

# AJUNTAMENT DE CASTELLÓ

## PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS 2022-2025



Ajuntament de  
**Castelló**  
Benestar Social

**UPCCA**

Unitat de Prevenció Comunitària  
en Conductes Addictives



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**TOTS  
A UNA  
veu**



## Indice

### 0. Introducción. Modelo teórico

### 1. Marco normativo

### 2. Evaluación de necesidades: Análisis de la situación local

#### 2.1. Factores relacionados con el contexto social

#### 2.2. Factores relacionados con el consumo o problemáticas asociadas a las drogas

#### 2.3. Evaluación del Plan Municipal de Drogodependencias 2016-2019

##### 2.3.1. Ámbito escolar

##### 2.3.2. Ámbito familiar

##### 2.3.3. Ámbito comunitario

#### 2.4. Resumen del seminario de prevención de adicciones basada en alternativas (PBA) del Ayuntamiento de Castelló de la Plana

#### 2.5. Necesidades

### 3. Objetivos generales y específicos, actividades e indicadores.

#### 3.1. Ámbito escolar

#### 3.2. Ámbito familiar

#### 3.3. Ámbito comunitario

#### 3.4. Ámbito de prevención selectiva e indicada

### 4. Coordinación institucional y participación social

### 5. Sistema de evaluación.

### 6. Cronograma

### 7. Presupuestos.



## 0. INTRODUCCIÓN. MODELO TEÓRICO

Las conductas adictivas constituyen un fenómeno social de primer orden de carácter multicausal y multidimensional, en el que intervienen factores individuales, sociales, culturales..., y con consecuencias a nivel individual y colectivo. Por tanto no existe una única razón explicativa del consumo de drogas. En consecuencia, surge la necesidad de abordar esta problemática teniendo en cuenta esta complejidad, de modo que las medidas adoptadas (diseñadas) formen parte de una amplia política social, que integre el conjunto de acciones tendentes a mejorar la salud y las condiciones de vida de los/las ciudadanos/as.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2017-2024) propone los siguientes retos a afrontar:

- El aumento de la prescripción de medicamentos con potencial adictivo
- La “normalización” social del consumo de sustancias ilegales
- El consumo de alto riesgo de alcohol
- El policonsumo (especialmente de cannabis y otras sustancias)
- La baja percepción del riesgo sobre el consumo en adolescentes
- El papel creciente de las tecnologías e Internet como medio de obtención de sustancias, facilitadoras del acceso a y potenciadoras de conductas adictivas (juegos de apuesta y on-line), como foro de intercambio de “información” e instrucciones sobre consumos;
- Prevención y asistencia a grupos específicos como la población con consumos problemáticos que envejece (aumento de cronicidad y co-morbilidad); personas con patología dual; mujeres, adolescentes y/o jóvenes y otros grupos en situación vulnerable: minorías étnicas, inmigrantes, sin techo...;
- La dificultad para la inserción laboral de las personas con trastornos por uso de sustancias.

El modelo teórico interpretativo de las drogodependencias y trastornos adictivos más aceptado y actualmente con un mayor grado de consenso a nivel internacional es el modelo bio-psico-social. La atención ya no se centra de manera particular en ninguno de los elementos presentes en las drogodependencias (sustancia, individuo, contexto), sino que está dirigido a la comprensión y al análisis de las interacciones que tienen lugar entre estos elementos.

La aportación, en el ámbito preventivo, del concepto de "factor de riesgo" ha resultado significativa y operativa a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas y otros trastornos adictivos. Así se entiende como factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales, sociales, o relacionados con la sustancia, que aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y se mantenga en el consumo de drogas. También han sido



identificados ciertos "factores de protección" que no son siempre opuestos a los factores de riesgo, y su impacto varía durante el proceso de desarrollo del individuo.

Las actuaciones pretenden disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, mediante las actuaciones contempladas en el Plan.

Por lo tanto, el Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos se presenta como un documento político-técnico para la planificación, racionalización y coordinación de las actuaciones que en materia de adicciones se aborden por parte del Ayuntamiento de Castelló de la Plana. La coordinación técnica de las actuaciones en el municipio se realizará por la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (en adelante UPCCA) del ayuntamiento.

## 1. MARCO NORMATIVO

La Legislación en la que se apoya y fundamenta el Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Castelló de la Plana, y que justifica la existencia de la UPCCA como dispositivo especializado en prevención, es la siguiente:

Unión europea

Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025.

Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025.(2021/C 272/02)

Estatal

Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2017-2024. Plan Nacional sobre Drogas, aprobada por acuerdo del consejo de ministros el 9 de febrero de 2018.

Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.

Autonómica

Ley 1/2020, de 11 de junio, de la Generalitat, re regulación del juego y de prevención de la ludopatía en la Comunitat Valenciana.

II Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, de la Comunidad Valenciana. Prorrogado.



Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de la Generalitat, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia.

Decreto 93/2018, de 13 de julio, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública.

Decreto 89/2018, de 23 de junio, sobre acreditación de programas de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos y de regulación del Comité de personas expertas.

Ley 8/2018, de 20 de abril, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre de 2014, de salud de la Comunitat Valenciana.

Orden 4/2015, de 3 de diciembre, de la Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, por la que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones en materia de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana.

Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.(DOGV 6351, 9-9-2010).

Ley 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana.

Local

Ordenanza municipal de convivencia ciudadana de Castelló de la Plana (BOP Castelló, nº 49, 24-04-2012). Artículo 26.- Consumo de Bebidas Alcohólicas.

## **2. EVALUACIÓN DE NECESIDADES: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN LOCAL**

Castelló de la Plana es una ciudad y municipio español, capital de la provincia de Castellón y de la comarca de la Plana Alta, situado en la Comunidad Valenciana. Situado al este de la península ibérica sobre una extensión de terreno llano, rodeada por distintas sierras por el interior y el mar Mediterráneo al este, ante el cual se extienden los 10 kilómetros de costa de los que disfruta el municipio. El núcleo urbano principal se encuentra a unos 30 metros sobre el nivel del mar y a unos 4 km de la costa. En su término municipal, se encuentra la confluencia del paralelo 40° y el meridiano 0° de Greenwich.



Castelló de la Plana, según el INE, cuenta en 2020 con una población de 174.264 habitantes y un área metropolitana que ronda los 300.000 habitantes siendo la cuarta ciudad de la Comunidad Valenciana por número de habitantes, distribuidos en dos núcleos urbanos y diversos grupos de población diseminados en los 107,50 km<sup>2</sup> de extensión de su término municipal.

## 2.1. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTEXTO SOCIAL

Poblacional: Estructura y distribución de la población por grupos de edad y sexo. **(Fuente INE)**

Periodo	2020		
Sexo	Total	Hombre	Mujer
Edad (grupos quinquenales)	Nº de Personas		
Total	174.264	84.319	89.945
De 0 a 4 años	7373	3774	3599
De 5 a 9 años	8683	4510	4173
De 10 a 14 años	9719	4990	4729
De 15 a 19 años	9218	4735	4483
De 20 a 24 años	8839	4541	4298
De 25 a 29 años	9163	4570	4593
De 30 a 34 años	9979	4939	5040
De 35 a 39 años	12062	5833	6229
De 40 a 44 años	15325	7624	7701
De 45 a 49 años	14855	7414	7441
De 50 a 54 años	14038	6866	7172
De 55 a 59 años	12035	5807	6228
De 60 a 64 años	10524	4957	5567
De 65 a 69 años	8939	4068	4871
De 70 a 74 años	8122	3672	4450
De 75 a 79 años	6107	2601	3506
De 80 a 84 años	4335	1778	2557



De 85 a 89 años	3118	1085	2033
De 90 a 94 años	1440	445	995
De 95 a 99 años	341	97	244
De 100 y más años	49	13	36

#### Institucional:

Educativos: 122 Centros educativos en el municipio, de los cuales nuestros centros diana fueron 65. De estos últimos, 49 son de educación primaria obligatoria y 24 de educación secundaria obligatoria, en los que se priorizan las actuaciones de prevención.

Alumnado: en el registro de la Consellería de Educación, respecto a los colegios públicos y concertados, para el curso 2020-2021 (registro del mes de octubre), hay matriculados los siguientes alumnos:

Educación Infantil: 4749

Educación Primaria: 10292

Educación Secundaria: 7314

Bachillerato: 3640

Ciclos Formativos: 6292

Municipales: 6 Centros Sociales (equipo base servicios sociales). Además el ayuntamiento cuenta con un Equipo Específico de Intervención con Infancia y Adolescencia (EEIIA) y un Equipo de Absentismo Escolar. Otros negociados de la Concejalía de Bienestar Social, Dependencia e Infancia, como Dinamización Comunitaria, Cooperación Social y Solidaridad... y otras concejalías relacionadas con el contenido del Plan son Juventud, Salud Pública, Educación, Seguridad Ciudadana e Igualdad.

Sanidad: Centros de salud (consultorios): 18. Hospitales: 4.

Centros especializados en atención y prevención en drogodependencias:

- Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA): 1
- Unidades de Conductas Adictivas (UCA): 2
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): 1
- Comunidades Terapéuticas (CT): 2
- Centros de Día (tipo I y tipo II): 3
- Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT): 2
- Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE): 1
- Unidad de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD): 1



Geográfica / Estructural:

Zonas de ocio: existen principalmente cuatro zonas de ocio en la ciudad: La Salera (centro comercial), calle Lagasca (locales tipo discoteca en centro ciudad), zona Tascas (consumo en la calle media tarde noche), y zona Grao (terrazas en verano); y dos zonas de botellón: descampados en zona Pau Sensal y Parque Rafalafena.

## 2.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO O PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS A LAS DROGAS

TENDENCIAS DEL CONSUMO Y ABUSO DE DROGAS:

Para conocer el consumo, percepciones y opiniones de la población española ante las drogas el Observatorio Español sobre Drogas, dependiente del Plan Nacional sobre Drogas, lleva a cabo dos encuestas periódicas, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que se realiza en población de 15-64 años residente en hogares familiares y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) que se realiza en estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias, ambas incluidas en el Plan Estadístico Nacional. El objetivo de estas encuestas es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas derivados del uso de drogas.

De la EDADES 2019/2020 (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, publicada en diciembre de 2020), podemos obtener las siguientes conclusiones:

*Las sustancias consumidas por un mayor porcentaje de personas en el indicador temporal de alguna vez en la vida son el alcohol (93%), el tabaco (70%) y el cannabis (37,5%).*

*El consumo de todas las sustancias, está más extendido entre los hombres que entre las mujeres excepto en analgésicos opioides e hipnosedantes en los que el consumo se iguala.*

*La edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores de la encuesta, siendo las drogas de inicio más temprano el tabaco y las bebidas alcohólicas (16,7 y 16,6 años, respectivamente), seguidas del cannabis (18,5 años).*

*Por sustancias, se detecta lo siguiente en su consumo:*

- *La tendencia en el consumo de tabaco es estable/descendente, dándose un mayor consumo en hombres que en mujeres. El porcentaje de personas que no se plantean dejar de fumar aumenta en torno a los 5 puntos.*





- La tendencia en el uso de cigarrillos electrónicos es ascendente y se da un mayor consumo entre los hombres.
- Las tendencias de consumos de bebidas **alcohólicas** se encuentran estabilizadas desde 2005 pero en niveles elevados. El 93% las han consumido alguna vez en la vida, 77,2% en el último año, 63% en el último mes y 8,8% diariamente en el último mes.
- La prevalencia en el **consumo de riesgo de alcohol** (de 5,1 a 4,2%) y en las **borracheras** (de 7,1 a 6,8%) han descendido ligeramente, mientras que ha aumentado ligeramente la prevalencia del “binge drinking” (del 15,1 al 15,4 %).
- El consumo de **cannabis** muestra una tendencia ascendente para alguna vez en la vida y diariamente en los últimos 30 días, y descendente en los últimos 12 meses y los últimos 30 días. La prevalencia en hombres duplica a la de mujeres, y el consumo medio se sitúa en 2,9 porros/día, siendo éste el modo de consumo principal en el 98% de los casos. Un 1,9% presenta consumo problemático, siendo 3,5% en hombres y 0,8% en mujeres.
- La prevalencia de consumo de **cocaína** es ascendente respecto 2019 (de 10 a 10,9 en alguna vez en la vida y de 2 a 2,5% en los últimos 12 meses). El consumo se da mayoritariamente en hombres (3 de cada 4 son hombres).
- **Éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, setas mágicas, metanfetaminas, inhables volátiles, heroína y GHB:** se mantiene una tendencia estable por debajo del 1% en todas las drogas, desde 2009.
- En cuanto a las denominadas **nuevas sustancias psicoactivas** (incluye sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales... y reciben nombre de ketamina, spice, cocaína rosa, mefedrona o ayahuasca... ) se han consumido por un 1,6% de la población alguna vez en la vida. Su consumo es experimental.

Respecto al **policonsumo**, en los últimos 12 meses un 40,4% de la población ha consumido dos o más sustancias diferentes, dato ligeramente inferior al obtenido en 2017 (41,2) Por otro lado, el 47,7% de los individuos consumió solamente una sustancia. El policonsumo se encuentra más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad. En policonsumo de dos o más sustancias, el alcohol está presente en casi la totalidad de los individuos (94,7%), y el tabaco en la mayoría (80,9%). En policonsumidores de tres sustancias psicoactivas, destaca como tercera sustancia, la prevalencia del consumo de cannabis (62,5%). En el colectivo de cuatro o más sustancias, hay prevalencias superiores al 90% de tabaco, alcohol y cannabis; más de la mitad han consumido cocaína en polvo e hipnosedantes, existen consumos superiores al 15% de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. La prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas y binge drinking aumentan en función del número de sustancias diferentes consumidas.

En cuanto a la **percepción de riesgo**, descende en relación al consumo de cocaína (de 97 a 93,4) y a fumar paquete tabaco diario (de 93 a 92,2), mientras que aumenta el riesgo percibido ante el consumo de las otras drogas (hipnosedantes, cannabis, cañas/copas en fin de semana), y se han introducido nuevas variables que nos aportarán datos de comparación en



cuanto a analgésicos, juegos con dinero o apuestas, y uso de internet. Mayor riesgo percibido en las mujeres. Comparativamente entre ambos sexos, las mayores diferencias se encuentran en relación al consumo de alcohol, cannabis y uso de internet.

Se produce una disminución de la **disponibilidad percibida** para todas las drogas. El cannabis es la sustancia ilegal que es considerada como más accesible (el 59,4% declara que le sería fácil o muy fácil conseguirlo en 24 horas).

También se tienen en cuenta las **acciones para intentar resolver el problema de las drogas**. Para la ciudadanía, las **medidas** de mayor eficacia para solventar el problema del consumo de drogas son: educación en las escuelas (89,2%), control policial y aduanero (82,6%), campañas publicitarias (81,5%), y tratamiento voluntario a los consumidores (80,1%). Ha aumentado el % de personas que consideran importante la legalización del cannabis (36,5%) y de todas las drogas (24,8%). (Fuente: PNSD, EDADES, 2020)

Por otra parte, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), contempla objetivos similares a la encuesta anterior, pero centrado en este segmento de población y ámbito, es decir, conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, y utilizar esta información para orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo y los problemas asociados. De la ESTUDES 2018-19 podemos obtener las siguientes conclusiones:

*\*Las drogas consumidas (en el último año) por un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol (75,9), el tabaco (35) y el cannabis (27,5). Les siguen los hipnosedantes (12,5), cocaína (2,4) y extásis (1,9). El consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. El consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres. El porcentaje de consumidores de drogas aumenta con la edad. La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 14 y los 16 años y, en general, se observa una tendencia estable de la evolución.*

*Evolución del porcentaje de consumidores de **bebidas alcohólicas**: La tendencia en el consumo de alcohol permanece estable por lo que respecta al porcentaje de estudiantes que lo han consumido durante el último año (75,9%). No obstante, se ha producido un descenso del consumo de alcohol declarado en el último mes (pasando del 67,0% en 2016 al 58,5% en 2018). Aún así, el % de jóvenes que se emborracha (24,3%) o que realiza binge drinking (32,3%) en el último mes incrementa notablemente, teniendo en cuenta la edición anterior del estudio. Casi la mitad de los estudiantes (44,5%) se ha emborrachado en el último año y cerca de un cuarto (24,3%) de los mismos se ha emborrachado en el último mes. El % de estudiantes que se emborrachan aumenta con la edad. A los 14 y 15 años, el % de chicas que se emborracha es mayor que el de los chicos, esta diferencia se va reduciendo conforme aumenta*



la edad. Se considera binge drinking, consumir 5 o más vasos/copas en unas 2 horas, patrón similar al de las borracheras. El porcentaje de estudiantes que han realizado binge drinking es de 32,3% en los últimos 30 días. Aproximadamente, la mitad de los jóvenes de 18 años ha hecho binge en el último mes. Se hace más binge al aumentar la edad. El % de mujeres es mayor, que en los hombres, a los 14 y 15 años, sin embargo se produce una inversión en esta tendencia conforme aumenta la edad. El consumo se realiza principalmente en bares/pubs (54,8% de los estudiantes), seguido de espacios públicos abiertos (50,9%) y discotecas (47,8%). También, consumen en espacios particulares como son las casas de otras personas (43,5%). Los lugares donde más % de menores consiguen alcohol son los bares/pubs (52,5%) y los supermercados (52,4%), seguidos de las tiendas de barrio (50,8%). Las bebidas más consumidas son los combinados (29%) en ambos sexos, pero con mayor consumo en las chicas, seguido de la cerveza/sidra (24,4%) también en ambos sexos, aunque con cifras más elevadas entre los chicos. Sobre el botellón, el 51,3% ha hecho botellón en el último año. % similar en chicas y chicos, aunque más elevado en ellas. Esta práctica aumenta con la edad: siendo el 28,4% los jóvenes de 14 años y el 64,1% de los jóvenes de 18 años quienes han hecho botellón en el último año. Son más habituales los consumos abusivos (borracheras y binge drinking) entre los que “hacen botellón” que entre los que no lo hacen. También consumen en mayor porcentaje otras sustancias como tabaco, cannabis o hipnosedantes.

Respecto al **tabaco**, continua la tendencia descendente del consumo iniciada en 2004, aunque se ha producido un incremento teniendo en cuenta la edición del 2016 en el indicador de haber fumado en alguna ocasión en su vida (pasando de 38,5 en 2016 a 41,3 en 2018) y en el consumo diario (pasando de 8,8 en 2016 a 9,8 en 2018). El consumo está ahora más extendido entre las mujeres, desapareciendo la cercanía en el porcentaje de consumo de hombres y mujeres de ediciones anteriores. La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se mantiene en cifras elevadas y la mayoría (88,7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos o bastantes problemas de salud. Desde 2004, ha disminuido el número de cigarrillos entre los fumadores diarios. Sin embargo, en 2018 se detectó un aumento en la media de cigarrillos consumidos, pero las cifras se mantienen por debajo de las de 2004. Las mujeres que fuman diariamente fuman menor número de cigarrillos que los hombres. Por otro lado, cerca de la mitad de los estudiantes (47%) han fumado tabaco utilizando cachimbas no habiendo diferencias significativas en función del sexo. Además, ha aumentado el uso de los cigarrillos electrónicos, pues 1 de cada 2 adolescentes los han utilizado en alguna ocasión, siendo esta cifra superior a la de 2016, en la que sólo los usaban 1 de cada 5. Se observa como el riesgo percibido del uso esporádico de cigarrillos electrónicos es el más bajo de las sustancias analizadas, asimismo aquellos estudiantes que los han consumido alguna vez manifiestan una menor percepción de riesgo asociado al consumo de tabaco o de cannabis.

Los **hipnosedantes** (con/sin receta médica) son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consume después del alcohol, el tabaco y el cannabis. Se observa una tendencia ascendente del consumo, alcanzando niveles similares a los registrados en 2012. El consumo es más prevalente entre las mujeres.



*El **cannabis** es la droga ilegal consumida por un mayor % de jóvenes. En 2016 se produce una tendencia ascendente en su consumo que continua en la actualidad. Un 27,5% de los estudiantes indica haberlo consumido en los últimos 12 meses, siendo ésta la prevalencia más elevada desde 2010. El consumo es mayor en los chicos y aumenta en ambos géneros con la edad, llegando a cerca del 50% a los 18 años en el indicador de consumo “en alguna ocasión”. La media de consumo en un día es de 3,4 porros en aquellos que han indicado haber fumado cannabis en los últimos 30 días, siendo ésta cifra mayor en hombres (3,8 porros) en comparación con mujeres (2,9 porros). El 15,4% de los que habían consumido cannabis, en el último año, tenía un consumo problemático, siendo este dato el más alto desde 2012. Este consumo problemático se asocia tanto a un mayor consumo abusivo de alcohol (7 de cada 10 han sufrido una intoxicación etílica aguda en el último mes) como a un mayor consumo diario de tabaco (66,5% fuman diariamente).*

*Continúa la tendencia descendente del consumo de **cocaína**, iniciada en 2004, alcanzando mínimos históricos. Así, un 2,4% lo han consumido en los últimos 12 meses y un 0,9% en los últimos 30 días. El porcentaje de consumidores en 2018, se sitúa en valores inferiores a los de 1996.*

*En cuanto a los **analgésicos opioides**, un 2,2% reconoce haberlos consumido alguna vez en su vida. Este consumo es mayor en los chicos (el doble) y aumenta con la edad.*

*Las prevalencias, durante el último año, de **anfetaminas, éxtasis, alucinógenos e inhalables volátiles** continúan siendo bajas tras el descenso a partir de 2000-2002. Sin embargo, comparando con cifras del 2014 se ha producido un ligero aumento. Por lo que respecta al indicador de consumo en los últimos 12 meses, un 1,1% ha indicado haber consumido anfetaminas, un 1,9% éxtasis, 1,4% alucinógenos y 1% inhalables volátiles.*

*Asimismo, por lo que respecta a las **setas mágicas** (un tipo de alucinógeno), también se ha producido un aumento en su consumo desde 2014, siendo la prevalencia actual de 1,1% para el indicador de consumo en los últimos 12 meses.*

*El consumo de **heroína** se mantiene por debajo del 1% desde 1994, siendo en la actualidad un 0,5% de jóvenes quienes han indicado haberla consumido en el último año.*

*En relación al **GHB (gamma-hidroxitirato)**, el % de consumo de alguna vez en la vida es de 0,6%, descendiendo desde su aparición en 2012 y estabilizándose en el año 2016.*

*Se produce un incremento en el consumo de **metanfetaminas** desde 2014, siendo un 1,6% quienes las consumen alguna vez en la vida.*



Las “**nuevas sustancias psicoativas**” presentan prevalencias de consumo más bajas que las “**drogas clásicas**”. Las más consumidas son el Spice (0,8%) y la ketamina (0,6%) para el indicador de consumo alguna vez en la vida.

El **policonsumo** es un patrón de consumo cada vez más extendido entre los estudiantes. El 42,8% ha consumido más de una sustancia en un mismo periodo de tiempo en los últimos 12 meses. El consumo de alcohol de tipo intensivo (binge drinking o borracheras) en los últimos 30 días, se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas ilegales.

Las sustancias percibidas como más fácilmente **disponibles** por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol y el tabaco (> 90%), seguidos del cannabis (68,1%), los hipnosedantes (47,4%) y la cocaína en polvo (32,8%).

En cuanto al **riesgo percibido por el consumo habitual** (una vez por semana o más) de las sustancias psicoactivas, el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa, sin embargo ha aumentado el riesgo percibido por el consumo del mismo comparado con la edición anterior. Además, el tabaco se considera más peligroso que el cannabis. Por lo que respecta al **riesgo percibido por el consumo esporádico** (una vez al mes o menos) de sustancias, de las drogas ilegales es el cannabis el que presenta cifras inferiores. Por otra parte, se ha reducido a la mitad el % de personas que consideran peligroso fumar cigarrillos electrónicos esporádicamente.

Las prevalencias de consumo del alcohol, tabaco, cannabis y cocaína son mayores entre aquellos que cuentan con más **amigos que también las consumen**. Lo mismo ocurre en el caso del botellón y de las borracheras. El % de consumidores de drogas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) es mayor entre los que salen habitualmente por la tarde y en aquellos que salen por la noche de manera frecuente, así como en los que regresan más tarde a casa.

Teniendo en cuenta el **rendimiento escolar**, aquellos estudiantes que consumen sustancias psicoactivas obtienen peores resultados (en términos de notas, repiten curso, expulsiones o dificultad de concentración en el colegio). La proporción de alumnos que saca buenas notas (notables o sobresalientes) es más reducida en el grupo que consume alcohol de cualquiera de las formas (han bebido, se han emborrachado o han hecho binge drinking) en el último mes. Lo mismo ocurre para aquellos que han consumido cannabis en el último mes y para los que hacen un consumo problemático del mismo. Los alumnos que han repetido curso alguna vez muestran cifras elevadas en el consumo de tabaco diario en los últimos 30 días (49,3% de los mismos), así como en el consumo problemático de cannabis (53,1%).

En cuanto al uso de las tecnologías, se ha encontrado que un 20% de los adolescentes han utilizado **internet** de manera compulsiva, cifra que se ha estabilizado en los últimos años. Su prevalencia es mayor entre las chicas (23,4%) que entre los chicos (16,4%). Por lo que



respecta a los **videojuegos**, el 82,2% ha indicado haber jugado a los mismos durante el último año.

*En resumen: El consumo de alcohol continua en niveles elevados, aunque el consumo reciente disminuye en esta última edición. Aún así, aumentan las borracheras y el consumo en atracón en el último mes (cerca de 1 de cada 4 se ha emborrachado y cerca de 1 de cada 3 ha consumido en forma de atracón). El 51,3% ha hecho botellón en el último año, siendo las cifras similares en chicas y chicos. El consumo intensivo, borracheras y binge drinking se asocia a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). Por lo que respecta al tabaco, ha aumentado el porcentaje de jóvenes que fuma a diario teniendo en cuenta el estudio anterior. 1 de cada 2 estudiantes ha usado alguna vez un cigarrillo electrónico. Además, ha disminuido la percepción del riesgo del consumo de este tipo de cigarrillos, pues se ha reducido a la mitad el número de personas que consideran que es peligroso fumarlos de manera esporádica. Ha aumentado el consumo de cannabis y también el porcentaje de consumidores problemáticos (14,4%), alcanzando el dato más alto desde 2012. Asimismo, continua la tendencia a una percepción de riesgo del consumo del mismo menor que la del tabaco. Los estudiantes perciben estas sustancias como muy fácilmente disponibles, principalmente el alcohol y el tabaco (más del 90%), así como el cannabis (68,1%).\* (Fuente: PNSD, ESTUDES, 2018-19)*

Resumen de la situación de consumo en Castelló:

Para realizar un análisis de la realidad local se ha contactado con la Unidad de Conductas Adictivas ubicada en el Hospital Provincial, para conocer algunos datos correspondientes a 2020 y primer semestre de 2021, y se han consultado las memorias de 2020 de las entidades especializadas en el tratamiento de las drogodependencias de la ciudad, a saber, Asociación ARACA, Fundación Amigó, Fundación PATIM y Fundación Salud y Comunidad. A continuación se destacan algunos datos de interés. Denominador común es que los datos reflejan una menor atención que en años anteriores debido a la pandemia del COVID-19.

Consultada la **Unidad de Conductas Adictivas** se han obtenido los siguientes datos de pacientes distintos en primeras visitas y recaídas:

Año 2020 por meses: Enero (9), febrero (19), marzo (9), abril (1), mayo (7), junio (9), julio (8), agosto (12), septiembre (9), octubre (16), noviembre (22) y diciembre (12).

Año 2021 por meses: enero (14), febrero (13), marzo (16), abril (14), mayo (18), junio (17).

Por orden de mayor a menor demanda de tratamiento (sustancias): alcohol, cocaína, cannabis, heroína y ludopatía.

Con respecto a los datos de las entidades sociales con recursos autorizados en la ciudad, a continuación se incluyen datos y tendencias aportadas por la asociación ARACA, Proyecto Amigó, asociación Patim y Fundación Salud y Comunidad. A continuación se transcriben los datos de las memorias de 2020 que pueden dar una información más acorde con una etapa de normalidad, que es la que pudiera preverse para el período del presente Plan.



Desde el equipo técnico de **ARACA**, indican que la cantidad de personas atendidas durante 2020 han sido 85, siendo 62 hombres (72,94% del total) y 23 mujeres (27,06%).

El perfil mayoritario es el de un hombre, con una edad media de 31-45 años (representan el 34%, seguido de la franja de edad de 51-60, un 30% de los pacientes), con un nivel de formación equivalente a Formación Profesional/BUP. (38,8%), con trabajo actualmente (58,8%) y residente en Castelló ciudad (52,9%).

Del total de 85 pacientes, 45 presentan antecedentes familiares de alcoholismo, lo que supone un 52,9%, siendo en el 55,5% de los casos el padre.

Un 42,3% de los usuarios/as han consumido en algún momento, junto con el alcohol, otras sustancias, siendo la combinación más utilizada alcohol + cocaína (36% de los casos), seguida de alcohol + cannabis + cocaína (25% de los casos).

Presentan un diagnóstico de patología dual 22 de los casos que han comenzado este año, representando un 28,5% del total. La patología con mayor prevalencia es la depresión (54,5%).

Las personas migrantes representan un 14,11 % (12 usuarios/as, 6 hombres y 6 mujeres), y sus países de procedencia se reparten mayoritariamente entre países del norte y este de Europa, y países de Latinoamérica.

En un 40% % de los casos, el motivo para iniciar tratamiento ha sido por iniciativa propia, seguido por un 36,47% en que la motivación ha sido la presión ejercida por los familiares

Un 49,41% de las personas que han iniciado tratamiento en 2020 lo han hecho acompañados de algún familiar, y el parentesco más habitual ha sido la pareja (47,61%), seguido muy por debajo de los padres (21,14%).

Destacan que las mujeres siguen encontrando dificultades:

- Resistencias a reconocer su adicción e iniciar tratamiento debido a la estigmatización social que sigue experimentando el alcoholismo femenino,
- Preocupación por la confidencialidad en los distintos servicios socio-sanitarios a los que deban acudir, muchas veces relacionado con su responsabilidad como madres y el miedo a perder la custodia de sus hijos/as.
- Poco apoyo por parte de su pareja en el proceso de reconocimiento y tratamiento de su adicción al alcohol. Poca presencia también de sus padres/madres como acompañantes durante el tratamiento.

Indican que las tendencias de los últimos cuatro años han sido:

- Incremento gradual en el número de personas que inician tratamiento por problemas con el alcohol, lo que nos demuestra que sigue siendo la sustancia más consumida y con baja percepción social de peligro respecto a las consecuencias de su uso irresponsable.



- Aumento progresivo en el número de mujeres que acceden a tratamiento. Las personas de menor edad comparten patrones de consumo similares con independencia del género.
- Reducción de la edad de inicio a la hora de acceder a tratamiento.
- Mantenimiento del patrón de consumo “tradicional” (diario, con cantidades más o menos estables a lo largo del día, exclusivamente de alcohol) que sigue siendo característico de personas de más edad (a partir de 50 años) y otro patrón de consumo más “contemporáneo”, que se mantiene e incluso crece durante estos últimos años (no diario, relacionado con el uso del tiempo libre, caracterizado por grandes ingestas en períodos cortos de tiempo, muchas veces asociado con consumo de otras sustancias) característico de personas de menos de 40 años.
- Disminución progresiva en el número de familiares que mantienen un acompañamiento durante todo el proceso, aunque el entorno familiar sigue siendo la motivación más común para iniciar tratamiento. Entendemos que la reducción de la edad de los usuarios y la existencia de nuevos modelos de familia son dos de las explicaciones para la tendencia de menor implicación a nivel familiar.
- Incremento de personas con adicción al alcohol que consumen de forma asociada otras sustancias (cocaína/cannabis).
- Aumento en la incidencia de casos con patología dual (consideramos que esto es debido a una mayor detección por la realización de diagnósticos que antes no se realizaban, además empezamos a observar el incremento de sintomatología ansioso-depresiva en los pacientes, como consecuencia de la crisis sociosanitaria actual, con lo cual creemos que esta tendencia continuará en aumento).

Por lo que respecta a la proyección para el futuro, desde ARACA proponen reforzar las actuaciones preventivas en edades más tempranas, alrededor de los 12-13 años; tener en cuenta los nuevos modelos de familia para adaptar las intervenciones; reforzar la intervención para pacientes con patología dual; y, seguir manteniendo las actividades específicas para mujeres alcohólicas (terapias de grupo), y en la medida de lo posible, ampliar con la realización de talleres específicos (autoestima, asertividad,...).

En la **asociación PATIM**, de las 264 personas atendidas durante 2020, destacando los siguientes perfiles:

- El *perfil general del usuario/a de régimen ambulatorio/semirresidencial* corresponde a un hombre, soltero, con una edad media de 36 años, de nacionalidad española, activo laboralmente y que ha completado el graduado escolar, que acude a tratamiento por ludopatía y su primer contacto con conductas adictivas se produce entre los 11 y los 18 años. El *perfil de mujeres* que utiliza este servicio es el de una mujer soltera o divorciada, de 42 años, de nacionalidad española, sin trabajo y que ha completado el graduado escolar o equivalente, que demanda tratamiento por el consumo de cocaína y que se inició en el consumo de drogas entre a los 25 años, además de contar con antecedentes familiares en conductas adictivas. El perfil





de usuario atendido por juego patológico es un hombre de 38 años, de nacionalidad española, soltero, con estudios secundarios completos, empleado y acude a tratamiento para abordar una adicción relacionada con las máquinas tragaperras tipo “B”, y apuestas en salones de juego o por internet (on line).

– El *perfil general del usuario/a de régimen residencial* es un hombre de entre 34 y 41 años, soltero y en paro, de nacionalidad española, con estudios secundarios primera etapa, y consumidor de cocaína por vía intranasal que comenzó a consumir entre los 15 y los 18 años y sin antecedentes familiares de adicción. El *perfil de la mujer usuaria* de este servicio es el de una mujer de entre 34 y 41 años, soltera, en paro, de nacionalidad española, con estudios secundarios de segunda etapa, consumidora de cocaína por vía intranasal, que comenzó a consumir entre los 11 y 18 años y con antecedentes familiares en conductas adictivas.

– El *perfil general que corresponde con el servicio de vivienda mujeres* es el de una mujer mayor de 50 años, separada o divorciada, en paro al ingreso, de nacionalidad española, con estudios secundarios primera etapa, consumidora de cocaína y alcohol por vía pulmonar y oral, comenzó a consumir entre los 15 y los 18 años y con antecedentes familiares de consumo.

También, cabe tener en cuenta que el porcentaje de mujeres atendidas en PATIM fue del 26,13%. Ellas, continúan acudiendo menos a tratamiento que los hombres.

Durante estos últimos años la atención en Patim se ha caracterizado por:

- Incremento progresivo del tratamiento a mujeres de un 6% en 2015 se ha pasado a un 26,13% en 2020. La presencia de mujeres en los centros de tratamiento de adicciones sigue siendo escasa pero la incorporación de servicios específicos para mujeres y la adaptación de los existentes ha permitido ofrecer respuestas más ajustadas a sus necesidades. Tendencia que se debe de mantener en próximos años.
- Las mujeres en su mayoría acuden a tratamiento por abuso de sustancias tóxicas - cocaína y alcohol – mientras que la demanda de intervención profesional por adicción sin sustancia apenas es significativa.
- El juego se ha consolidado como una de las principales causas por las que se demanda tratamiento ambulatorio, afianzándose al mismo nivel que la cocaína o la cocaína asociada al alcohol. En la modalidad de tratamiento residencial las adicciones con sustancia continúan siendo la demanda mayoritaria de pacientes que ingresan en este recurso (cocaína y cocaína + alcohol), aunque pacientes por adicción sin sustancia comienzan a ser habituales.
- En 2020, en referencia a las adicciones no tóxicas cabe decir que en las demandas predomina el tratamiento por adicción al juego en máquinas tipo B (39%) y apuestas deportivas (39%), alcanzando ambas el mismo porcentaje y aumentando respecto al año anterior, éstas últimas de forma muy significativa. Las familias han aumentado respecto a 2019, así como las personas que han solicitado orientación y asesoramiento durante y después del confinamiento.



- La intervención con pacientes con patología dual es habitual en todos los dispositivos de la entidad. El porcentaje de pacientes se va incrementando cada año, siendo mayor la casuística en los hombres que en las mujeres.
- La integración laboral cada año es más prioritaria en la completa inserción de las personas que atendemos que alcanzan un alto grado de vulnerabilidad

#### Resumen actividad por sexo y sustancia **Proyecto Amigó** durante 2020.

Usuarios/as atendidos en la provincia: 406

Hombres: 79,3%

Mujeres: 20,7%

El porcentaje global de mujeres respecto al año anterior se ha incrementado en un 6%. En programas como el Centro de Día de Apoyo al Tratamiento, el 24% de las personas que atiende son mujeres, y en el Programa de Familias representan el 74%.

La edad media de las personas usuarias ha sido de 39 años, aumentando en 2 años respecto a 2019. Por rangos de edad el de mayor frecuencia es el comprendido entre los 41 y los 45 años con un 21%, seguido del rango de entre 45y 50 años. El 4% de las personas atendidas eran menores de edad.

Entre otros datos, un 73% de las personas usuarias ni trabajaba ni estudiada, 3 puntos más que en 2019; un 93% era de nacionalidad española, 4 puntos menos que en 2019; un 8% tenía algún tipo de diversidad funciona, 3 puntos menos que en 2019; y un 5% eran personas sin hogar, dato similar al año anterior. En 2020 ha disminuido el porcentaje de pacientes con patología dual, representando el 32% del total, pero llegando hasta un 61% en centros como Comunidad Terapéutica. En 2020 se ha incrementado considerablemente el número de mujeres víctimas de violencia de género con 16 puntos más respecto al año anterior, representando un 37% del total y, de éstas, un 47% padecían patología dual.

Como en 2019, la adicción principal por la que se solicita ayuda es la cocaína con un 33%, a pesar que ha descendido en 15 puntos porcentuales respecto al año anterior, seguida del alcohol con un 23%. Del grupo de las adicciones comportamentales, el juego patológico supone un 83%, 9 puntos más que en 2019, y del resto de las adicciones comportamentales, las redes sociales, videojuegos y móvil suponen un 12%.

Droga más consumidas por las que se solicita ayuda:

Cocaína:	32,7%
Alcohol:	22,3%
Hachís:	17,2%
Cocaína-Alcohol:	12,9%



Adicciones comportamentales: 11,3%

La **Fundación Salud y Comunidad** (Centro de Intervención de Baja Exigencia, CIBE Castelló), aporta el siguiente análisis y visión del año 2020: han atendido 451, siendo 155 personas los nuevos contactos de este último año, con una media diaria de 70 personas al día.

Teniendo en cuenta el sexo, un 84% fueron hombres y un 16% mujeres. La edad media es en torno a los 45 años en hombres y 40 en mujeres, destacando la franja de edad de 40 a 49 años en hombres y de 35 a 39 en mujeres. Así, destaca la mayor presencia de mujeres en franjas de edad más bajas.

Se mantiene el menor apoyo familiar en las mujeres encontrado en años anteriores con el consiguiente agravamiento de su situación. Por esta razón, se lleva a cabo una línea de intervención específica a mujeres, que incluye atención individualizada, especial atención a las situaciones de violencia de género y coordinación con recursos especializados en los casos necesarios, detección precoz del embarazo, orientación en temas de maternidad paternidad, e intervención familiar.

El 75% de las personas atendidas se encontraban en situación de sin hogar, lo que genera una mayor vulnerabilidad frente a enfermedades, ataques externos, dificultades en la adecuada alimentación e higiene, en el seguimiento de sus tratamientos médicos....

En cuanto al consumo de sustancias: El 53% de las mujeres y el 57% de los hombres realizan policonsumo. Las sustancias más consumidas fueron: alcohol (37% hombres y 21% mujeres; 120 personas), cocaína base (18% h y 21% m; 65 personas), heroína (13% h. y 23% m; 50 personas), seguidas por cocaína clorhidrato (10% h y 16% m; 38 personas), speed-ball (7% h y 7% m; 23 personas), cannabis (7% h y 2% m; 22 personas), metadona (4% h y 5% m; 14 personas), speed (2% h y 2% m; 7 personas), y benzodiazepinas (2% h y 7% m, 9 personas). La vía de consumo más habitual es la oral (156 personas), seguida de la inhalada (84), fumada (46), esnifada (31) e inyectada (23).

Se ha incrementado el tratamiento para la patología adictiva en un 11% en varones y un 10% en mujeres. Durante el estado de alarma hubo dificultades de acceso al tratamiento para nuevos casos.

En relación a las tendencias observadas en los últimos años y las propuestas en relación a las mismas, el CIBE destaca:

- Se observa en los últimos años un mayor número de jóvenes expulsados de sus hogares y extutelados con consumo de drogas problemático. Entendemos que se



necesitan mejores respuestas de prevención secundaria y alternativas habitacionales específicas, ya que el sinhogarismo favorece el agravamiento de su adicción.

- Hay en los últimos años también un incremento de mujeres víctimas de violencia machista que, tras denunciar, no tienen acceso a los recursos de protección por su consumo activo de drogas. Estas mujeres son sometidas a nuevas violencias ante la falta de recursos específicos: Ante la situación de emergencia necesitan un espacio residencial protegido de su agresor o de nuevos agresores, sin tener por ello que hacer un abandono inmediato del consumo, que por otra parte en adicciones graves no es posible sin la motivación de la persona y sin un tratamiento adecuado.
- En situaciones como la reciente pandemia y su estado de alarma, se manifestaron percepciones de desatención a la patología adictiva por parte de los usuarios, que requieren una reflexión para buscar fórmulas que eviten interrumpir la atención en los dispositivos de atención primaria si se volviese a dar esta situación.

## 2.3. EVALUACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS 2016-2019

Los objetivos y actuaciones del Plan Municipal de Drogodependencias 2016-2019, prorrogado a 2020 y 2021, se agruparon en 4 ámbitos: escolar, familiar, comunitario y de prevención selectiva e indicada.

### 2.3.1. Ámbito escolar

Los indicadores de los objetivos específicos del **ámbito escolar**, que se referían al porcentaje de centros a los que se ha realizado la oferta de programas de prevención escolar y al porcentaje de centros a los que se ha respondido su solicitud, han obtenido un resultado en ambos casos del 100% para los objetivos del 1.1. al 1.8., siendo el objetivo establecido como meta del 90%. Solo en el caso del indicador 1.5.2. (Porcentaje de centros con implementación del Preventic) se estableció como meta el 50%, que no se ha cumplido, siendo el resultado del 8% en los cursos 2017-2019 y del 20% en el curso 2019-2020. Por lo tanto, se han cumplido los objetivos en todos los programas excepto en el Preventic. La oferta de programas se realizó a través de correo electrónico y teléfono durante el curso 2016-2017, y a través de reuniones presenciales durante los cursos 2017-2020. El número total de centros diana ha sido 49 para los centros de primaria, 24 para secundaria y 62 para ambos.

Los programas ofertados han variado desde la formulación del Plan: se han suprimido “Banco de herramientas para la prevención” y “Cine y educación en valores”; se han añadido “Salud en Curso” y “Pasa la vida”. La forma de aplicación de los programas a partir del curso 2017-2018 se ha diferenciado entre las actuaciones que desarrolla el profesorado a partir de



materiales de programas de prevención solicitados a la UPCCA y los programas aplicados por personal externo al centro educativo, coordinados desde la UPCCA.

Los indicadores de proceso nos aportan las siguientes cifras de número de actividades y alumnado por año:

	2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	Nº Act	Nº Alum	Nº Act	Nº Alum	Nº Act	Nº Alum	Nº Act	Nº Alum	Nº Act	Nº Alum	Nº Act	Nº Alum
Primaria	144	5829	207	8850	77	3303	27	1162	26	1193	481	20337
Secundaria	46	2654	27	2323	69	6114	84	4636	63	3937	289	19664
Otros	2	60			24	1120	23	1270	14	916	63	3366
Total	192	8543	234	11173	170	10537	134	7068	103	6046	833	43367

Los datos del año 2016 hacen referencia principalmente al programa “Cine y educación en valores”. A partir del 2017 se desglosan las actuaciones en las estrategias A y B, actividades realizadas por el profesorado y actividades realizadas por agentes externos al centro educativo, respectivamente. Al ser el primer año, se presentaron muchas actividades nuevas y la demanda fue la más alta del periodo. En años posteriores la demanda fue estabilizándose en cifras menores y durante el año 2020, debido a la situación de alerta sanitaria, las cifras de actividades y alumnado descendieron respecto al año preferente.

### 2.3.2. Ámbito familiar

Los indicadores de los objetivos específicos del **ámbito familiar** son los siguientes:

Con respecto al objetivo específico 2.1. Ofertar durante el curso escolar el programa de prevención familiar de las drogodependencias “En familia, Educar para la vida”, de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, al 80% de los centros educativos del municipio y responder al 90% de las demandas recibidas, los indicadores son:

- Número total de centros diana: 62
- Porcentaje de centro alcanzado (con oferta recibida): 100% (cada curso)
- Número de solicitudes (2016-2019): 457
- Porcentaje de solicitudes atendidas: 100%

Los centros diana fueron todos los centros de primaria y secundaria del municipio de Castelló, que se han mantenido durante los 4 cursos. A todos ellos se les ofertó el programa de prevención familiar “En familia, educar para la vida” de la Fundación Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Las solicitudes recibidas fueron un total de 457 durante los 4 cursos. Éstas se reparten en 94 sesiones informativas, en 301 sesiones que agrupan las 5 sesiones del curso y en 62 sesiones de nuevas tecnologías. El número total de personas que asistieron a lo largo de los 4 cursos fue 2797 y si tenemos en cuenta el número total de asistencias, éstas fueron 8542. Seguidamente, se muestra la tabla en la que se desglosan las personas y asistencias en cada curso.



Curso	Personas	Asistencias
2016-2017	935	3166
2017-2018	638	1972
2018-2019	834	2317
2019-2020	390	1087
<b>Total</b>	<b>2797</b>	<b>8542</b>

Este objetivo se ha cumplido puesto que se ha respondido a más del 90% de las demandas recibidas.

Con respecto al objetivo específico 2.2. Apoyar y difundir la información del 100% de las ediciones del Programa de prevención familiar de las drogodependencias on-line impulsado por la Conselleria de Sanitat, se ha cumplido al dar difusión a las tres ediciones programadas.

### 2.3.3. Ámbito comunitario

Se ha proporcionado información adecuada y documentada sobre drogodependencias (objetivo específico 3.1.) al 93% de las personas o agentes sociales interesados que lo han solicitado, por lo que se ha cumplido el objetivo de 80%.

Con el objetivo 3.2. de implicar a los distintos agentes municipales incorporando datos de actividades relacionadas con educación para la salud y prevención de conductas de riesgo, se han recogido los datos del departamento de Salud Pública en las actividades de: Combinados saludables, Buen uso de móviles, tablets y videojuegos, Hábitos higiénicos y calidad del sueño y Desayuno saludable. Los datos de cobertura son los siguientes:

Actividad	2016	2017	2018	2019	Total alumnado
“Combinados saludables”	609	383	326	260	<b>1578</b>
“Buen uso de móviles...”		689	1522	1272	<b>3483</b>
“Hábitos higiénicos y...”	761	473	839	873	<b>2946</b>
“Desayuno saludable”	1083	677	780	924	<b>3464</b>
<b>Total alumnado</b>	<b>2453</b>	<b>2222</b>	<b>3467</b>	<b>3329</b>	<b>11471</b>

No se han recogido datos de otros departamentos, por lo que el objetivo se ha cumplido parcialmente.

Se han realizado 11 acciones/campañas (objetivo específico 3.3.), dirigidas a la población general o a colectivos específicos sin concreción de un número de personas beneficiarias. El número total de soportes generados (carteles, folletos, postales, email, web, redes sociales) han sido de más de 22.000. Las campañas realizadas han sido sobre prevención del consumo de alcohol en fiestas populares, Día Mundial del SIDA, Prevención en barrios vulnerables y relacionados zonas de ocio. La meta de un mínimo de 4 campañas u otras actuaciones no se ha cumplido. Durante el período 2016-2018 se realizaron 3 campañas por año, y en 2019 y 2010, una campaña por año. Por tanto, no se ha cumplido el objetivo de promover un mínimo de 4 campañas al año.



Se ha ofrecido a la población juvenil alternativas al modelo de ocio dominante centrado en el consumo de alcohol, a través de un programa de ocio juvenil alternativo (objetivo específico 3.4.) denominado “#rutatorce35”. Se ha realizado por un periodo de 6 meses al año ininterrumpidamente desde 2016-2019. Ha habido una participación durante todo el periodo de 22.784 asistencia a las actividades, siendo un 61,21% mujeres y un 38,79% hombres.

Se han realizado una media de 8,25 reuniones al año durante el período 2016-2019 (total 33 reuniones), con el fin de mejorar y facilitar la coordinación, la interrelación, y los vínculos de los agentes que intervienen directamente en el Plan Municipal de Drogodependencias, especialmente en los distintos ámbitos de atención y prevención de las drogodependencias en el municipio (objetivo específico 3.5.), por lo que se ha cumplido este objetivo.

### **2.3.4. Ámbito de prevención selectiva e indicada**

Se ha proporcionado información, formación y recursos para la reducción del riesgo y del daño asociado al consumo de sustancias adictivas (objetivo específico 4.1.) al 92% de las demandas recibidas por parte de los agentes sociales relacionadas con población de riesgo medio y alto, por lo que se alcanza el objetivo previsto del 90%.

Se han impartido 4 talleres de prevención selectiva (objetivo específico 4.2.) a demanda del Taller de empleo del Ayuntamiento, Centro de día de menores Amigó, Escuela de Verano Asociación G., con un total de 18 horas lectivas y 110 participantes.

Se ha realizado una convocatoria anual de subvenciones (objetivo específico 4.3.) de manera ininterrumpida desde 2016 hasta 2021, con importes anuales que oscilan entre los 127.000 y los 142.000 euros. Las entidades beneficiarias han sido 4 cada año. A través de estas acciones se apoyan actuaciones desde el tercer sector, financiando parcialmente programas especializados que se desarrollan de manera continuada en el municipio. Algunos ejemplos son:

- Programas sobre juego patológico
- Programa de atención a adolescentes
- Programa de atención a familias
- Programa de sanciones administrativas
- Grupos de Intervención en conductas violentas
- Programa de abuso de alcohol, para personas que no han desarrollado adicción
- Programa de intervención en mujeres alcohólicas
- Programa de contacto directo con usuarios de drogas en espacios abiertos
- Programa de intercambio y dispensación de material higiénico para drogodependientes.



### 2.3.5. Conclusiones

Los indicadores apuntan a un cumplimiento de 15 de de los 18 objetivos específicos del Plan.

En el ámbito escolar se valora que se ha producido una oferta continuada a los centros educativos, que se ha traducido en una participación estable y continuada, excepto en el período de la pandemia de COVID-19, que se redujo debido a las medidas de aislamiento y reducción de las interacciones sociales. La participación en los programas aunque se ha reducido en el número (en 2016 y 2017 las cifras surgen en más del 70% del programa cine y educación en valores), se ha diversificado en el número de programas y las estrategias de aplicación, en la que se combina la aplicación por parte del profesorado con la participación de agentes externos. Aún con ello, programas como el “*Preventic*” que no han tenido apenas demanda, por lo que hemos de mejorar los métodos para que la oferta llegue correctamente y destaque los objetivos y ventajas de cada uno de los programas. Asimismo, se valora adecuado implementar indicadores para medir la satisfacción del profesorado con la oferta y permitir un retorno de información para detectar necesidades y mejoras.

En el ámbito familiar se han cumplido los objetivos, si bien se advierte la necesidad de abrir los canales de participación a estrategias on-line, y al tiempo mantener las actividades presenciales como las que se desarrollan, poniendo el énfasis en las adicciones no tóxicas o comportamentales, en especial las relacionadas con el uso de tecnologías.

En el ámbito comunitario, no se han cumplido dos de los cinco objetivos específicos. En el primero de ellos, relacionado con la insuficiente recolección de datos de otros departamentos, se constata que no se han mantenido una comunicación fluida con los departamentos que realizan actividades de educación para la salud. Para mejorar este aspecto se valora necesario promover aumentar la comunicación con los diferentes departamentos municipales a través de reuniones y de la implementación de una ficha de registro de actividades realizadas anualmente para trasladarlas a los indicadores a registrar. Teniendo en cuenta que en la actualidad hay cuatro departamentos con acciones de educación para la salud (sanidad, SAMU, policía local y juventud), y cuatro organizaciones con acciones de prevención, podemos establecer una línea base de 1+4=5 recursos de los 8, lo que supone una coordinación con el 62,5% de los recursos. Con esta línea base, podemos marcarnos un objetivo de alcanzar el 80% de coordinación con los recursos, es decir, recursos implicados en el Plan.

En segundo lugar, no se ha realizado el mínimo de cuatro campañas anuales. Cabe destacar que en una de las campañas de 2017 (Controla en Magdalena), sobre prevención del consumo de drogas en las fiestas populares, hubo una experiencia negativa al generarse una polémica más allá de la esfera técnica, asimilando metodologías sobre reducción de daños como si fuera una promoción del consumo de drogas ilegales. Tras esta experiencia, desde el servicio de coordinación del plan se extremaron las precauciones a la hora de organizar campañas en el





ejercicio siguiente, que se prolongó durante el tiempo de la pandemia. En este sentido, debe realizarse un replanteamiento, valorando la necesidad de mejorar el número de campañas, pero siempre precavidos en utilizar mensajes con gran aceptación social y, en la medida de lo posible, sin entrar en innovaciones o matices particulares. La mejor apuesta es sin duda replicar campañas o mensajes que ya tengan un recorrido desde otras administraciones, autonómica o nacional. Por otra parte, se valora que las campañas pueden desarrollarse principalmente on-line. En este sentido se valora necesario promover campañas de sensibilización sobre temas relacionados con las conductas adictivas. En esta misma línea, se valora necesario seguir colaborando con el negociado de juventud asesorando en las actuaciones de ocio juvenil para que puedan ser una alternativa al consumo de drogas.

En el ámbito de prevención selectiva e indicada, destacamos que no es la línea principal de actuación desde la UPCCA de Castellón, que se centra más en los tres primeros ámbitos. No obstante, se ha constatado una demanda de los centros educativos para atender con actuaciones de prevención selectiva a alumnado de 4ª de ESO que ya está realizando consumos de cannabis y es evidente para la comunidad. Así se valora necesario iniciar una línea de oferta de talleres a los centros que puedan tener esta problemática. Por otra parte, las entidades especializadas en la atención de las adicciones poseen servicios de atención a personas jóvenes con problemas de comportamiento y consumo de sustancias, que se corresponden con la prevención indicada, por lo que se valora necesario coordinar los diversos servicios, así como derivar los casos detectados. Por tanto, la necesidad sería coordinar y reforzar a los recursos existentes en este tipo de prevención.

Finalmente, indicar que las comisiones política y técnica no se han reunido específicamente para el seguimiento del plan. No obstante, por una parte, las principales líneas de actuación son comunicadas y aprobadas a través de los acuerdos de la Junta de Gobierno Local, por tanto sometidas a la consideración política; y por otra, las actuaciones en el ámbito escolar y familiar se incluyen en la Guía Educadora del Ayuntamiento, para cuya elaboración se reúnen los departamentos con actuaciones en materia de educación para la salud en el seno del ayuntamiento, por lo que existe una comunicación, análisis y diálogo alrededor de los objetivos del plan desde el punto de vista técnico coordinado por el grupo motor del plan. Entendemos que una ficha de coordinación, como se ha mencionado anteriormente puede contribuir a mejorar la comunicación.

#### **2.4. RESUMEN DEL SEMINARIO DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES BASADA EN ALTERNATIVAS (PBA) DEL AYUNTAMIENTO DE CASTELLÓ DE LA PLANA**

Se creó un grupo de trabajo para explorar y analizar las posibilidades de desarrollar actividades de prevención de adicciones basadas en alternativas (PBA), el resultado del seminario fue un informe con título “Bases organizativas y metodológicas de los programas de prevención de adicciones y consumos en adolescentes en el marco de los proyectos educativos y de ocio y tiempo libre que se desarrollan en la ciudad de Castelló de la Plana”.



Los resultados presentes en dicho informe derivan de una entrevista que fue elaborada con la finalidad de obtener información sobre la realidad de la juventud. Esta entrevista se administró a jóvenes entre 11 y 18 años, todos ellos alumnos y alumnas de 5 institutos del municipio de Castelló, obteniéndose 736 encuestas válidas. La siguiente tabla recoge la edad y el sexo de los participantes:

<b>Edad</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
Chicos	6	50	73	63	97	60	10	1
Chicas	4	50	69	105	85	42	13	3
Otros	0	0	1	0	1	1	1	0

Los datos preliminares del estudio son sobre el consumo de drogas y la edad de inicio en el mismo. Se encontró que la sustancia más consumida por los jóvenes es el alcohol (36,73% de estos), seguida del tabaco (22,04%) y del cannabis (11,84%). La edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco es similar, siendo la edad media de 13,21 años para el alcohol y 13,22 para el tabaco. El consumo de cannabis se inicia más tarde, a los 14,03 años de media.

Las conclusiones del informe fueron las siguientes: 1) los programas de Ocio Nocturno Alternativo/Programas PBA deben estar basados en evidencias, destinarse a adolescentes entre 12 a 17 años y realizarse en horario de tarde, para no acelerar la iniciación al consumo, según recomiendan los expertos; 2) los proyectos que se lleven a cabo deben ser de curso escolar y las actividades de frecuencia semanal y con grupos estables; 3) deben seguirse las directrices y objetivos generales que marcan las convocatorias del Ministerio que rigen los proyectos de PBA y la Estrategia Nacional de Adicciones; 4) se requiere de un análisis de la realidad antes de realizar cualquier actuación, para ello se establece un modelo de cuestionario consensuado por el grupo de trabajo; 5) se recomienda el uso en el futuro del modelo de ficha de actividad con el que se ha trabajado, que se obtuvo del seminario de técnicos de juventud de la Generalitat Valenciana para el trabajo en centros juveniles; y, 6) las conclusiones preliminares de la encuesta sobre el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, indican la necesidad de tomar medidas concretas para aumentar la edad de inicio en el consumo en la población adolescente, así como reducir el mismo.

## **2.5. NECESIDADES**

En base a lo anterior, dada la alta prevalencia de consumo de drogas entre la población y el desarrollo de adicciones que requieren tratamiento, se valora necesario intervenir en edades tempranas. En otro orden, las familias no saben afrontar adecuadamente las situaciones educativas para prevenir las conductas adictivas y requieren de herramientas y asesoramiento técnico. Se constata la importancia de optimizar la coordinación con los recursos del municipio. También es necesario abordar la normalización que existe entre la población el consumo de



alcohol, cannabis y otras drogas, en momentos de ocio y fiestas. Y finalmente se requiere abordar a las personas y colectivos más vulnerables.

En este sentido, y siguiendo las áreas principales utilizadas en planes anteriores, que se van a, se establecen como prioritarias las siguientes **necesidades**:

#### Ámbito escolar:

Necesidad 1: Intervención temprana en la prevención de conductas adictivas.

#### Ámbito familiar:

Necesidad 2: Las familias necesitan herramientas y asesoramiento técnico que les permita aplicar estrategias preventivas.

#### Ámbito comunitario:

Necesidad 3: Optimizar la coordinación con recursos de la comunidad.

Necesidad 4: Existe una normalización en el uso de alcohol y otras drogas en los ambitos de ocio y fiestas.

#### Ámbito de prevención selectiva e indicada:

Necesidad 5: Intervenciones coordinadas en colectivos y personas en situación de vulnerabilidad.

### 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS, ACTUACIONES E INDICADORES.

#### 3.1. ÁMBITO ESCOLAR

Necesidad 1: Intervención temprana en la prevención de conductas adictivas.			
O.G.1. Facilitar la implementación de programas de prevención de conductas adictivas adaptados a las distintas edades escolares en todos los centros educativos.			
O.E.1.1 Ofertar materiales de actividades y programas de prevención del catálogo/cartera de servicios.	Acción 1.1.1. Realizar una presentación, durante el primer cuatrimestre del curso.  Acción 1.1.2. Registrar y responder a las demandas de material de las actividades y programas ofertados.  Acción 1.1.3. Orientar y formar al profesorado que lo solicite en	Indicadores de proceso  Indicador 1.1.P1. % de centros con presentación realizada.  Indicador 1.1.P2. % de centros con demanda de material recibida  Indicador 1.1.P3. Nº de demandas de orientación y formación.	Indicador de resultado.  Indicador 1.1.R1 Alcance del 100% de los centros educativos. Sí/no



	<p>los contenidos y dinámica de aplicación de los programas y actividades.</p> <p>Acción 1.1.4. Solicitar y registrar los cuestionarios de evaluación recibidos, y procesar la información incluida.</p>	<p>Indicador 1.1.P4. Grado de satisfacción obtenida..</p>	
<p>O.E.1.2. Ofertar talleres de prevención por temas (alcohol, móvil, videojuegos, cannabis, etc) impartidos por agentes externos.</p>	<p>Acción 1.2.1. Realizar una presentación, durante el primer cuatrimestre del curso.</p> <p>Acción 1.2.2. Registrar y responder a las demandas.</p> <p>Acción 1.2.3. Solicitar y registrar los cuestionarios de evaluación recibidos, y procesar la información incluida.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 1.2.P1. % de centros con presentación realizada.</p> <p>Indicador 1.2.P2. % de centros con demandas de talleres recibidas</p> <p>Indicador 1.2.P3. Número de cuestionarios de evaluación recibidos.</p> <p>Indicador 1.2.P4. Grado de satisfacción obtenida.</p>	

### 3.2. ÁMBITO FAMILIAR

<p>Necesidad 2: Las familias necesitan herramientas y asesoramiento técnico que les permita aplicar estrategias preventivas.</p>			
<p>O.G.2. Implementar programas y actuaciones para padres y madres del municipio en todos los centros educativos del municipio.</p>			
<p>O.E.2.1 Ofertar un programa de prevención universal de las adicciones, destinado a las familias (AMPAS) en modalidad presencial.</p>	<p>Acción 2.1.1. Contactar con los centros educativos (y/o sus AMPAS) y presentar el programa.</p> <p>Acción 2.1.2. Registrar y responder a las</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 2.1.P1. % de centros con contactados.</p> <p>Indicador 2.1.P2.</p>	<p>Indicador de resultado.</p> <p>Indicador 2.1.R1 Alcance del 100% de las AMPAS de los centros</p>



	<p>demandas de charla o sesión informativa.</p> <p>Acción 2.1.3. Ofertar e impartir un curso de 5 sesiones a las personas asistentes a la sesión informativa.</p> <p>Acción 2.1.4. Solicitar y registrar los cuestionarios de evaluación recibidos, y procesar la información incluida.</p>	<p>% de centros con acciones impartidas</p> <p>Indicador 2.1.P3. Nº de padres/madres que han recibido acciones.</p> <p>Indicador 2.1.P4. Grado de satisfacción obtenida.</p>	<p>educativos. Sí/no</p>
<p>O.E.2.2. Ofertar al menos dos cursos en-línea al año, (noviembre y febrero), relacionados con los factores de riesgo y protección de las conductas adictivas.</p>	<p>Acción 2.2.1. Determinar título, contenido y difundir los cursos a través de los centros educativos, la base de datos de emails y las redes sociales.</p> <p>Acción 2.2.2. Registrar la participación de los padres y madres.</p> <p>Acción 2.2.3. Procesar la información sobre satisfacción con el curso a través de cuestionarios.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 2.2.P1. Nº de emails y comunicaciones a centros, personas individuales y posts en redes enviados/ editados.</p> <p>Indicador 2.2.P2. Nº de cursos y nº de participantes por curso</p> <p>Indicador 2.2.P3. Número de cuestionarios de evaluación recibidos.</p>	

### 3.3. ÁMBITO COMUNITARIO

Necesidad 3: Optimizar de la coordinación con recursos de la comunidad.			
O.G.3. Mantener y aumentar la comunicación y coordinación con agentes clave internos y externos al ayuntamiento.			
<p>O.E.3.1. Implicar a los distintos agentes municipales en una dinámica de participación en el Plan</p>	<p>Acción 3.1.1. Mantener al menos una reunión anual con cada departamento, para conocer y revisar o mejorar las</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 3.1.P1. % de departamentos implicados.</p>	<p>Indicadores de resultado.</p> <p>Indicador 3.R1 Alcanzar el 80% de</p>



Municipal.	<p>actividades programadas.</p> <p>Acción 3.1.2. Elaboración y cumplimentación de una ficha de registro de las actividades completadas.</p>	<p>Indicador 3.1.P2. Nº de actividades realizadas (fichas)</p> <p>Indicador 3.1.P3. Nº de participantes.</p>	<p>agentes implicados en el Plan. Sí/no.</p>
O.E.3.2. Promover la coordinación de las asociaciones y fundaciones especializadas en adicciones del municipio.	<p>Acción 3.2.1. Mantener al menos una reunión bimensual con las entidades con centros y servicios de atención y prevención de las conductas adictivas.</p> <p>Acción 3.2.2. Analizar los temas de actualidad relacionados con la prevención y atención en el municipio, proponer mejoras y aplicarlas o comunicarlas.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 3.2.P1. Nº de reuniones realizadas</p> <p>Indicador 3.2.P2. Nº de temas tratados</p> <p>Indicador 3.2.P3. Nº de propuestas y comunicaciones realizadas.</p>	

Necesidad 4: Existe una normalización en el uso de alcohol y otras drogas en los ámbitos de ocio y fiestas.

O.G.4. Realizar acciones de sensibilización sobre las conductas adictivas destinadas a la comunidad.

O.E.4.1 Promover un mínimo de dos campañas anuales con mensajes preventivos.	<p>Acción 4.1.1. Elaboración o adaptación de las campañas a la realidad local.</p> <p>Acción 4.1.1. Difusión de las campañas.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 4.1.P1. Nº de campañas realizadas</p> <p>Indicador 4.1.P2. Nº de soportes lanzados por campaña</p>	<p>Indicador de resultado.</p> <p>Indicador 4.R1 Se han realizado acciones de sensibilización cada año. Sí/no</p>
O.E.4.2. Ofrecer a la población juvenil alternativas al modelo de ocio dominante centrado en el consumo de alcohol,	<p>Acción 2.2.1. Asesorar en las actuaciones desarrolladas por el Negociado de Juventud</p> <p>Acción 2.2.2.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 2.2.P1. Nº de reuniones</p>	



a través de acciones o programas de ocio juvenil alternativo.	Actividades en sí dirigidas a jóvenes desde esta perspectiva.	Indicador 2.2.P2. Nº de actividades realizadas	
		Indicador 2.2.P3. Nº de participantes.	

### 3.4. ÁMBITO DE PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

Necesidad 5: Intervenciones coordinadas en colectivos y personas en situación de vulnerabilidad.			
O.G.5. Realizar actuaciones de prevención selectiva en centros educativos, que retrase o evite el agravamiento de conductas adictivas y/o la exclusión social.			
O.E.5.1. Ofertar a un mínimo de tres centros educativos al año, talleres sobre prevención selectiva de consumo de cannabis para alumnado de 4º ESO.	<p>Acción 5.1.1. Registrar y responder a las demandas.</p> <p>Acción 5.1.2. Formación y coordinación de agentes.</p> <p>Acción 5.1.3. Solicitar y registrar los cuestionarios de evaluación recibidos, y procesar la información incluida.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 5.1.P1. Nº de demandas de talleres recibidas</p> <p>Indicador 5.1.P2. Nº de participantes.</p> <p>Indicador 5.1.P3. Nº de sesiones formativas y de coordinación</p> <p>Indicador 5.1.P4. Grado de satisfacción</p>	<p>Indicador de resultado.</p> <p>Indicador 5.R1 Realización de al menos tres intervenciones al año. Sí/no</p>
O.G.6. Coordinar la demanda de prevención indicada del municipio y dar apoyo a los servicios especializados.			
O.E.6.1. Reforzar la red de recursos existentes en el municipio.	<p>Acción 6.1.1. Elaborar y tramitar una convocatoria anual de subvenciones.</p> <p>Acción 6.1.2. Gestionar la justificación de las subvenciones.</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Indicador 6.1.P1. Nº de entidades beneficiarias.</p> <p>Indicador 6.1.P2. Importe económico de la convocatoria.</p>	<p>Indicador de resultado</p> <p>Indicador 6.R1 Convocatoria de subvenciones realizada sí/no</p>
O.E.6.2. Coordinar y derivar las	Acción 6.2.1. Reunir y coordinar a los	Indicadores de proceso	



demandas de prevención indicada a los servicios específicos del tercer sector y ofrecer coordinación municipal.	recursos de prevención indicada del municipio  Acción 6.2.2. Derivar las demandas de prevención indicada a los recursos y servicios.	Indicador 6.2.P1. Nº de reuniones anuales.  Indicador 6.2.P2. Número de derivaciones anuales.	
---	---	---	--

#### 4. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las actuaciones desarrolladas en el Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas aúnan el esfuerzo de los agentes públicos y asociativos de la ciudad, o que tienen competencias en esta materia aunque su ámbito de actuación sea supramunicipal.

Para hacer realidad la coordinación y participación entre los distintos agentes que muestran su disponibilidad para participar en este Plan se establecerán distintas comisiones y foros de debate y planificación, destacando los siguientes:

**Comisión política:** es el máximo órgano de decisión del Plan Municipal de Drogodependencias, y está formada por representantes políticos con voz y voto. Estará formada por la alcaldesa y por los concejales y concejalas de las áreas implicadas: bienestar social, sanidad, educación, juventud, deportes, empleo, seguridad ciudadana, etc. En el caso de no reunirse expresamente la Comisión, serán de aplicación todos los acuerdos y decretos adoptados por el Pleno Municipal, la Junta de Gobierno Local y las respectivas concejalías, en todas las áreas que componen este plan. Sus funciones son asignar y aprobar el presupuesto anual del Plan municipal y proponer los proyectos que se consideren prioritarios para el Plan.

**Comisión técnica:** estará formada por técnicos y agentes del municipio procedentes de todos los ámbitos incluidos en la implementación del Plan. Esta comisión valorará la implicación de las diferentes áreas municipales y de los agentes clave para participar activamente, y elaborará el diagnóstico, la descripción de los objetivos, las propuestas de actividades y el plan de trabajo anual. De manera puntual se puede solicitar el asesoramiento y participación de otros agentes del municipio, de otros ámbitos o expertos en materias concretas. Se reunirá como mínimo una vez al año, y preferiblemente cada tres o seis meses.

**Grupo motor de la Comisión técnica:** estará formada por el equipo de la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas, formada por dos técnicos especialistas en prevención de las drogodependencias y por una auxiliar administrativa. Las funciones de este grupo son: presentar a la comisión técnica propuestas para la elaboración del plan, proponer a la comisión técnica el plan de trabajo anual, redactar la propuesta del plan, y hacer el seguimiento de las





acciones que se lleven a cabo y su evaluación, y las propuestas de mejora. Se reunirá tantas veces como sea necesario, normalmente una al mes.

A continuación se hace referencia a los principales agentes con los que se mantendrá relación y coordinación para la implementación del presente Plan.

Concejalías y servicios del Ayuntamiento de Castelló:

- Concejalía de Bienestar Social, Dependencia e Infancia: UPCCA y Servicios Sociales.
- Concejalía de Juventud: Casal Jove y Ofijoven.
- Concejalía de Seguridad Ciudadana: Policía Local y SAMU.
- Concejalía de Participación Ciudadana
- Concejalía de Salud
- Concejalía de Educación
- Concejalía de Fiestas

Entidades y servicios específicos de Drogodependencias:

Dependientes de la Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, (Generalitat Valenciana):

- Servicio de Gestión de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.
- Unidades de Conductas Adictivas de Castelló.

Organizaciones No Gubernamentales:

- Asociación ARACA.
- Asociación PATIM.
- Fundación Amigó.
- Fundación Salud y Comunidad.

Otras administraciones y entidades:

- Consellería de Educación (Generalitat Valenciana), especialmente el profesorado de Infantil, Primaria y Secundaria y los Departamentos de Orientación y Juntas Directivas de los centros educativos de la ciudad.
- Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- FAD - Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Universitat Jaume I

## 5. SISTEMA DE EVALUACIÓN.

La evaluación a través de los indicadores de proceso consiste en un seguimiento para constatar que se están desarrollando las actividades diseñadas para alcanzar los objetivos específicos y generales que responden a las necesidades detectadas. Con ellos podremos monitorizar el



desarrollo de las actividades y detectar los déficits y desviaciones que pudieran aparecer en la implementación del Plan.

Por otra parte, los indicadores de resultado evalúan si el proceso alcanza o no los objetivos propuestos, y nos permitirán ajustar el cumplimiento de cada objetivo a unos estándares predefinidos, en aras a mantener una eficiencia y calidad en el desarrollo de las actuaciones.

Los indicadores se han asociado a las acciones en el apartado correspondiente a “Objetivos, acciones e indicadores”.

## 6. CRONOGRAMA.

Se ha establecido una línea temporal en la que durante cada ejercicio se desarrollarán las mismas acciones, al estar conectadas con la dinámica de los cursos escolares o con una calendarización anual.

Las siguientes acciones del plan se realizarán cada año según calendario mensual.

Acciones por meses	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
Prevención escolar programas	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Prevención escolar talleres	X	X	X	X					X	X	X	X
Prevención familiar presencial	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Prevención familiar on-line		X									X	
Campañas			X		X			X			X	
Programa ocio juvenil	X	X	X	X	X	X						
Coordinación dept municipal		X				X	X			X		
Coord. recursos adicciones	X		X		X		X		X		X	
Talleres prevención selectiva	X	X	X							X	X	
Derivaciones prevención indicada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Convocatoria subvenciones		X	X							X	X	

Las siguientes acciones se realizarán cada año, en los momentos con menor carga de trabajo

Acciones por años	2022	2023	2024	2025
Elaboración ficha actividades	X			
Registro fichas dept municipales	X	X	X	X
Revisión indicadores de proceso	X	X	X	X
Revisión indicadores de resultado	X	X	X	X
Evaluación del plan				X



## 7. PRESUPUESTOS.

El Plan Municipal de Drogodependencias cuenta para el ejercicio 2021 con el presupuesto que se detalla a continuación. Si bien los presupuestos para los años de vigencia del Plan serán aprobados anualmente dentro del Presupuesto Municipal, vista la trayectoria de los últimos 7 ejercicios económicos (vigencia del plan previo), se prevé una continuidad con respecto al ejercicio 2021.

- Presupuesto de la UPCCA 2021.
  - Personal:147.675,18 euros
  - Programas, campañas y mantenimiento: 19.000 euros
  - Subvenciones a ONGs: 131.000 euros

Financiación externa: Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública, convocatoria de subvenciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos para 2021: 90.851,05 euros.

