntarios que colaboran en el desarrollo del Plan Regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 5 - COORDINACIÓN Y COOPERACIÓN

**Objetivo general:** Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan regional sobre drogas.

### Objetivos específicos:

- Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías y centros directivos de la Administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan para la prevención del consumo de drogas y la asistencia normalizada e integración social del drogodependiente.
- Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León y con la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.
- Promover la participación social y la coordinación y cooperación con las entidades privadas del tercer sector.

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Participación en la Conferencia Sectorial y en la Comisión Interautonómica del Plan nacional sobre drogas.	Responsables institucionales del Plan nacional y regional sobre drogas.	Administración General del Estado y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación con la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas y con la Delegación del Gobierno en Castilla y León.	Responsables institucionales de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, de la Delegación del Gobierno en la Comunidad de Castilla y León y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, Delegación del Gobierno en la Comunidad de Castilla y León y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Mantenimiento de líneas estables de coordinación y cooperación entre las Consejerías y organismos autónomos de la Administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan, así como con las universidades públicas de Castilla y León, para la prevención del consumo de drogas y la asistencia normalizada e integración social del drogodependiente.	Responsables institucionales de las universidades públicas y de las Consejerías y organismos autónomos más directamente implicados en el desarrollo del Plan.	Consejerías competentes en materia de servicios sociales, educación, sanidad y empleo. Universidades públicas.
Comunicación, coordinación y cooperación con la Administración de Justicia para la rehabilitación e integración social de drogodependientes con problemas jurídico-penales.	Responsables institucionales de la Administración de Justicia y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía General del Estado, Consejo regional de la abogacía de Castilla y León y Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.



# Boletín Oficial de Castilla y León

BOCYL

Núm. 100

Lunes, 29 de mayo de 2017

Pág. 19385

Acciones clave	Destinatarios	Responsables de la ejecución
Mantenimiento de cauces permanentes de comunicación, coordinación y cooperación con las corporaciones locales a través de la Sección de la Red de planes sobre drogas, así como mediante subvenciones directas, comisiones, grupos de trabajo y otros instrumentos específicamente creados para fines o necesidades concretas.	Responsables técnicos e institucionales de las Corporaciones Locales y de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Municipios de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales.
Mantenimiento de cauces permanentes de comunicación, coordinación y cooperación con la iniciativa social a través de subvenciones directas, comisiones, grupos de trabajo y mediante otros instrumentos específicamente creados para fines o necesidades concretas.	Responsables técnicos e institucionales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y de las entidades del tercer sector que colaboran en el desarrollo del Plan regional sobre drogas.	Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y entidades del tercer sector colaboradoras.
Participación de la sociedad civil de la Comunidad Autónoma a través de la Sección de atención y prevención de drogodependencias del Consejo de Servicios Sociales de Castilla y León.	Responsables institucionales de las entidades públicas y privadas representadas en la sección	Entidades públicas y privadas representadas en la sección.



## VI

### SISTEMA DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE (SAISDE)

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, establece las características fundamentales del Sistema de Asistencia e integración social del drogodependiente (SAISDE). En el artículo 16 de la citada ley, se dispone que el SAISDE se estructura, al menos, en tres niveles básicos de intervención, atribuyendo al Plan regional sobre drogas la tarea de desarrollar detalladamente el sistema, con indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso y derivación de drogodependientes, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

El Sistema que se presenta a continuación incluye una oferta de programas, servicios y centros asistenciales suficiente y de calidad para el tratamiento de los problemas derivados del abuso y dependencia del alcohol, tabaco y resto de las drogas. El sistema incluye centros y servicios generales, especializados y específicos del Sistema de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León, complementados con recursos privados debidamente acreditados cuando las necesidades de la población así lo determinen y con el fin de ampliar y diversificar la oferta asistencial.

#### PRIMER NIVEL

El primer nivel es la principal puerta de entrada al sistema y sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente de entre todos los que forman parte de la red asistencial. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento, así como la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de la persona drogodependiente y de su familia. Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de servicios sociales y recursos específicos con programas de atención al drogodependiente con distinto nivel de exigencia.

La configuración de este nivel por centros y servicios, con indicación de la accesibilidad, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de ellos, es la siguiente:

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

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Demarcación territorial: Zona básica de salud y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

Funciones:

- Detección precoz de consumos de riesgo y problemas de salud por abuso y dependencia de las drogas, en especial del alcohol y del tabaco.
- Derivación de casos al segundo nivel para iniciar o continuar tratamiento.



- Consejo sanitario antitabaco en fumadores habituales e intervenciones breves en pacientes con consumos de riesgo de alcohol.
- Educación sanitaria para disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Prevención, control y seguimiento, en estrecha colaboración con el nivel especializado del Sistema de salud, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.

Derivaciones: a los servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes (centros específicos de primer nivel) y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

## **Centros de Acción Social (CEAS)**

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del primer nivel.

Demarcación territorial: Zona básica de acción social y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

Funciones:

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz de personas con problemas de abuso y dependencia de las drogas.
- Derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Atención a la problemática social del drogodependiente y de su familia.
- Apoyo al proceso de integración social.

Derivaciones: A los servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes (centros específicos de primer nivel) y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

## **Centros específicos de primer nivel (Servicios generales de información, orientación, apoyo y seguimiento de personas drogodependientes).**

Son el recurso de referencia en el primer nivel y a él deben derivarse las personas que necesitan una intervención motivacional de cierta intensidad y los casos, que por sus características, dificultades o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del primer nivel.

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema, en particular del primer nivel.

Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

**Funciones:**

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación, preferentemente activa, de personas con problemas de dependencia del alcohol y del resto de las drogas.
- Motivación y derivación de casos al segundo nivel para iniciar tratamiento.
- Apoyo al proceso de incorporación social.
- Apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo de la persona drogodependiente.
- Educación destinada a disminuir el riesgo y reducir los daños relacionados con el consumo de drogas.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

**Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral**

Los servicios de referencia a nivel autonómico de mediación, orientación, asesoramiento y motivación de drogodependientes en el ámbito laboral están gestionados en la actualidad por los agentes sociales más representativos de Castilla y León.

Acceso: directo o por derivación de la red de mediadores y de otros recursos para la intervención en drogodependencias en el ámbito laboral.

Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

**Funciones:**

- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección precoz y captación de trabajadores/as con problemas de abuso y dependencia del alcohol, tabaco y resto de las drogas.
- Apoyo jurídico y mediación en los posibles conflictos laborales.
- Motivación y derivación de trabajadores/as que fuman y/o que abusan del alcohol a intervenciones de deshabituación.
- Motivación y derivación de trabajadores dependientes de las drogas ilegales a centros y servicios específicos del segundo nivel asistencial para iniciar tratamiento.
- Seguimiento de la situación laboral y del tratamiento seguido por el trabajador/a drogodependiente.



- Apoyo tutelado para la reincorporación al puesto laboral del trabajador/a drogodependiente rehabilitado.

Principales derivaciones: a los Equipos de Atención Primaria de Salud y a los centros y servicios de tratamiento especializado del segundo nivel asistencial.

### **Servicios de orientación y asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales**

Estos servicios proporcionan un apoyo técnico especializado a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales con objeto de mejorar su desarrollo personal y su participación en la vida comunitaria.

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema, en particular del primer nivel.

Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Funciones:

- Orientación legal al drogodependiente y a su familia.
- Información y orientación sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- Detección y captación de personas con problemas de drogodependencias.
- Motivación y derivación de casos para iniciar tratamiento.

Principales derivaciones: a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

### **Servicios de atención de emergencia social para personas con drogodependencia.**

La función básica de los servicios de emergencia social es conectar, acoger y realizar una intervención con la población drogodependiente, en especial aquella que presenta graves problemas de exclusión social, con el fin de atender sus necesidades básicas, mejorar su calidad de vida y, si es posible, ponerla en contacto con otros recursos de mayor exigencia de la red asistencial.

Acceso. Accesibilidad y flexibilidad máximas. Grado de exigencia bajo.

Demarcación territorial: variable, pudiendo ser provincial o menor dependiendo del tipo de servicio de que se trate y teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Suministro de preservativos, jeringuillas y otros útiles de consumo.
- Servicios de higiene personal y lavandería.
- Espacios de estancia y descanso, con la posibilidad de incluir zona de dormitorio en algunos casos.
- Suministro de comidas y bebidas.



- Suministro de diversa información útil, en especial sobre recursos asistenciales para drogodependientes.
- Educación destinada a reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Atención de diversa índole: jurídica, social, laboral, etc., sirviendo de nexo de unión entre la persona drogodependiente y el Sistema de Salud y de Servicios Sociales.

Principales derivaciones: a los CEPN, al nivel de Atención Primaria del Sistema de Salud y de Servicios Sociales y a los recursos especializados de tratamiento del segundo nivel.

## SEGUNDO NIVEL

El segundo nivel del sistema es el eje sobre el que se vertebría buena parte del proceso de asistencia al drogodependiente a través de equipos ambulatorios multidisciplinares, que son los encargados de diseñar y desarrollar planes individualizados de tratamiento especializado. Estos planes requieren con frecuencia la coordinación y utilización de otros dispositivos asistenciales del sistema. Los recursos ambulatorios de referencia para el tratamiento de las personas drogodependientes, son los centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes, CAD, también denominados Servicios de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia.

La oferta de tratamiento del segundo nivel se caracteriza por su diversidad y globalidad, ya que en ella tienen cabida de una forma integral intervenciones sanitarias, tanto médicas como psicológicas y de enfermería, así como de incorporación social. También es característica de este nivel la flexibilidad de acceso y de enfoque terapéutico, en el que conviven tratamientos con sustitutivos de distinto nivel de exigencia y programas libres de drogas.

Los recursos que forman parte de este nivel presentan un diferente grado de especialización en drogodependencias, pudiendo agruparse de acuerdo con este criterio del siguiente modo:

- Recursos especializados de carácter general: Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias: CAD, UTAS, servicios de tratamiento del tabaquismo, unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo, centros de día para drogodependientes y programas asistenciales en centros penitenciarios.

El acceso, demarcación territorial, principales derivaciones y funciones asignadas a cada uno de los recursos de este nivel son los que se presentan a continuación:

**Centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes - CAD (Servicios de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia).**

Son el recurso de referencia en el segundo nivel asistencial para realizar tratamientos ambulatorios sociosanitarios a personas drogodependientes con el fin último de apoyar un proyecto de vida sin drogas y su integración familiar y social. A los CAD se deben derivar



los casos más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del primer y segundo nivel.

Acceso: directo o por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

Demarcación territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Principales funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de drogodependientes, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Realización de curas y atenciones básicas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: a los CEPN, a los dispositivos asistenciales del tercer nivel y a los recursos generales y especializados de integración sociolaboral.

## Unidades para el tratamiento del alcoholismo

A las unidades para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo (UTA) se deben derivar los casos de dependencia del alcohol más complejos, menos motivados y, en definitiva, todos aquellos, que por sus características o necesidades, desborden las posibilidades de intervención del resto de los recursos del segundo nivel.

Acceso: por derivación de los Equipos de Salud Mental de Distrito y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Demarcación Territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de pacientes con dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales asociados a la dependencia del alcohol.

Principales derivaciones: A las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, a las Unidades de hospitalización psiquiátrica, a los centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos y a los recursos generales y servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia.



## Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo

Acceso: directo y por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral.

Demarcación Territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica del fumador
- Realización de terapia individual y de grupo para dejar de fumar.

Derivaciones: A las unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo a través de los Equipos de Atención Primaria.

## Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo

Estas unidades o consultas de referencia, intra o extra hospitalarias, atienden los casos más complejos de personas fumadoras: alta dependencia de la nicotina, fracasos previos en los intentos de dejar de fumar, problemas graves de salud relacionados con el uso del tabaco, trastornos mentales asociados, mujeres embarazadas o en período de lactancia, etc.

Acceso: por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud o de otras consultas de atención especializada.

Demarcación Territorial: Área de Salud teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica y tratamiento intensivo multicomponente, psicosocial y farmacológico.

## Centros de día para drogodependientes

Acceso: directo y por derivación de los recursos del primer y segundo nivel.

Demarcación territorial: provincia.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen intermedio, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.



- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Coordinación, apoyo y desarrollo del programa individualizado de integración social, en colaboración con los recursos generales y especializados.

Principales derivaciones: a los recursos del tercer nivel y a los recursos generales y servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia.

### **Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)**

Acceso: por derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Demarcación territorial: Distrito Psiquiátrico y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación de drogodependientes, especialmente de aquellos que presentan dependencia alcohólica.
- Tratamiento de los trastornos mentales del drogodependiente.
- Atención ambulatoria a las urgencias psiquiátricas provocadas por el abuso y dependencia de las drogas.

Principales derivaciones: A los CEPN, en especial a los específicos para pacientes con dependencia alcohólica; a las UTAS; a los CAD y a los recursos del tercer nivel.

### **Programas asistenciales en centros penitenciarios**

Ofrecen una variada gama de prestaciones asistenciales, algunas de ellas específicas, a la población de reclusos drogodependientes. Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación en el propio centro penitenciario, ya sea en régimen ambulatorio/centro de día o en módulo terapéutico.
- Tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Motivación y derivación de casos para iniciar o continuar tratamiento fuera de la prisión.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.



- Realización de programas de reinserción social de la población reclusa drogodependiente, en colaboración con los recursos comunitarios de integración social.

## **Servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia**

Ofrecen una variada gama de prestaciones de apoyo técnico a personas drogodependientes rehabilitadas o en proceso de rehabilitación para su incorporación al mundo laboral. Estos servicios se dirigen especialmente a personas en riesgo de exclusión social y/o baja empleabilidad, con especial atención a las procedentes del medio penitenciario.

Acceso: directo y por derivación del resto de los recursos del sistema.

Demarcación territorial: provincia o menor teniendo en cuenta el mapa vigente de unidades básicas de ordenación y servicios en zonas rurales.

Entre sus funciones se pueden destacar las siguientes:

- Formación académica a través de cursos reglados, formación cultural y entrenamiento en habilidades para la vida en centros de tratamiento.
- Formación prelaboral y técnicas de búsqueda de empleo en centros de tratamiento.
- Formación profesional ocupacional en profesiones consideradas yacimientos de empleo.
- Formación para el empleo, potenciando la inclusión en escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo y programas del FSE.
- Orientación e intermediación laboral a través de programas y servicios dirigidos a personas con dificultades especiales para acceder al mercado laboral.
- Inserción laboral a través de distintas fórmulas, autoempleo y empleo protegido incluido.
- Orientación, apoyo psicosocial y seguimiento del afectado y de su familia.
- Soporte residencial a través de distintas fórmulas: pisos, centros específicos de reinserción, residencias y casas de acogida.

Principales derivaciones: a los recursos y oportunidades generalistas de integración social que existen en la comunidad.

## **TERCER NIVEL**

El tercer nivel del SAISDE está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento en régimen residencial de las personas drogodependientes. A estos dispositivos se accede por derivación de centros o servicios de tratamiento especializado del segundo y tercer nivel. Está integrado por los siguientes recursos:



## **Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)**

Acceso: por derivación de los ESMD, UTA, CAD y centros de día.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Función: Desintoxicación hospitalaria de drogodependientes.

Derivaciones: a los recursos que enviaron el paciente a la unidad o a los dispositivos asistenciales del tercer nivel (comunidad terapéutica o CRA).

## **Unidades de patología dual**

Acceso: por derivación de los ESMD, UTA, CAD y excepcionalmente por otros dispositivos de la red de salud mental.

Demarcación territorial: Comunidad Autónoma.

Funciones: Tratamiento integrado de la descompensación clínica aguda de pacientes drogodependientes con otros trastornos mentales asociados.

Derivaciones: a los recursos que enviaron el paciente a la unidad o a los dispositivos asistenciales del tercer nivel (comunidad terapéutica o CRA).

## **Comunidades terapéuticas para drogodependientes (Servicios de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia).**

A través de estos servicios se proporciona una asistencia integral, continuada, intensiva y adaptada a las necesidades de las personas drogodependientes, con el fin de potenciar sus capacidades para favorecer un proyecto de vida sin drogas y su integración familiar y social.

Acceso: por derivación de recursos asistenciales del segundo y tercer nivel.

Demarcación Territorial: Comunidad Autónoma.

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen residencial, incluida la realización de tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de drogas.
- Realización de curas y atenciones básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.



- Formación prelaboral y profesional ocupacional para drogodependientes en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a drogodependientes en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales del paciente tras su salida de la comunidad.

Derivaciones: Al recurso ambulatorio del segundo nivel que realizó la derivación o que le corresponda al paciente por su lugar de residencia en el resto de los casos.

**Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (Servicios de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo).**

A través de estos servicios se proporciona una asistencia integral, continuada, intensiva y adaptada a las necesidades de las personas con problemas de alcoholismo, con el fin de potenciar sus capacidades para favorecer un proyecto de vida sin alcohol y otras drogas y su integración familiar y social.

Acceso: por derivación de recursos asistenciales del segundo y tercer nivel.

Demarcación territorial: Comunidad Autónoma

Funciones:

- Evaluación diagnóstica, desintoxicación, deshabituación y rehabilitación de personas con problemas de alcoholismo en régimen residencial.
- Educación destinada a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de alcohol y de otras drogas.
- Prevención de enfermedades infectocontagiosas y seguimiento, en estrecha colaboración con el Sistema de Salud de Castilla y León, de la patología orgánica y de los trastornos mentales asociados al consumo de alcohol y de otras drogas.
- Realización de curas y atenciones básicas.
- Seguimiento de la situación familiar, judicial y de la problemática social de las personas en tratamiento.
- Formación prelaboral y profesional ocupacional para personas con problemas de alcoholismo en tratamiento con baja empleabilidad.
- Soporte residencial temporal a las personas con problemas de alcoholismo en tratamiento.
- Coordinación con recursos externos para asegurar la cobertura de las necesidades sociales del paciente tras su salida del centro.

Derivaciones: al recurso ambulatorio del segundo nivel que realizó la derivación o que le corresponda al paciente por su lugar de residencia en el resto de los casos.



## Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

Acceso: desde los servicios hospitalarios de urgencias o por derivación de los ESMD y de las UTA.

Demarcación territorial: Área de Salud y unidades básicas de ordenación y servicios en las zonas rurales.

Funciones:

- Desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos.
- Atención a las urgencias psiquiátricas relacionadas con el abuso y dependencia del alcohol y de otras drogas.

Derivaciones: a los recursos asistenciales del segundo y tercer nivel (comunidades terapéuticas y CRA).



## VII

### EVALUACIÓN

La evaluación del VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021), se realizará a tres niveles utilizando fundamentalmente como fuente de datos el Sistema de información sobre drogas (SID) de Castilla y León. Por un lado, se llevará a cabo una evaluación continua con el fin de conocer los progresos que se produzcan en la realización de las acciones clave; por otro lado, se realizará una evaluación intermedia en el año 2019 y, por último, una evaluación final mediante una serie de indicadores clave con los que valorar el grado de cumplimiento de los objetivos del Plan.

El seguimiento anual pretende detectar desviaciones en las acciones previstas, introduciendo las medidas correctoras oportunas que permitan avanzar en la consecución de los objetivos. Asimismo, se contempla la identificación de nuevas necesidades o de problemas emergentes que requieran adaptaciones o nuevas actuaciones en las diferentes líneas estratégicas del Plan.

Las fuentes de información para evaluar el impacto y los resultados del Plan cuentan con la estandarización y validación suficiente como para garantizar el suministro de datos fiables y objetivamente verificables con los que valorar la evolución de los distintos indicadores seleccionados. Dichas fuentes y su dependencia institucional se enumeran a continuación:

#### Fuentes de carácter nacional:

##### 1. Instituto Nacional de Estadística:

- Encuesta de morbilidad hospitalaria.
- Encuesta nacional de salud.
- Encuesta de población activa.
- Registro de defunciones según causa de muerte.

##### 2. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:

- Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES).

##### 3. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación:

- Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).
- Registro nacional de casos de sida.

##### 4. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses:

- Registro de muertes por consumo de sustancias psicoactivas.



5. Instituto Nacional de la Juventud:

- Informes sobre la juventud.

6. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias:

- Registro anual de intervenciones en drogodependientes en centros penitenciarios.

#### **Fuentes de carácter autonómico:**

1. Sistema de Información sobre Drogas de Castilla y León:

- Encuesta sobre consumo de drogas a la población general de Castilla y León.
- Memoria anual del Plan regional sobre drogas.
- Sistema autonómico de información sobre toxicomanías SAITCyL (indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas, indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas e indicador de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas).
- Registro de pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos y pacientes en tratamiento en comunidades terapéuticas y centros residenciales de rehabilitación de alcohólicos.
- Encuestas de satisfacción con los programas de prevención y con las intervenciones asistenciales.
- Registro de casos de menores y jóvenes atendidos en los programas de prevención familiar.
- Registro de participantes en los programas de prevención escolar.

2. Dirección General de Salud Pública:

- Registro regional de sida
- Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).

3. Gerencia de Servicios Sociales:

- Registro de menores en protección y reforma.
- Sistema de atención a usuarios de servicios sociales (SAUSS).
- Renta garantizada de ciudadanía.

4. Gerencia Regional de Salud:

- Registro del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de los ingresos hospitalarios.
- Cartera de servicios de Atención Primaria.
- Emergencias sanitarias de Castilla y León.

5. Dirección General de Tráfico:

- Estadísticas de controles de alcoholemia y otras drogas.



En la evaluación intermedia se analizarán cada una de las actuaciones clave previstas en el plan, valorando su grado de desarrollo y su cobertura.

A continuación se enumeran los indicadores que está previsto utilizar para la evaluación final del Plan, especificando el tipo de objetivos que van a evaluar.

Los indicadores se han catalogado en función de si valoran objetivos de proceso o de resultado. Se clasifican como indicadores de proceso, si valoran acciones necesarias para conseguir los resultados previstos, y como indicadores de resultado, si miden los cambios que se quieren obtener, teniendo en cuenta que los resultados pueden ser a corto plazo (CP), intermedios (IM) y finales o de impacto. Esta clasificación también permite valorar los indicadores en función de la importancia de los mismos.

La relación de indicadores no es rígida ni está definitivamente cerrada. La experiencia en evaluaciones previas muestra que en ocasiones es necesario incorporar nuevos indicadores o introducir ligeras variaciones en los previstos para adaptarse a las exigencias y limitaciones que impone la realidad.

En la siguiente tabla se resumen los diferentes indicadores para cada objetivo, así como el tipo de indicador de que se trata:

*Tabla 28. Indicadores de VII Plan Regional sobre Drogas*

Objetivos		Número de indicadores	
		Proceso	Resultados
Estratégico	1. Mortalidad	-	3 finales
	2. Morbilidad	-	8 finales
	3. Problemas sociales	-	3 intermedios
Objetivo General 1	1. Prevalencia de consumo de alcohol	2	6 intermedios 4 corto plazo
	2. Prevalencia de consumo de tabaco	-	5 intermedios 4 corto plazo
	3. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta y de drogas ilegales	1	12 intermedios 10 corto plazo
Objetivo General 2	Reducción de los riesgos y de los daños	2	6 intermedios 7 corto plazo
Objetivo General 3	Promover la formación, investigación y evaluación	1	4 corto plazo
Objetivo General 4	Potenciar la participación, coordinación y cooperación		3 corto plazo
Total	81 indicadores	6	11 finales 32 intermedios 32 corto plazo



## Evaluación de objetivos

### 1. Evaluación del objetivo estratégico:

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

#### 1.1.– Mortalidad: Indicadores de resultados finales o de impacto

1. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de bebidas alcohólicas.
2. Tasa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco.
3. Tasa de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

#### 1.2.– Morbilidad: Indicadores de resultados finales o de impacto

1. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de alcohol.
2. Proporción de altas hospitalarias ocasionadas por enfermedades que se relacionan con el consumo de tabaco.
3. Prevalencia de VIH en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.
4. Prevalencia de sida en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.
5. Proporción de portadores crónicos de hepatitis B en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.
6. Prevalencia de seropositivos a la hepatitis C en la población drogodependiente que inicia tratamiento por primera vez.
7. Prevalencia de tuberculosis en los últimos 12 meses en la población drogodependiente.
8. Prevalencia de patología dual en la población drogodependiente.

#### 1.3.– Problemas sociales relacionados con el abuso de drogas: Indicadores de resultados intermedios.

1. Proporción de drogodependientes en tratamiento que tiene problemas pendientes con la Administración de Justicia.
2. Diferencial de la proporción de desempleados en la población drogodependiente que se encuentra en tratamiento ambulatorio y la tasa de paro en población activa.
3. Proporción de la población de drogodependientes en tratamiento ambulatorio que vive en alojamientos inestables o precarios.



## 2. Evaluación de los objetivos generales:

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

### **Objetivo general 1.1.- Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas.**

1. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas todos los fines de semana.
2. (IM) Prevalencia de la población de estudiantes de 14 a 18 años que consumen bebidas alcohólicas en el último mes.

### Objetivos específicos:

#### **Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol:**

3. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede suponer bastantes o muchos problemas.
4. (CP) Proporción de la población general que considera que consumir 5 o 6 cañas/copas cada día puede suponer bastantes o muchos problemas

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

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

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

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

### **Retrasar la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas:**

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

### **Promover entornos libres de alcohol y de otras drogas para niños y adolescentes**

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

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

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

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

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

**Objetivo general 1.2.– Prevalencia de consumo de tabaco**

- 1-2. (IM) Prevalencia de personas que fuman a diario en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días. (2 indicadores).
3. (CP) Proporción de la población general que se ha planteado seriamente dejar de fumar en el último mes.

Objetivos específicos:

**Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de tabaco:**

4. (CP) Proporción de la población general que considera que fumar un paquete de tabaco a diario es muy o bastante arriesgado.
5. (CP) Proporción de estudiantes de 14 a 18 años que considera que fumar un paquete de tabaco a diario puede suponer bastantes o muchos problemas.

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

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

**Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco:**

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

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

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

**Objetivo general 1.3.– Prevalencia de consumo de hipnosedantes y drogas ilegales.**

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

Objetivos específicos:

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

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



**Reducir la aceptación social del consumo de cannabis e hipnosedantes sin receta:**

13. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que perciben que sus padres y madres no les permitirían en absoluto consumir hachís o marihuana.

**Reducir la disponibilidad percibida de las distintas drogas:**

- 14-16. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que considera fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales (3 indicadores).

**Retrasar la edad de inicio en el consumo de distintas drogas:**

- 17-19. (IM) Edad de inicio en el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en la población de estudiantes de 14 a 18 años (3 indicadores).

**Facilitar el abandono de la dependencia a las drogas ilegales mediante programas y servicios asistenciales accesibles, eficaces y de calidad.**

- 20-22. (IM) Proporción de altas terapéuticas en programas y servicios asistenciales específicos (CAD, centros de día y comunidad terapéutica) (3 indicadores).

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

23. (P) Proporción de drogodependientes en tratamiento que participan en actuaciones de formación e integración laboral.

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

Objetivos específicos:

**Reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras drogas:**

- 1-2. (CP) Proporción de alcoholemias y controles de otras drogas positivos en controles por accidentes de circulación.

3. (CP) Proporción de alcoholemias positivas en controles preventivos a conductores.

**Prevenir los comportamientos de alto riesgo y sus consecuencias en los consumidores de alcohol y otras drogas.**

4. (IM) Prevalencia en la población general de personas con consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.

- 5-6. (IM) Prevalencia de la población general y de estudiantes de 14 a 18 años que en los últimos 30 días han consumido 5 ó más cañas/copas de alcohol en un período de 2 horas (2 indicadores).

- 7-8. (IM) Prevalencia en la población general y de estudiantes de 14 a 18 años con policonsumo o consumo de dos o más drogas, excluido el tabaco, en el último mes (2 indicadores).



9-10.(CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de bebidas alcohólicas en menores de 18 años y de 18 o más años (2 indicadores).

11. (CP) Tasa de incidencia por 100.000 habitantes personas mayores de 15 años de urgencias hospitalarias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales.
12. (IM) Proporción de personas drogodependientes que acuden por primera vez a tratamiento y han utilizado la vía inyectada en el último año o en el último mes.

**Evitar la exposición al humo del tabaco especialmente en el contexto laboral y en niños y adolescentes.**

13. (CP) Proporción de la población de estudiantes de 14 a 18 años que ha observado fumar tabaco dentro del recinto del centro escolar.

**Reducir los daños sufridos por las personas del entorno del drogodependiente, prestando una especial atención a evitar los daños y las alteraciones provocadas en el desarrollo infantil por el consumo de drogas en los padres y madres.**

14. (P) Porcentaje de mujeres que están intentando concebir, embarazadas y en período de lactancia incluidas en el Servicio de Atención a la embarazada de Atención Primaria a las que se ha ofrecido consejo sanitario para no fumar y no consumir alcohol.
15. (P) Porcentaje de menores que han sufrido abandono o maltrato por el abuso de alcohol u otras drogas por parte de sus progenitores en los que se realizan intervenciones tempranas.

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

**Objetivos específicos:**

**Estimular la formación de los profesionales y voluntarios que intervienen en drogodependencias.**

1. (P) Realización de un plan anual de formación.
2. (CP) Proporción de técnicos del área de drogodependencias (de las administraciones autonómica-local y de las entidades del tercer sector) que participan en al menos una actividad formativa al año.

**Mantener los sistemas de información del Plan regional sobre drogas, distribuyendo con agilidad los datos disponibles.**

3. (CP) Proporción de informes periódicos realizados y difundidos sin un desfase mayor de un año desde la disponibilidad de los datos.

**Fomentar la investigación aplicada en materia de drogodependencias.**

4. (CP) Número anual de estudios e investigaciones realizadas en el marco o en colaboración con el Plan regional sobre drogas.



**Promover la evaluación periódica de los programas y servicios del Plan regional sobre drogas, en especial antes de su implantación generalizada.**

5. (CP) Proporción de programas con evaluación del proceso antes de su generalización.

***Objetivo general 4.– Optimizar la coordinación y cooperación institucional para el desarrollo del Plan regional sobre drogas.***

**Objetivos específicos:**

**Fomentar la coordinación y cooperación entre las Consejerías y centros directivos de la Administración autonómica más directamente implicados en el desarrollo del Plan.**

1. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.

**Potenciar la coordinación y cooperación con otras administraciones públicas, en especial con las corporaciones locales de Castilla y León.**

2. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.

**Promover la participación social y la coordinación y cooperación con las entidades privadas del tercer sector.**

3. (CP) Número de acuerdos y documentos técnicos aprobados como consecuencia de la coordinación y cooperación institucional.



## VIII

### FINANCIACIÓN

La financiación del VII Plan regional sobre drogas en el período 2017-2021 se ajustará a los objetivos, líneas estratégicas y acciones clave previstas en el plan, considerando para ello la evidencia científica disponible, el seguimiento y la evaluación de las actuaciones desarrolladas.

Para la financiación de las actuaciones específicas en materia de drogodependencias que son responsabilidad de la Administración de la Comunidad de Castilla y León se prevé una dotación económica global en sus presupuestos generales de 47.911.621 euros, distribuida de la siguiente forma por anualidades:

Anualidad	Dotación económica
2017	9.578.318 €
2018	9.578.988 €
2019	9.582.564 €
2020	9.583.910 €
2021	9.587.841 €
TOTAL	47.911.621 €

A efectos presupuestarios, por actuaciones específicas en materia de drogodependencias se consideran aquellas que se realizan específicamente para prevenir el consumo de drogas en diversos ámbitos, para formar específicamente en este campo a profesionales y voluntarios, para atender las necesidades de tratamiento y de reinserción social de las personas drogodependientes mediante recursos específicos y para la realización de estudios específicos en materia de drogas y de las consecuencias derivadas de su consumo. No se consideran para el cómputo presupuestario las actuaciones que se realizan con carácter general o para colectivos con necesidades especiales y de las que se pueden beneficiar personas consumidoras de drogas, tampoco las que abordan con mayor o menor intensidad el uso y abuso de drogas junto con otros problemas o necesidades.

El objetivo de dichos fondos será garantizar el mantenimiento de los centros, servicios, programas y prestaciones específicas que se vienen desarrollando y proporcionando y que han demostrado su eficacia y viabilidad, así como el adecuado sostenimiento de las nuevas actuaciones que está previsto realizar o que sea preciso implantar por la detección de problemas emergentes o nuevas necesidades.



## ANEXO 1

### REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

#### 1. PREVENCIÓN

##### 1.1. Programas de prevención escolar

Los programas de prevención escolar que combinan intervenciones basadas en la influencia social y en el entrenamiento en habilidades para la vida realizados mediante métodos interactivos han demostrado ser efectivos para reducir el consumo de alcohol y de otras drogas. Los efectos positivos de los programas de alta calidad son limitados y tienden a atenuarse con el paso del tiempo. Programas escolares y familiares bien evaluados y con buenos resultados suelen abordar todas las drogas simultáneamente y no son específicos para cada una de ellas.

Hay evidencia de que la intervención con pares en los programas de prevención escolar es efectiva para reducir el consumo de todo tipo de drogas inmediatamente después de la intervención, pero que estos relativos efectos positivos no se mantienen a un año o dos de seguimiento.

Además de programas escolares de calidad aplicados con fidelidad, es preciso que los centros educativos cuenten con una política escolar sobre drogas en la que se enmarquen dichos programas. Un componente clave de esa política escolar es disponer de una normativa del centro sobre el consumo de drogas, así como de protocolos de control estimular de su cumplimiento que identifiquen los lugares o períodos temporales en los que el consumo de drogas es más frecuente o más probable y que establezcan medidas para supervisar estos «facilitadores» del consumo. Una buena política escolar sobre drogas es aquella que su vez proporciona refuerzo positivo por el cumplimiento de la normativa del centro.

Distintos organismos internacionales recomiendan incluir la perspectiva de género en los programas de prevención debido a los distintos patrones de consumo, consecuencias y factores de riesgo y de protección existentes entre mujeres y hombres. Se ha observado que la baja autoestima, la presencia de antecedentes traumáticos, de trastornos de la alimentación o del estado de ánimo son factores de riesgo de mayor incidencia en las mujeres que en los hombres, mientras que en éstos, la falta de autocontrol y los factores del entorno tiene mayor peso.

En el caso de los programas de prevención escolar basados en el modelo de influencia social, los estudios no son concluyentes en determinar si los programas tienen efectos diferenciales por sexo, aunque la mayor parte de ellos consiguen mejores resultados en las chicas. Sin embargo, algunos estudios concluyen que no hay diferencias en los resultados y otros encuentran mejores resultados en los chicos.

Actualmente, no hay evidencia suficiente para determinar si los programas de prevención universal tienen que ser específicos para chicos y para chicas.

##### 1.2. Programas de prevención familiar

Los programas de entrenamiento en habilidades dirigidos al conjunto de la familia, con sesiones para padres, hijos y sesiones conjuntas padres-hijos, que cambian las



dinámicas familiares, son los programas educativos de prevención más efectivos, con tamaños del efecto casi tres veces superiores a los observados en los programas de prevención escolar basados en el entrenamiento en habilidades sociales y para la vida y en los programas de entrenamiento de padres en habilidades de crianza.

Los programas de prevención centrados en el conjunto de la familia consiguen efectos positivos consistentes y también persistentes a medio y largo plazo siendo la mejor opción preventiva en el caso de jóvenes vulnerables o con múltiples factores de riesgo.

Los programas que sólo se centran en la educación de los padres no resultan tan efectivos como aquellos que desarrollan competencias de la familia, incluso aunque mejoren factores de riesgo como el comportamiento educativo de los padres y las conductas problemáticas de los menores pueden llegar a no influir en su consumo de drogas.

La intervención combinada con programas efectivos de prevención escolar, como por ejemplo, el *Life skills training*, y de prevención familiar, como el *Strengthening families program*, consigue mejores resultados sobre el inicio y la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes, incluso a largo plazo, que los programas escolares por si solos y que los observados en el grupo control.

En relación con el impacto que estos programas tienen en función del género de los hijos, la evidencia disponible indica que son los que mejores resultados obtienen tanto en ellos como en ellas, incluso en el caso de las chicas se han observado efectos superiores, especialmente con los programas de calidad. Los componentes que han demostrado mayor impacto en la reducción del consumo de drogas en las chicas son aquellos que mejoran el vínculo familiar, la supervisión (establecimiento de normas y límites) y la comunicación familiar. En el caso de los chicos, el autocontrol y la influencia del entorno comunitario son los componentes que se han identificado con un mayor impacto. Por otro lado, existen programas en los que se ha incorporado la perspectiva de género con buenos resultados y que abordan el estrés, los síntomas depresivos, la asertividad y la imagen corporal en las chicas.

Hay evidencia limitada de que la tutoría, orientación y consejo, proporcionada a niños y adolescentes de alto riesgo, puede reducir el abuso de alcohol y de otras drogas, así como las conductas violentas, incluso un año después de la intervención. Estos servicios para ser efectivos deben basar sus intervenciones en un programa muy estructurado de actividades y deben llevarse a cabo por profesionales o mentores bien entrenados y con suficiente apoyo.

### **1.3. Prevención laboral y otras intervenciones en los centros de trabajo**

Los programas de prevención en el lugar de trabajo pueden prevenir el consumo de alcohol y de tabaco. El tiempo que se pueden mantener los efectos positivos no está claro.

Hay algunas evidencias limitadas de que los programas en los centros de trabajo, en los que se incluye el apoyo de compañeros, el cribado y las intervenciones breves, pueden reducir los daños relacionados con el alcohol. Se desconoce el impacto de los cambios estructurales en el lugar de trabajo sobre la reducción de los daños relacionados con el alcohol en el ámbito laboral.



Por lo general, los programas de prevención en los centros de trabajo son multicomponente, incluyendo políticas y actuaciones de prevención, así como consejo y derivación a tratamiento.

Una reciente revisión sistemática de las intervenciones en el lugar de trabajo para abordar los problemas relacionados con el alcohol ha identificado tres grandes tipos de estrategias.

- Intervenciones psicosociales, entre las que se incluye el entrenamiento en manejo del estrés y en otras habilidades para la vida; derivación a tratamiento especializado realizada por trabajadores previamente formados para reconocer e intervenir cuando se presentan problemas de abuso de alcohol en los compañeros; y servicios de apoyo para la reincorporación laboral de trabajadores recuperados de su dependencia alcohólica.
- Intervenciones breves en controles generales de la salud de los trabajadores, en los que se incluye feedback y consejo sanitario a partir de los resultados de un autoinforme de la conducta de beber del trabajador.
- Educación sobre el alcohol a través de páginas web.

En el caso del tabaco, existe una fuerte evidencia de que ciertas intervenciones dirigidas individualmente a los trabajadores que fuman aumentan la probabilidad de que éstos dejen de fumar, aunque las cifras absolutas de los que abandonan el tabaco son bajas. Estas intervenciones incluyen consejo individual, terapia conductual de grupo, tratamiento farmacológico, incluida la terapia sustitutiva de la nicotina, y varias intervenciones combinadas dirigidas a dejar de fumar como objetivo único o principal. Todas estas intervenciones muestran efectos similares, tanto si se realizan en el lugar de trabajo como en otros lugares. Las intervenciones de autoayuda; apoyo social de familiares, amigos, compañeros y de otras personas del centro de trabajo; programas de prevención de recaídas; señales ambientales o programas integrales destinados a cambiar varios comportamientos de alto riesgo, son menos eficaces y parece que no ayudan a los trabajadores a dejar de fumar.

## **1.4. Campañas de amplio alcance con mensajes de salud para reducir el consumo de tabaco.**

Existe una fuerte evidencia sobre la efectividad de las campañas de amplio alcance con mensajes de salud para: i) reducir la prevalencia del consumo de tabaco, ii) incrementar la tasa de ex fumadores y la utilización de los servicios asistenciales existentes, iii) reducir el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes. La evidencia económica muestra que estas campañas son coste-efectivas y que el ahorro por los gastos sanitarios evitados supera los costes de la intervención. Estas campañas se llevan a cabo a través de la televisión (principalmente), radio y prensa escrita y también a través de vallas publicitarias, salas de cine, puntos de venta y medios digitales. Los mensajes, previamente testados, tienen por objetivo cambiar en la audiencia los conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos relacionados con el tabaco.

## **1.5. Estrategias ambientales de prevención**

### **1.5.1. Licencias para el suministro de alcohol**

La evidencia disponible demuestra que es importante que exista un marco jurídico para reducir la disponibilidad física del alcohol, que incluya restricciones tanto en la



venta como en la dispensación de bebidas alcohólicas. El medio más efectivo para hacer cumplir la ley es centrarse en los vendedores. Disponer de un régimen de licencias para la venta de alcohol permite ejercer un control y sancionar las infracciones con la revocación de la licencia. Conceder licencias de uso condicional para la venta de alcohol en establecimientos minoristas, acompañadas de requisitos adicionales como la formación en dispensación responsable, la supervisión de los vendedores o la limitación del ruido de los establecimientos, pueden reducir las compras en los menores de edad o hacer que los establecimientos sean menos atractivos para los jóvenes.

### 1.5.2. Responsabilidad civil

La *Community Preventive Services Task Force* recomienda introducir leyes de responsabilidad civil del propietario de un bar, restaurante u otro establecimiento en el que se sirvan bebidas alcohólicas por los daños sufridos o producidos por una persona a la que se ha dispensado alcohol, en base a la fuerte evidencia sobre su efectividad para prevenir y reducir el consumo de alcohol, las muertes en accidentes de tráfico, los episodios de violencia y las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

### 1.5.3. Regulación de la densidad de los locales que suministran alcohol

El aumento de la densidad de los establecimientos que suministran bebidas alcohólicas se asocia a un incremento de los niveles de consumo entre los jóvenes y de las intoxicaciones etílicas en general, así como a una serie de problemas relacionados con el alcohol: niveles de agresión y de homicidio, enfermedades de transmisión sexual, maltrato y abandono de niños, hospitalizaciones, lesiones autoinflingidas, daños materiales a la comunidad y las lesiones por accidentes de tráfico, aunque sobre este último aspecto hay pruebas menos contundentes.

Los estudios han mostrado que cuando los lugares de venta y dispensación están cerca de los centros educativos, aumenta el consumo de alcohol de los menores de edad. Por tanto, al controlar la ubicación de los lugares que suministran bebidas alcohólicas se puede desalentar las ventas a los menores de edad.

Teniendo en cuenta la existencia de evidencia suficiente y consistente, la *Community Preventive Services Task Force* y la OMS recomiendan utilizar la capacidad reguladora de las administraciones públicas para limitar la densidad de los establecimientos de suministro de alcohol, ya sea a través de la concesión de licencias o de la zonificación, dada la asociación positiva entre la densidad de locales y el consumo excesivo de alcohol y de los daños relacionados con el mismo.

### 1.5.4. Edad legal mínima para la compra de alcohol y cumplimiento de la prohibición legal de vender alcohol a menores.

Hay evidencia suficiente y consistente de que establecer y elevar la edad mínima para comprar alcohol limita la adquisición de bebidas alcohólicas por parte de los menores edad y reduce las víctimas por accidentes de tráfico y otros daños relacionados con el alcohol, siempre que los límites se cumplan.

La *Community Preventive Services Task Force* recomienda mantener las actuales edades legales mínimas para comprar alcohol, en lugar de reducirlas, en base a la sólida evidencia sobre su efectividad en Estados Unidos, Canadá y Australia para reducir los



accidentes de tráfico y otros daños asociados en conductores de 18 a 20 años de edad. En esos países la edad legal para comprar alcohol es de 21 años.

Los controles para comprobar el cumplimiento de las leyes que prohíben la venta de alcohol a menores en establecimientos minoristas frecuentemente forman parte de iniciativas comunitarias multicomponente para reducir el consumo de alcohol en menores. Muchas de estas intervenciones también incluyen actividades para aumentar la percepción de los suministradores de alcohol de ser detectados si incumplen la ley, dando a conocer a través de los medios de comunicación o mediante cartas a los propietarios de los establecimientos el aumento de las actividades de control y las sanciones que se pueden aplicar por proporcionar alcohol a menores.

## **1.5.5. Limitaciones sobre los días y horas de suministro de bebidas alcohólicas**

Existe una sólida evidencia de que la derogación de las limitaciones de la venta de bebidas alcohólicas durante los fines de semana en establecimientos para su consumo fuera del local (tiendas, supermercados, licorerías, etc.) da lugar a pequeños aumentos, tanto en el consumo como en las muertes por accidentes de tráfico. Asimismo, la eliminación de estas limitaciones en establecimientos para el consumo dentro del local (bares, pubs, discotecas o restaurantes), ocasiona ligeros incrementos en los niveles de consumo y un aumento sustancial de los daños relacionados con los accidentes de tráfico.

De igual modo, existe evidencia suficiente sobre la efectividad de establecer límites en las horas de dispensación de bebidas alcohólicas en los locales destinados al consumo dentro del establecimiento para reducir el abuso y los daños relacionados con el alcohol. Los estudios que han evaluado un aumento de dos o más horas en el suministro han encontrado incrementos en las lesiones por accidentes de tráfico, ingresos en servicios de urgencias, agresiones y lesiones relacionadas con el consumo de alcohol. Por el contrario, los estudios que han evaluado un aumento inferior a dos horas no han encontrado resultados consistentes.

La OMS concluye, por tanto, que hay evidencia consistente de que regulando y limitando los días y horas de suministro de alcohol se pueden reducir los daños relacionados con su consumo, incluidos homicidios y agresiones.

## **1.5.6. Normas que restringen el consumo de tabaco**

Existe una fuerte evidencia de que las normas legales o reglamentos que prohíben fumar en espacios cerrados y zonas públicas al aire libre con el fin de generalizar la existencia de espacios libres de humo de tabaco son efectivas para reducir la exposición al humo del tabaco de segunda mano y para disminuir la prevalencia de consumo, el inicio de su uso en jóvenes y la morbilidad y mortalidad relacionada con el tabaco. Asimismo, estas normas aumentan el número de fumadores que abandonan el hábito de fumar y reducen sustancialmente los costes por cuidados de salud, no teniendo efectos económicos adversos a nivel empresarial, incluidos bares y restaurantes.

## **1.5.7. Intervenciones dirigidas a regular el marketing de las bebidas alcohólicas y del tabaco**

Dentro de las técnicas de marketing se incluyen la publicidad a través de distintos canales, la vinculación de marcas de bebidas alcohólicas con acontecimientos deportivos



y actividades culturales, el patrocinio y el emplazamiento publicitario, así como nuevas técnicas de mercadotecnia como correos electrónicos, mensajes SMS, podcast, utilización de las redes sociales y otras técnicas de comunicación.

Estudios longitudinales han demostrado que diversas formas de marketing de las bebidas alcohólicas, incluyendo la exposición a la publicidad en los medios de comunicación y la promoción del consumo a través de películas y de otros productos con marcas de bebidas alcohólicas, tienen impacto en el inicio del consumo y en la adopción de patrones de mayor riesgo de ingesta de alcohol entre los jóvenes. Los efectos de la exposición parecen ser acumulativos en adolescentes y jóvenes. De igual modo, estudios longitudinales sugieren consistentemente que la exposición a la publicidad y promoción del tabaco aumenta la probabilidad de que los adolescentes comiencen a fumar, existiendo evidencia de una relación dosis-respuesta.

La OMS propone la restricción total o, en su defecto, la introducción de restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco. Asimismo, recomienda regular y limitar el contenido y volumen del marketing del alcohol, prohibiendo incluso todas las formas de comunicación comercial que inciden en niños y adolescentes. La regulación legal de las comunicaciones comerciales parece ser más efectiva que la autorregulación para limitar la inadecuada exposición de los jóvenes a estas comunicaciones. Existe incluso alguna evidencia de que la autorregulación del marketing del alcohol por parte de publicistas, medios de comunicación y productores de bebidas alcohólicas, no evita que la publicidad y la promoción impacte en los jóvenes, particularmente cuando no está respaldada por un marco legal que las regule y aplique sanciones efectivas a las infracciones. En general, las regulaciones sobre el marketing de las bebidas alcohólicas funcionan mejor cuanto mayor es la presión de los poderes públicos, y sólo son efectivas en la medida en que contemplen exámenes por terceros de las denuncias presentadas, así como advertencias de sanción y ejecución de las mismas para hacer cumplir las normas.

### 1.5.8. Aumento de los precios

Existe una sólida evidencia sobre la efectividad de aumentar el precio de las bebidas alcohólicas mediante el incremento de los impuestos que gravan estos productos para reducir el consumo excesivo de alcohol y los daños relacionados con el mismo. Cuanto más asequible es el alcohol, ya sea porque es más barato o porque la población dispone de más ingresos, mayor es su consumo y la magnitud de los daños relacionados.

Aunque los efectos positivos no se limitan a un grupo en particular, hay evidencia consistente de que el precio del alcohol tiene un impacto especial en los jóvenes y en los grandes consumidores de bebidas alcohólicas. En los jóvenes, el incremento del precio del alcohol retrasa la edad de inicio, enlentece la progresión hacia la ingesta de mayores cantidades de alcohol y reduce el consumo excesivo.

Fijar un precio mínimo por gramo de alcohol puede ser tan efectivo como el aumento de los impuestos que gravan el consumo de alcohol.

Asimismo, la *Community Preventive Services Task Force* y la OMS recomiendan aumentar el precio de los productos del tabaco sobre la base de una fuerte evidencia sobre su efectividad para reducir la cantidad total de tabaco consumido, reducir la prevalencia del consumo de tabaco, aumentar el número de personas que dejan de fumar, reducir el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes y reducir la morbilidad y mortalidad relacionada con el tabaco. Estos efectos son proporcionales a la magnitud del aumento de los precios y a la escala a la que se aplican.



## 1.5.9. Entrenamiento en dispensación responsable de alcohol

*The Community Preventive Services Task Force* concluye que hay insuficiente evidencia para determinar la efectividad de los programas de dispensación responsable de alcohol para reducir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y los daños relacionados con el mismo cuando se aplican de forma sostenible en condiciones naturales de la comunidad. Los resultados positivos que se han observado (reducción de los consumidores excesivos, de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol y de los accidentes nocturnos de tráfico de un solo vehículo) provienen de investigaciones realizadas a pequeña escala en un marco académico en el que se evalúan programas desarrollados de forma intensiva en condiciones favorables: número limitado y seleccionado de establecimientos, participantes inusualmente motivados, alto grado de control sobre la formación y períodos cortos de seguimiento.

Por su parte, la OMS considera que las intervenciones para modificar la conducta de quienes sirven alcohol parecen ineficaces por sí solas, pero pueden tener efectos positivos, por ejemplo, reduciendo las conductas violentas, cuando están respaldadas por actuaciones de la policía o de los inspectores de licencias para hacer cumplir la legislación de suministro de alcohol.

## 1.5.10. Intervenciones de la policía

El EMCCDA considera que hay evidencia de que las intervenciones de la policía en contextos recreativos pueden reducir los niveles de agresión y los desórdenes públicos relacionados con el consumo de alcohol, sin embargo, los resultados son dispares para reducir la frecuencia de servir bebidas alcohólicas a clientes intoxicados. Estas intervenciones incluyen visitas de agentes de la policía de paisano a establecimientos con licencia para servir alcohol, incluidos establecimientos de ocio nocturno y locales de alto riesgo.

## 1.5.11. Diseño y política de los locales de suministro de bebidas alcohólicas

Hay una serie de características de los establecimientos que suministran bebidas alcohólicas que aumentan la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el alcohol. Entre estas características se encuentran las siguientes: i) prácticas de dispensación que promueven la intoxicación, ii) una forma agresiva de cerrar el establecimiento por parte del personal y de la policía, iii) incapacidad de los empleados del local para manejar problemas de conducta, iv) permisividad y falta de supervisión del personal, v) barras mal administradas en las que se permite la embriaguez y el comportamiento antisocial no se controla y vi) locales abarrotados, sucios, ruidosos, con escaso confort físico en los que se produce una mezcla étnica de clientes.

Algunos datos indican que los locales que se diseñan en función de la seguridad y que disponen de personal de vigilancia para disminuir los episodios de violencia pueden reducir los daños relacionados con el alcohol. Este enfoque se puede apoyar en una decidida promoción de productos que tengan una baja concentración alcohólica y en la oferta de bebidas sin alcohol que sean más baratas que cualquiera de las bebidas alcohólicas que se sirven en el establecimiento.

## 1.6. Programas comunitarios multicomponente

Hay alguna evidencia de que los programas comunitarios multicomponente que incluyen la movilización de la comunidad, el entrenamiento en dispensación responsable de bebidas alcohólicas y un estricto cumplimiento de las leyes sobre alcohol, pueden



reducir las muertes por accidentes de tráfico, los delitos violentos registrados por la policía y las lesiones por agresión, los problemas relacionados con el alcohol en establecimientos con licencia y el suministro de bebidas alcohólicas a personas intoxicadas y a menores de edad.

La movilización de la comunidad ha sido utilizada para aumentar su nivel de conciencia sobre problemas locales relacionados con el consumo de alcohol, desarrollar soluciones concretas frente a estos problemas y presionar a los propietarios de bares para reconocer que tienen una responsabilidad con la comunidad en aspectos como el nivel de ruido en sus locales y el comportamiento de sus clientes. La evaluación de estas iniciativas sugiere que la movilización de la comunidad puede reducir las agresiones y otros problemas relacionados con el alcohol en los establecimientos con licencia para servir bebidas alcohólicas.

Según el portal de buenas prácticas del EMCCDA, los programas multicomponente de prevención son efectivos para reducir el abuso de alcohol en adolescentes, aunque hay poca evidencia de que estos programas sean más efectivos que las intervenciones con un solo componente. Sin embargo, en menores de alto riesgo, los programas con varios componentes son más efectivos para prevenir, retrasar o reducir el consumo de alcohol que las intervenciones dirigidas sólo a la escuela o la comunidad.

Por otra parte, las intervenciones multicomponente que no incluyen programas escolares tienen resultados menos claros.

En el caso del tabaco, la *Community Preventive Services Task Force* recomienda la aplicación de programas integrales de control en base a la fuerte evidencia existente sobre su efectividad para reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano. La evidencia muestra que estos programas reducen la prevalencia de fumadores en adultos y jóvenes, reducen el consumo de productos del tabaco, aumentan los fumadores que dejan de fumar y contribuyen a reducir las enfermedades y las muertes relacionadas con el tabaco. Estos programas son coste-efectivos y el ahorro de los gastos sanitarios evitados supera los costes de la intervención.

Los programas integrales de control del tabaco son esfuerzos coordinados que combinan e integran estrategias basadas en la evidencia de carácter educativo, clínico, reglamentario, económico y social a nivel local, estatal o nacional. En EE.UU. estos programas suelen incluir los siguientes componentes: i) asistencia a organizaciones y coaliciones de la comunidad para realizar programas locales y políticas dirigidas a reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, ii) asociaciones a nivel local y estatal de sistemas de salud y proveedores de servicios, empresas, así como de organismos e instituciones públicas y privadas para ampliar el alcance y el impacto de las intervenciones de control del tabaco, iii) comunicaciones de salud de amplio alcance para incidir en las actitudes individuales y colectivas sobre el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, iii) servicios de apoyo para dejar de fumar como líneas de ayuda a distancia, iv) información y asistencia técnica para apoyar la difusión y la adopción de prácticas basadas en la evidencia, como por ejemplo: políticas antitabaco, servicios asequibles y accesibles para dejar de fumar, aumento de los precios de productos de tabaco y disminución del marketing y la disponibilidad de estos productos.

Una reciente revisión Cochrane concluye que existe cierta evidencia de que las intervenciones comunitarias multicomponente son efectivas para influir en la conducta de fumar y en la prevención del tabaquismo en jóvenes. No obstante, esta evidencia es débil y



presenta problemas metodológicos. Estas intervenciones, coordinadas, generalizadas y en las que a menudo se implican miembros de la comunidad en su determinación y/o aplicación, incluyen la formación de vendedores de tabaco al por menor sobre las restricciones aplicables según la edad del comprador, programas para prevenir enfermedades relacionadas con el tabaquismo e intervenciones en los medios de comunicación, la escuela y la familia. Los cambios en las intenciones de fumar, conocimientos, actitudes y percepciones acerca del tabaquismo no parecen afectar en general al éxito a largo plazo de estos programas.

Asimismo, en otra revisión Cochrane realizada en la población adulta, se observa que las intervenciones comunitarias rara vez consiguen mayores tasas de abandono del tabaco. También aquí, un mayor conocimiento de los riesgos para la salud del tabaquismo, cambios en las actitudes hacia el hábito de fumar, más intentos de abandonar el consumo de tabaco y mejor apoyo ambiental y social para dejar de fumar no se acompañan de reducciones en los niveles de tabaquismo en la comunidad.

Apesar de esta limitada evidencia, *The Community Preventive Task Force* recomienda la movilización de la comunidad, combinada con intervenciones adicionales como leyes locales más fuertes dirigidas a la venta minorista de tabaco, cumplimiento de estas leyes y formación de los vendedores de productos del tabaco, para reducir el hábito de fumar en jóvenes y el acceso a los productos del tabaco a través de establecimientos comerciales [<https://www.thecommunityguide.org/tobacco/communityinterventions.html>].

## 2. DISMINUCIÓN DE LOS RIESGOS Y REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS

### 2.1. Reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol

Hay una sólida evidencia de que el cumplimiento de las leyes que introducen un límite suficientemente bajo de concentración de alcohol en sangre (CAS) en los conductores y la realización de controles aleatorios y selectivos de alcoholemia, son efectivos para reducir los accidentes de tráfico, los traumatismos y las muertes por conducir bajo los efectos del alcohol. En conductores jóvenes e inexpertos, establecer límites más bajos de CAS, incluido el nivel cero, tiene cierta efectividad para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. *The Community Preventive Services Task Force* recomienda hacer publicidad de los controles de alcoholemia con el fin de incrementar el riesgo percibido de los conductores de ser sancionados si son detenidos conduciendo bajo los efectos del alcohol.

Asimismo, hay una sólida evidencia de que las intervenciones multicomponente realizadas en distintos ámbitos son efectivas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol. Los programas efectivos incluyen la mayoría o todos los componentes que se indican a continuación: i) movilización de la comunidad para participar activamente en coaliciones o grupos de trabajo que diseñen y ejecuten las intervenciones multicomponente; ii) controles de alcoholemia; iii) entrenamiento en dispensación responsable de alcohol; iv) limitaciones de acceso a las bebidas alcohólicas, particularmente de los más jóvenes; v) campañas de sensibilización y educación pública y vi) acciones de promoción en los medios de comunicación para lograr el apoyo de los responsables políticos y de la población general.

La suspensión administrativa del permiso de conducir a personas reincidentes por conducir bajo los efectos de las bebidas alcohólicas es sólo parcialmente efectiva para reducir la reincidencia, los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol y



la mortalidad producida en estos accidentes. Si esta medida no va acompañada de algún tipo de programa de educación, asesoramiento o tratamiento, los efectos de la suspensión se mantienen sólo mientras el conductor tiene retirada la licencia; períodos que suelen ser relativamente cortos.

Hay poca evidencia sobre la efectividad de las medidas de prisión aplicadas a conductores que superan los límites de CAS. No obstante, las condenas dictadas por la autoridad judicial pueden proporcionar el soporte legal para canalizar a los condenados a programas de tratamiento, los cuales han demostrado su efectividad para reducir la reincidencia en conducir bajo la influencia de las bebidas alcohólicas tanto en condenados primarios como reincidentes y cierta efectividad para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol.

Los bloqueadores de arranque del motor (*ignition intelocks* o *alcohol lock*) son dispositivos que se suelen instalar en los vehículos de personas que han sido condenadas por conducir bajo los efectos del alcohol para darles la oportunidad de seguir conduciendo legalmente. Estos dispositivos son más efectivos que la suspensión de la licencia de conducir para la prevención de la reincidencia en conductores con problemas de alcohol, aunque distintos estudios han encontrado que una vez que se elimina el bloqueador de encendido del motor, los condenados tienen la misma tasa de reincidencia que aquellos a los que se les retira la licencia de conducir. A pesar de estas limitaciones, *The Community Preventive Services Task Force* recomienda el uso de los bloqueadores en personas condenadas por conducir bajo los efectos del alcohol por la fuerte evidencia sobre su efectividad para reducir los niveles de reincidencia mientras los dispositivos están instalados.

Asimismo, *The Community Preventive Services Task Force* considera que los programas en las escuelas que incluyen entrenamiento en habilidades mediante una metodología interactiva, incluidas habilidades de resistencia, y que hacen un análisis crítico de la publicidad, han acumulado suficiente evidencia sobre su efectividad en los estudiantes para reducir la conducta de viajar en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos de las bebidas alcohólicas. Sin embargo, hay insuficiente evidencia sobre su efectividad para reducir la conducta de conducir bajo la influencia del alcohol.

Para la OMS una actuación policial firme, acompañada de pruebas aleatorias o selectivas de alcoholemia, seguidas por sanciones eficaces en caso de infracción, son medidas fundamentales, que deberían ser apoyadas mediante campañas sostenidas de publicidad y concienciación en los medios de comunicación para reducir el número de víctimas causadas por conducir bajo los efectos del alcohol.

## 2.2. Detección precoz e intervenciones breves en centros sanitarios

Existe una fuerte evidencia sobre la efectividad del cribado y de las intervenciones breves en Atención Primaria para reducir los daños relacionados con el alcohol en consumidores de riesgo y perjudiciales de bebidas alcohólicas. Estas intervenciones reducen la cantidad de alcohol ingerida en consumidores adultos, así como la mortalidad, morbilidad, lesiones, consecuencias sociales adversas, utilización de recursos asistenciales y el daño producido en el organismo constatado por pruebas de laboratorio.

Las intervenciones breves en Atención Primaria para reducir los daños relacionados con el alcohol se han mostrado efectivas tanto en hombres como en mujeres, aunque su efectividad es mayor en hombres de mediana edad. Los resultados son menos concluyentes



en niños, adolescentes, adultos jóvenes, mujeres embarazadas, personas mayores de 65 años, personas con comorbilidad orgánica y con trastornos mentales.

No existen pruebas demostrativas de un menor consumo de alcohol o de otras drogas tras la realización de consejo breve y oportunista con adolescentes en atención primaria. No obstante, la intervención breve con adolescentes ha resultado ser efectiva cuando se ha aplicado en la familia y en la escuela.

En una revisión Cochrane se concluye que las intervenciones breves también son efectivas en bebedores pesados ingresados en hospitales generales para reducir el consumo de alcohol y las tasas de mortalidad. Sin embargo, estas conclusiones se basan en estudios realizados principalmente con pacientes de sexo masculino. Es necesaria más investigación para determinar el contenido y la exposición óptima a las intervenciones breves dentro de un hospital general, así como para determinar si estas intervenciones tienen más éxito en pacientes de ciertas características.

Asimismo, existe evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves en urgencias sanitarias para reducir el consumo de alcohol y otras consecuencias negativas asociadas al mismo como bajas laborales, lesiones, etc. No obstante, existe variabilidad en los resultados de los estudios que han evaluado el impacto de estas intervenciones en los servicios de urgencias. En personas jóvenes, las intervenciones breves en servicios de urgencias han mostrado efectos positivos para reducir el consumo de riesgo y los episodios de consumo intenso de alcohol, para disminuir la conducción bajo los efectos del alcohol o ir en un coche con un conductor ebrio, para reducir las lesiones y otras consecuencias negativas asociadas al consumo de bebidas alcohólicas como problemas con los amigos, agresiones, problemas escolares, etc. No obstante, en jóvenes el impacto es menos claro y existe variabilidad en la duración de los efectos positivos, volviendo en algunos casos a los niveles previos a la intervención.

De igual modo, y a pesar de que hay algún estudio con resultados prometedores, es necesaria más investigación sobre la efectividad de las intervenciones breves durante el embarazo.

El consejo sanitario simple tiene un pequeño efecto sobre la probabilidad de que los fumadores continúen sin fumar a los seis meses de seguimiento. Una intervención breve de asesoramiento sanitario puede aumentar ligeramente las tasas de abandono del tabaco que se consiguen sin ayuda. Los componentes adicionales, como una intervención más intensiva con seguimiento y apoyo tras el consejo simple, parecen tener un pequeño beneficio adicional, aumentando ligeramente las tasas de abandono del tabaco. A pesar de ello, la OMS considera que la intervención breve sobre el consumo de tabaco en Atención Primaria es la intervención sanitaria más coste-efectiva, seguida por la intervención breve sobre el consumo de alcohol.

### **2.3. Intervenciones por medios electrónicos**

Existe una fuerte evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves proporcionadas por medios electrónicos (ordenadores, teléfonos y dispositivos móviles) para reducir el consumo excesivo de alcohol autoinformado y los problemas relacionados con el alcohol en las personas que participan en estas intervenciones. Como mínimo, las intervenciones breves por medios electrónicos deben incluir la detección del consumo excesivo de alcohol y el suministro de retroalimentación personalizada acerca de los riesgos y consecuencias de dicho consumo.



El suministro de retroalimentación personalizada puede variar desde ser completamente automatizado, por ejemplo a través de un ordenador, a ser interactivo, proporcionado por un profesional a través de un dispositivo electrónico, como por ejemplo el teléfono. Las intervenciones breves proporcionadas por medios electrónicos también pueden incluir otros componentes de las intervenciones breves tradicionales, como técnicas de entrevista motivacional o la comparación del consumo propio de alcohol con el de los demás.

Las intervenciones a través de teléfono móvil para dejar de fumar también han acumulado suficiente evidencia sobre su efectividad para incrementar la abstinencia en el consumo de tabaco en personas interesadas en dejarlo. Estas intervenciones utilizan aplicaciones interactivas para ofrecer directamente información, estrategias y apoyo conductual basados en la evidencia a los consumidores de tabaco interesados en dejar de fumar. Por lo general, los participantes reciben mensajes de texto que apoyan su intento de dejar el tabaco, cambiando el contenido del mensaje en el transcurso de la intervención. Las intervenciones a través del teléfono móvil pueden coordinarse con intervenciones adicionales, como los servicios de ayuda para dejar de fumar en Internet o en la prescripción de medicamentos.

## 2.4. Tratamientos con sustitutivos opiáceos

En varias revisiones sistemáticas incluidas en el portal de buenas prácticas del EMCCDA se ha observado que el tratamiento con sustitutivos opiáceos es efectivo para: i) reducir la seroconversión VIH, especialmente entre aquellas personas que están en tratamiento de forma continua; ii) disminuir el riesgo de infección por VIH en aproximadamente un 50%; iii) reducir las conductas sexuales de riesgo al ejercer la prostitución y iv) rebajar la frecuencia de inyección, el uso compartido de material de consumo y las puntuaciones de conductas de riesgo de uso intravenoso. Asimismo, los programas de mantenimiento con metadona se han mostrado efectivos para reducir el riesgo de fallecimiento por cualquier causa durante el tratamiento y en los períodos de seguimiento, así como para disminuir el riesgo de muerte por sobredosis cuando se comparan pacientes en tratamiento con aquellos que están en lista de espera, que han abandonado el tratamiento o que están en desintoxicación.

El EMCCDA considera a su vez que los tratamientos con sustitutivos opiáceos son probablemente efectivos para mejorar el cumplimiento de los tratamientos antirretrovirales del VIH en consumidores de opiáceos y que hay algunas pruebas para apoyar la efectividad de estos programas para prevenir la infección por el virus de la hepatitis C en estos consumidores.

## 2.5. Programas de suministro de material estéril de inyección

En una reciente revisión sistemática incluida en el portal de buenas prácticas del EMCCDA, se ha observado que los programas de suministro de agujas y jeringuillas son efectivos para reducir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables. Asimismo, el EMCCDA concluye que hay suficiente evidencia sobre la efectividad de estos programas para reducir las conductas de riesgo autoinformadas en consumidores de drogas por vía intravenosa, y que la evidencia es limitada sobre la efectividad de la combinación de los tratamientos con sustitutivos opiáceos y de los programas de suministro de agujas y jeringuillas para reducir la incidencia del virus de la hepatitis C en estos consumidores.



### 3. ASISTENCIA

#### 3.1. Tratamientos farmacológicos bien establecidos

Hay evidencia consistente de que la terapia farmacológica con metadona, buprenorfina o naltrexona es efectiva para el tratamiento de deshabituación de pacientes dependientes de los opiáceos. En el caso de la dependencia del alcohol, el tratamiento de deshabituación con acamprosato o naltrexona ha mostrado de forma consistente una significativa reducción de la tasa de recaídas a los seis meses de seguimiento. Asimismo, la terapia sustitutiva de la nicotina y el tratamiento con bupropión, vareniclina o citisina se han mostrado efectivos para la deshabituación de pacientes dependientes de la nicotina. No obstante, es necesaria más investigación sobre la seguridad de vareniclina y sobre el potencial de citisina como un tratamiento eficaz y asequible para dejar de fumar.

#### 3.2. Tratamientos psicosociales

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales se han mostrado efectivas para el tratamiento de la dependencia de todo tipo de drogas (alcohol, cannabis, heroína, cocaína). La eficacia de estas terapias aumenta en general en los programas multicomponente.

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales que han recibido mayor apoyo empírico para el tratamiento de las drogodependencias son las siguientes:

- Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (habilidades de comunicación, assertividad, rechazo de las ofertas de consumo, entrenamiento en manejo del *craving* y de estados emocionales). Este tipo de entrenamiento, cuando forma parte de programas multimodales más amplios, es uno de los componentes más eficaces en el resultado y la evolución del tratamiento de personas dependientes del alcohol.
- Prevención de recaídas. La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de la dependencia de las drogas en general. La prevención de recaídas más que como una técnica en sí misma, se utiliza frecuentemente como un componente más dentro de programas de tratamiento más amplio.
- Manejo de contingencias (entrega de vales canjeables por bienes y servicios de forma contingente a la ausencia de consumo de drogas, retención en el tratamiento y/o asistencia a las sesiones terapéuticas o programas de refuerzo comunitario poniendo al paciente en contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de mantenerse abstinentes). El manejo de contingencias mediante vales canjeables ha demostrado que mejora la adherencia y reduce las recaídas en el tratamiento de la dependencia del alcohol.

Hay evidencia consistente de que la terapia conductual y cognitivo-conductual tiene efectos positivos en el tratamiento de la dependencia del alcohol y de otros problemas relacionados. El formato de terapia de grupo obtiene resultados similares al individual con la ventaja de que la terapia grupal es más coste-efectiva. En el tratamiento psicosocial de la dependencia alcohólica la terapia conductual que cuenta con un fuerte soporte empírico es la aproximación de reforzamiento comunitario. Este programa consta de los siguientes componentes: i) entrenamiento en habilidades de comunicación; ii) terapia conductual familiar y de pareja; iii) manejo de contingencias, con pérdida de reforzadores por la



intoxicación; iv) club social abstemio en el que se ofrecen actividades sociales y formación en habilidades de búsqueda de empleo para pacientes sin trabajo; v) actividades recreativas sin alcohol y vi) entrenamiento para enfrentarse a las urgencias de beber y para resistir la presión social. Asimismo, el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento y la prevención de recaídas son procedimientos cognitivo-conductuales que han acumulado un consistente soporte empírico sobre su efectividad para el tratamiento psicosocial de la dependencia del alcohol.

En el caso del abuso y dependencia del cannabis, tanto la terapia familiar multidimensional como la terapia cognitivo-conductual se han mostrado como las intervenciones psicosociales más efectivas para reducir durante el seguimiento la prevalencia y la frecuencia de consumo, disminuir los síntomas de dependencia y mejorar la retención de los pacientes en el tratamiento. La terapia cognitivo conductual, la terapia motivacional y el manejo de contingencias se ha observado que son más efectivos que el grupo control en un meta-análisis sobre el tratamiento de pacientes dependientes del cannabis. Los mejores resultados se obtienen con la combinación de la terapia cognitivo-conductual y terapia motivacional y con las intervenciones de más intensidad (cuatro o más sesiones durante más de un mes). En el tratamiento de adolescentes con problemas por abuso o dependencia del cannabis, la terapia cognitivo-conductual también está bien establecida, pero sus resultados han sido algo peores en varios estudios que los conseguidos por la terapia familiar multidimensional.

### 3.3. Intervenciones en centros penitenciarios

El EMCCDA concluye en su portal de buenas prácticas que los tratamientos con sustitutivos opiáceos son efectivos para reducir sustancialmente el riesgo de morir en prisión en delincuentes consumidores de drogas. Asimismo, el EMCCDA considera probablemente beneficiosas las siguientes intervenciones con consumidores de drogas ingresados en centros penitenciarios:

- La continuidad en la comunidad de los tratamientos con sustitutivos opiáceos iniciados en prisión para reducir el riesgo de mortalidad por cualquier causa y por sobredosis al salir en libertad.
- La formación breve para utilizar naloxona y la prescripción de este fármaco para reducir las sobredosis por opiáceos en el mes siguiente de salir de la prisión. La naltrexona también es efectiva para reducir la actividad delictiva en delincuentes consumidores de drogas, evaluada mediante el reingreso en prisión.
- El tratamiento con sustitutivos opiáceos para reducir las conductas de riesgo de inyección en prisión.
- La realización en prisión de tratamientos en comunidad terapéutica, incluida la prestación de cuidados posteriores o programas de transición y zonas libres de drogas, para reducir las tasas de reingreso en centros penitenciarios y las recaídas en uso indebido de drogas.

### 3.4. Perspectiva de género en las intervenciones asistenciales

Hay una serie de características o circunstancias asociadas a las mujeres drogodependientes, que siendo comunes a ambos性, se considera que afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Entre estas características o circunstancias



se han citado, dependencia económica, relación afectiva con una pareja drogodependiente que puede incrementar el consumo de alcohol u otras sustancias y los comportamientos de riesgo, menos apoyo de la familia y de la comunidad, violencia de su pareja o abusos físicos y sexuales en la infancia o durante el período de consumo, madres con hijos sin ningún tipo de apoyo, etc.

Esta mayor vulnerabilidad psicológica y social se debe tener en cuenta en los protocolos asistenciales, tanto en el momento de la acogida como durante la evaluación y el tratamiento.

En un estudio sobre necesidades asistenciales realizado en Castilla y León, las mujeres drogodependientes de la Comunidad Autónoma valoraron especialmente la atención psicológica y la posibilidad de asistir a terapias grupales, expresando rechazo y resistencia hacia los fármacos. Asimismo, demandaban la puesta en marcha de grupos de mujeres, tanto en recursos ambulatorios como residenciales. En estos últimos, las mujeres drogodependientes valoran disponer de un tiempo para ellas mismas y que el programa terapéutico les aporte seguridad y fomente la comunicación interpersonal, evitando conductas punitivas o de confrontación.

La UNODC establece la necesidad de realizar tratamientos centrados en las mujeres y aporta evidencia de mejores resultados obtenidos en programas asistenciales sólo para mujeres en comparación con los programas asistenciales mixtos. Señala, asimismo, que hay evidencia de una mayor eficacia y de un efecto terapéutico más fuerte en los tratamientos realizados durante el embarazo, por lo que éste nunca deberá ser un motivo de exclusión para la admisión a tratamiento. Concluye que es necesaria más investigación para determinar qué mujeres pueden conseguir beneficios de cada tratamiento farmacológico y psicológico disponible y para identificar los subgrupos de mujeres en los que están indicados los tratamientos para un solo género y en los que los tratamientos mixtos son más beneficiosos.

### **3.5. Otras intervenciones asistenciales**

#### **3.5.1. Tratamientos ecológicos basados en la familia**

En una reciente revisión sistemática sin meta-análisis incluida en el portal de buenas prácticas del EMCCDA, se ha observado que los tratamientos ecológicos basados en la familia que se realizan en ámbitos comunitarios, incluida la terapia familiar multidimensional, tienen un efecto significativo para reducir el consumo de drogas en adolescentes, principalmente cannabis y alcohol. En esa misma revisión se concluye que las terapias cognitivo-conductuales también son efectivas con adolescentes, tanto individualmente como en formato de grupo, pero lo son en menor medida que los tratamientos basados en la familia.

#### **3.5.2. Grupos de apoyo y tutoría para jóvenes con padres drogodependientes**

Existe alguna evidencia de que los grupos de apoyo dirigidos a jóvenes cuyos padres u otros familiares son consumidores de drogas, combinados con el entrenamiento de un igual para que ejerza el papel de mentor o tutor, pueden ser efectivos a corto y medio plazo para mejorar los conocimientos, afrontar las emociones, obtener apoyo social y tener expectativas de reducir la tensión en los jóvenes que participan en estas intervenciones. En estos programas la tutoría se entiende, de acuerdo con el *Center for substance abuse prevention* (CSAP), como una relación de ayuda en la que una persona de forma altruista ofrece apoyo, guía y asistencia concreta a un igual, en base al intercambio de experiencias y conocimientos.



## 4. INTEGRACIÓN SOCIAL

La evidencia acumulada en intervenciones dirigidas a la integración social de drogodependientes rehabilitados o en proceso de rehabilitación no es tan extensa ni basada en estudios aleatorios como en otras áreas de intervención y, por lo tanto, es menos concluyente en sus conclusiones.

El portal de buenas prácticas del EMCCDA incluye las siguientes intervenciones bajo la denominación de probablemente beneficiosas:

### 4.1. Intervenciones psicosociales para la integración social en programas de tratamiento

El manejo de contingencias, basadas o no en el empleo, la ayuda de otras personas para conseguir un trabajo remunerado, el tratamiento en régimen residencial y los centros de trabajo terapéutico, mejoran la empleabilidad de los drogodependientes mediante el acceso y mantenimiento de un empleo remunerado, la disminución de los problemas en el trabajo y las ausencias no previstas al mismo.

El manejo de contingencias, incluida la utilización de incentivos mediante vales por hacer uso de habilidades de afrontamiento, la mejora motivacional y los programas de modelo social, incrementan significativamente las puntuaciones del área de empleo del ASI.

En el caso de los consumidores de cocaína en tratamiento, la utilización del empleo como un refuerzo contingente de la abstinencia, se ha mostrado efectiva para ganar dinero trabajando y para acudir en menor medida a los servicios sociales o vivir en situaciones de pobreza durante el año de seguimiento. El tiempo trabajado que se utiliza como refuerzo correlaciona positivamente con la proporción de controles de consumo de cocaína en orina que son negativos.

Por otra parte, el tratamiento en régimen residencial se ha mostrado efectivo para reducir los problemas en el trabajo en el último mes, mantener el empleo y disminuir significativamente las ausencias no previstas al trabajo en el año de seguimiento.

Asimismo, la utilización de vales de refuerzo por asistir a los centros de trabajo terapéutico ha demostrado ser una intervención efectiva para que los usuarios acudan de forma fiable y consistente a estos centros.

### 4.2. Intervenciones en juzgados

Las intervenciones en la administración de justicia penal pueden ayudar a los drogodependientes con problemas jurídico-penales a reducir la comisión de nuevos delitos e, indirectamente, a aumentar su empleabilidad, evitando la falta de vivienda y la ruptura con la familia y otras redes sociales. Estas intervenciones pueden contribuir a que las personas que abusan de las drogas no dependan de ayudas económicas y vuelvan a estudiar. Futuras investigaciones deben aclarar el papel de estos programas para aumentar la tasa de empleo y los ingresos económicos de los drogodependientes con problemas jurídico-penales.

Los programas en juzgados especializados en drogodependencias pueden ser efectivos para que los participantes en estos programas aumenten la probabilidad de



conseguir empleo y de matricularse en centros educativos, siendo, por tanto, menos necesario que reciban ayudas económicas, servicios educativos o de apoyo para conseguir trabajo.

El objetivo de estos juzgados no es «castigar» a los drogodependientes que han cometido delitos, sino reducir su comportamiento delictivo y apoyar su integración social derivándoles a centros de tratamiento. En estos juzgados, jueces especializados en drogodependencias determinan el plan a seguir, pudiendo obligar a los delincuentes que abusan de las drogas a participar en actividades como las de formación profesional para el empleo. La adhesión de los usuarios a los programas se fomenta mediante el uso de recompensas y sanciones, tratando de establecer una relación entre del drogodependiente y el juzgado.

#### 4.3. Intervenciones educativas

Las intervenciones educativas dirigidas a drogodependientes rehabilitados o en proceso de rehabilitación tienen por objetivo mejorar su formación académica y profesional. Esta última no pretende cualificar a los usuarios para un determinado empleo, sino desarrollar en ellos habilidades generales (por ejemplo, de gestión del tiempo, presentación, autoevaluación, entrevista laboral) y específicas (por ejemplo, conocimientos de informática). Esta formación pretende, asimismo, apoyar estrategias para conseguir trabajo y mejorar la autoeficacia y el compromiso del usuario para trabajar. Las actividades de formación profesional se ofrecen tanto por servicios de tratamiento de las drogodependencias como por servicios públicos y privados especializados en materia de empleo.

La atención escalonada basada en una intervención conductual de mejora motivacional dirigida específicamente a pacientes en mantenimiento con metadona parece que es efectiva para que los participantes consigan un empleo a jornada completa o a tiempo parcial y para que la retribución por esos empleos se haga en una baja proporción con dinero en mano en la «economía sumergida».

Igualmente, el apoyo personalizado para el empleo en pacientes en mantenimiento con metadona, que se centra en el desarrollo de habilidades laborales y en la reducción de barreras no profesionales, como la baja autoeficacia, se ha demostrado efectivo para que los participantes en esta intervención consigan un empleo a jornada completa o a tiempo parcial en mayor medida que aquellos que reciben una orientación profesional estándar. Sin embargo, no se han observado diferencias en las retribuciones medias percibidas entre los pacientes que reciben la intervención y los que forman parte del grupo control. Haber tenido empleo antes, formar parte del grupo de intervención y realizar el programa en su totalidad son predictores significativos para conseguir empleo.

Por otra parte, la formación para el empleo, incluido el asesoramiento profesional y el desarrollo de habilidades de búsqueda de empleo y de desempeño profesional, también parecen ser actuaciones efectivas para conseguir trabajo a jornada completa o tiempo parcial, incluso el asesoramiento laboral por sí solo consigue aumentar las tasas de empleo de los drogodependientes después del alta y mejorar la participación en el tratamiento y los resultados terapéuticos en comparación con el grupo control.

Estas intervenciones se han utilizado con éxito en personas que abusan de las drogas y que salen de prisión en libertad condicional. A estos pacientes, en tratamiento ambulatorio y casi todos ellos en paro, se les ofrece la posibilidad de participar en uno de los siguientes



cuatro programas para adquirir habilidades laborales y conseguir empleo: i) desarrollo de habilidades para el trabajo y apoyo para el empleo, ii) desarrollo de habilidades para la vida, iii) formación laboral y iv) bienestar y trabajo. En general, los participantes en los tres primeros programas mejoran sus habilidades y consiguen un empleo en proporciones que superan el 50%.

La formación laboral de personas que se encuentran en juzgados especializados en drogodependencias también es una intervención efectiva para mejorar la tasa de empleo. La cualificación previa de los usuarios parece ser una variable importante en su empleabilidad. Las personas con una alta cualificación obtienen en mayor medida empleos a jornada completa, se encuentran en menor proporción desempleadas, trabajan un mayor número de horas y consiguen más ingresos procedentes del trabajo que los que tienen una baja cualificación o no participan en el programa.

Asimismo, la formación laboral dentro de una intervención multiservicio para mujeres consumidoras de drogas, también se ha mostrado efectiva para mejorar la obtención de empleo al menos a media jornada y para reducir la utilización media de los servicios sociales a los 6 y 12 meses de seguimiento.

#### 4.4. Intervenciones para el empleo

Los programas de asistencia a trabajadores con problemas de abuso y dependencia de las drogas, cuando el tratamiento dura al menos 30-60 días, consiguen reducir el absentismo, los retrasos en acudir al trabajo, la baja productividad y el conflicto laboral. La mejora en el rendimiento laboral ya es apreciable después de un mes de tratamiento. Estos programas suelen incluir la detección, evaluación, asesoramiento y derivación de trabajadores con consumos problemáticos de drogas a servicios especializados en el tratamiento de drogodependientes, lo que permite a los empleadores evitar la aplicación de medidas disciplinarias e incluso el despido de estos trabajadores, a condición de que éstos afronten de forma constructiva sus problemas personales que afectan negativamente a su desempeño en el trabajo. El acceso a los servicios especializados de tratamiento se puede hacer directamente por los trabajadores afectados o por derivación de sus compañeros, gerentes o del propio empresario.

Los programas de apoyo al empleado también se han mostrado efectivos en trabajadores consumidores de drogas con comorbilidad psiquiátrica para conseguir y mantener un empleo. Los servicios de apoyo que pueden ofrecer estos programas para conseguir un empleo en el mercado abierto son asesoría laboral, acompañamiento y tutoría.