

***PLAN REGIONAL DE
DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS
ADICCIONES DE CASTILLA-LA
MANCHA***

2016-2018

PLAN REGIONAL DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES DE CASTILLA-LA MANCHA 2016-2018

INDICE.

1. ANTECEDENTES. LOS PLANES DE DROGAS EN CASTILLA-LA MANCHA.

2. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO.

2.1 Marco institucional

2.2 Marco normativo

A) Legislación nacional

B) Legislación autonómica

3. ANÁLISIS DE LA SITUACION: EL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN CASTILLA-LA MANCHA. EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS ACTUALES.

3.1 Introducción

3.2 Consumos

3.2.1 Alcohol

3.2.2 Tabaco

3.2.3 Cannabis

3.2.4 Otras drogas

3.2.5 Policonsumo

3.2.6 Percepción del riesgo y accesibilidad respecto a las drogas

3.2.7 Pautas de ocio y consumo de drogas en jóvenes de Castilla-La Mancha

3.3 Problemática relacionada con el consumo de drogas

3.3.1. Tratamiento por abuso de drogas

3.3.2. Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas

3.3.3. Tratamientos hospitalarios de desintoxicación de alcohol y otras drogas

3.3.4. Consumidores de drogas portadores del VIH y/o con sida

3.3.5. Conducción bajo la influencia del alcohol y otras drogas

3.3.6. Problemas jurídico-penales en consumidores de drogas

3.4 Conductas adictivas sin sustancia

3.5 Conclusiones

4. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS DURANTE EL PERÍODO 2006-2013.

- 4.1 Prevención
- 4.2 Intervención con personas con adicciones
- 4.3 Investigación y formación
- 4.4 Coordinación y participación social
- 4.5 Gasto realizado

5. ANÁLISIS DE NECESIDADES.

- 5.1 Necesidades relacionadas con la prevención
- 5.2 Necesidades relacionadas con la intervención con personas con adicciones.
- 5.3 Necesidades relacionadas con la formación
- 5.4 Necesidades relacionadas con la investigación y los sistemas de información
- 5.5 Necesidades relacionadas con la coordinación y la participación

6. PRINCIPIOS RECTORES Y OBJETIVOS

- 6.1 Prevención
 - 6.1.1 Principios rectores
 - 6.1.2 Objetivos
- 6.2 Intervención con personas con adicciones
 - 6.2.1 Principios rectores.
 - 6.2.2 Objetivos
- 6.3 Formación
 - 6.3.1 Principios rectores
 - 6.3.2 Objetivos
- 6.4 Investigación y sistemas de información
 - 6.4.1 Principios rectores
 - 6.4.2 Objetivos
- 6.5 Coordinación y participación
 - 6.5.1 Principios rectores
 - 6.5.2 Objetivos

7. ACTIVIDADES

- 7.1 Prevención
- 7.2 Intervención con personas con adicciones.
- 7.3 Formación
- 7.4 Investigación y sistemas de información
- 7.5 Coordinación y participación

8. AGENTES IMPLICADOS, CALENDARIO DE EJECUCIÓN E INDICADORES DE EVALUACIÓN.

ANEXOS

- I. Composición de la Comisión Técnica Regional de Drogodependencias.
- II. Composición de la Comisión Interlocal de Drogodependencias.
- III. Composición del Consejo Asesor de Drogodependencias.

1. ANTECEDENTES. LOS PLANES DE DROGAS EN CASTILLA-LA MANCHA.

El Congreso de los Diputados, en su sesión del 27 de octubre de 1984, aprobó doce mociones, como resoluciones a cumplir por la Cámara, una de las cuales fue “Elaboración de un plan de prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos”. Como resultado de tal resolución, se aprobó por el Gobierno el 24 de julio de 1985 el primer Plan Nacional el cual recoge los criterios de actuación y las medidas prioritarias para las distintas Administraciones, incluyendo la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, durante el bienio 1985-86.

De acuerdo a las directrices del Plan Nacional, en Castilla-La Mancha comenzaron las actuaciones en materia de drogodependencias en 1986. En ese año se creó la Comisión castellano-manchega de lucha contra las drogodependencias mediante el Decreto 26/1986, de 1 de abril, como órgano coordinador del Plan Regional de Lucha contra las Drogodependencias.

Después de un período de cierta provisionalidad, en 1993 se consolidó la estructura administrativa correspondiente mediante la creación de la Dirección del Plan Regional de Drogas recogida en el Decreto 125/1993, de 15 de septiembre, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad. En dicho Decreto se establece que corresponde a la Dirección del Plan Regional de Drogas el ejercicio de distintas funciones que incluyen la elaboración de planes regionales sobre intervención en drogodependencias y la coordinación y elaboración de programas de prevención, reinserción, formación, investigación y documentación.

En esta línea se elaboró un primer Plan Regional de Drogas de Castilla-La Mancha para el período 1992-1995 con el fin de establecer programas de prevención del consumo de drogas, ampliar la red de recursos de asistencia a toxicómanos, favorecer la reinserción de los mismos impulsando la acción coordinada de todo el tejido social, potenciar la investigación en materia de drogodependencias y la formación permanente de los profesionales relacionados con este campo y, finalmente, impulsar al máximo los niveles de relación con instituciones públicas y privadas para el logro de una adecuada coordinación regional en esta materia.

Desde entonces se han sucedido distintos Planes Regionales, siendo el último el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010 que se estructuró en 4 áreas de intervención: prevención, asistencia e incorporación social, participación social y formación e investigación.

Paralelamente se ha desarrollado el Plan de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010 dedicado a la ejecución de intervenciones específicamente destinadas a la reducción del consumo de tabaco. Aunque, durante este período de ejecución, las acciones destinadas a la prevención y reducción del consumo de tabaco se han organizado a través de un plan específico, muchas de las intervenciones en él recogidas son comunes con la atención a otras drogodependencias. Ello se justifica por el hecho de que el inicio al consumo de tabaco se explica a través de los mismos mecanismos que el consumo de otras sustancias psicoactivas, de manera que las estrategias e intervenciones preventivas son

similares a las empleadas en la prevención del consumo de otras drogas. Igualmente, el tabaquismo es una adicción que debe ser tratada –independientemente de sus peculiaridades– con los mismos recursos que intervienen en la atención al resto de comportamientos adictivos. Por todo ello, en el presente plan, las actuaciones destinadas al tabaquismo se integran en el conjunto de las estrategias destinadas a la atención a las adicciones.

2. MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO.

2.1 MARCO INSTITUCIONAL

Las intervenciones en drogodependencias desarrolladas en Castilla-La Mancha deben mantener la necesaria coordinación con las acciones y estrategias puestas en marcha por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y, estas a su vez, con las políticas que en esta materia ha puesto en marcha la Unión Europea.

En este sentido, la Estrategia de la UE en Materia de Lucha contra la Droga (2013-2020) (Diario Oficial de la Unión Europea de 29-12-2012) tiene como objetivo, en el ámbito de la reducción de la demanda de droga, contribuir a una reducción cuantificable del consumo de drogas ilegales, posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de droga, de la dependencia de la droga y de los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga mediante un planteamiento integrado, pluridisciplinario y empíricamente contrastado, así como a través del fomento y el mantenimiento de la coherencia entre las políticas de sanidad, social y de justicia.

Para el desarrollo de dicha Estrategia, el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la Droga 2013-2106, establece los objetivos a desarrollar en dos ámbitos de actuación (reducción de la demanda y reducción de la oferta) y en tres áreas transversales (la coordinación, la cooperación internacional y la investigación, información, control y evaluación). Entre los objetivos que se establecen para el primero de ellos, la reducción de la demanda de droga, merece la pena destacar por su importancia los siguientes:

- Prevenir el consumo de drogas y, en segundo lugar, retrasar el comienzo del consumo.
- Aumentar la eficacia de los tratamientos contra la adicción y de la rehabilitación, incluyendo servicios para personas afectadas de comorbilidad, a fin de reducir el consumo de drogas ilegales, el consumo problemático de drogas, la dependencia de las drogas y riesgos y los daños causados por la droga a la salud y a la sociedad, y apoyar la recuperación y la integración o reintegración social de los consumidores de drogas problemáticos y dependientes.
- Arraigar los enfoques basados en la coordinación, las buenas prácticas y la calidad en relación con la reducción de la demanda de drogas.

En España, acorde con las líneas políticas y estratégicas establecidas por la Unión Europea en esta materia, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (BOE del 13 de febrero de 2009) tiene como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones que en materia de drogas y de drogodependencias se realicen en España y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria

coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Los objetivos generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, a cuya consecución deben contribuir las acciones puestas en marcha por Castilla-La Mancha en el marco de sus competencias, son los siguientes:

1. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.
2. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.
3. Retrasar la edad de inicio del consumo de las drogas.
4. Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.
5. Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.
6. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.
7. Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.
8. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.
9. Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.
10. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.
11. Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las distintas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.
12. Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.
13. Optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general.

Para el desarrollo de estos objetivos, se ha previsto la elaboración de dos Planes de Acción cuatrienales. El primero de ellos, para el período 2009-2012, se redactó contando con las aportaciones de los Planes de Drogas de las Comunidades y Ciudades Autónomas, las organizaciones no gubernamentales del sector, expertos de los distintos campos de intervención en drogodependencias, sociedades científicas y diversos organismos de la Administración General del Estado. Ha incluido 68 acciones distribuidas en seis ámbitos de intervención relativos a coordinación, reducción de la demanda (incluyendo prevención, disminución del riesgo y reducción del daño, y asistencia e integración social), reducción de la oferta, mejora del conocimiento básico y aplicado, formación y cooperación internacional.

Una vez terminado el período de vigencia del primer Plan, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha elaborado el Plan de Acción 2013-2016 que incluye, entre otras, las siguientes líneas de trabajo:

- Creación de un proyecto coordinado de prevención familiar universal que incluirá materiales, módulos formativos para su implementación y un sistema de evaluación coordinado por las entidades participantes.
- Creación de un proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad basado en la evidencia científica disponible.
- Elaboración de un proyecto de análisis y mejora de la normativa sobre alcohol y menores.
- Desarrollo de programas de prevención multicomponentes en el ámbito local, en el que las localidades participantes dispondrán de un servicio de asesoramiento para el diseño, aplicación y evaluación de los programas. El modelo tendrá un sistema de seguimiento y evaluación coordinado.
- Puesta en marcha de un proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario, implementando protocolos para la detección precoz e intervención con menores vulnerables. Se diseñará y aplicará una evaluación de los resultados del proyecto que permita valorar su eficacia.
- Implementación de un plan de prevención de las drogodependencias y adicciones en el sector del ocio nocturno con las comunidades autónomas y municipios y el propio sector de la hostelería española, que dé continuidad a las acciones realizadas hasta la fecha.
- Puesta en marcha de un programa de seguridad vial, incluyendo contenidos sobre drogas y conducción en la formación de los nuevos conductores.
- Elaboración de un plan de prevención en el ámbito laboral, creando plataformas de coordinación con sindicatos y asociaciones empresariales en las comunidades autónomas que no dispongan de ellas.
- Se elaborará un modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo para la prevención, asistencia e inserción social.
- Se fomentará la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de sus programas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC)
- Elaboración de un programa de intervención específico en zonas de riesgo.
- Se elaborarán instrumentos que permitan identificar las zonas geográficas más vulnerables frente al consumo de drogas y se contará con orientaciones para intervenir en las mismas, atendiendo a las problemáticas específicas.

- Puesta en marcha de un proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones y su incorporación a la Cartera de Servicios del SNS.
- Se elaborará un documento que describirá los procesos asistenciales recomendados para la atención a los drogodependientes, atendiendo especialmente a la patología dual y a las especificidades de la mujer.
- Se diseñará además un programa formativo para la aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia para profesionales de la red asistencial.
- Se elaborarán instrumentos para la valoración de los servicios asistenciales para drogodependientes y se pondrá en marcha un proceso de evaluación de la efectividad de las distintas modalidades terapéuticas.
- Se elaborará un protocolo para diseñar itinerarios personalizados de inserción de drogodependientes en proceso de rehabilitación que se implementará en centros de asistencia a drogodependientes y en Instituciones Penitenciarias. Se diseñará un instrumento para la evaluación de la efectividad de estas medidas.
- En el programa de actuación para drogodependientes en Instituciones Penitenciarias se realizará un estudio sobre medidas alternativas a la prisión. El estudio incluirá un análisis de los procesos de coordinación de la red de asistencia con las prisiones y se propondrán mecanismos de mejora. Se diseñará igualmente un instrumento para la evaluación de la efectividad de estas medidas.
- Se realizarán las encuestas ESTUDES 2014, 2016; EDADES 2013, 2015 y se recogerán los indicadores “admisión a tratamiento”, “urgencias relacionadas con el consumo de drogas” y “mortalidad por reacción aguda a drogas”
- Se fortalecerán los sistemas de vigilancia con nuevas herramientas e indicadores epidemiológicos sobre el consumo de drogas como son el indicador de consumo problemático o el indicador de enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas
- Se desarrollará una aplicación informática para la recogida online de datos sobre indicadores notificados desde las distintas administraciones competentes y se introducirán escalas de valoración de trastornos relacionados con el consumo de drogas u otras adicciones.
- Se fomentará la investigación y el análisis de datos sobre el consumo de drogas en áreas como: el género, el ámbito laboral, los policonsumos, etc., utilizando módulos específicos en las encuestas bienales de la DGPND y priorizando la investigación epidemiológica y social en materia de drogas.
- Se mejorará la difusión de los datos del sistema de información a través de publicaciones y medios virtuales y se mejorará la accesibilidad a los datos epidemiológicos producidos por el OED y por las CCAA.

- Se consolidará el sistema de alerta temprana para la detección de nuevas sustancias adictivas. Se elaborarán protocolos de actuación ligados a dicho sistema y se le dará la estabilidad necesaria mediante la elaboración del proyecto normativo correspondiente.
- Se fomentarán las redes de investigación con aplicación clínica y preventiva integrando las diversas redes y centros de investigación sobre drogas existentes en España. Se elaborará un mapa de redes de investigación en drogas en España, la UE y América Latina.
- Se elaborará un documento de consenso sobre criterios de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas, con los criterios mínimos que deben cumplir estos programas.
- Se pondrá en marcha un portal de buenas prácticas que recogerá lo mejores programas de reducción de la demanda de drogas en el territorio nacional. El portal contará con información sobre los programas, instrumentos de apoyo para su puesta en marcha y evaluación y con un servicio de asesoramiento para profesionales e instituciones.

Por otro lado, la rápida evolución de las conductas adictivas, ha hecho necesaria una reflexión actualizada sobre los nuevos problemas que se plantean. En este sentido, las conclusiones del “Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas (Boletín Oficial de las Cortes nº 264 de 25-3-2014) establece –de manera resumida- las siguientes conclusiones:

- Mantenimiento de un enfoque equilibrado en el abordaje integral del problema de las drogas que permita mantener en enfoque de salud pública, predominante en nuestra política sobre el tema.
- Percepción social del problema: la disminución de la percepción del riesgo y la banalización de los consumos hace imprescindible que se promueva un gran debate social en torno, especialmente, a los consumos de alcohol en menores. Además, es necesario contraponer la evidencia científica sobre el cannabis al discurso banalizador de algunos grupos interesados y promover buenas prácticas en relación a los medicamentos con potencialidad adictiva.
- Retraso en el inicio de los consumos: Es necesario mantener y/o adoptar normas que limiten el acceso de los menores a las sustancias con potencialidad adictiva. Es necesario iniciar los programas de prevención en edades anteriores al inicio del consumo para continuar durante todos los ciclos formativos y complementarse con actividades de prevención selectiva e indicada. Se considera de especial importancia la relación de los menores y jóvenes con el alcohol.
- Consolidación del sistema de atención, garantizando que todas las acciones terapéuticas estén orientadas a la reinserción plena (social, laboral, familiar, etc.) de la persona con adicción.
- Prestación de una atención adecuada a la patología dual, favoreciendo el diagnóstico precoz de estos cuadros.
- Detección e intervención sobre los consumos de nuevas sustancias.
- En cuanto a otras conductas adictivas, es necesario incorporar la prevención del abuso de las nuevas tecnologías en los planes y programas de prevención de las adicciones. Además es necesario desarrollar en España una estrategia de juego responsable.

Además de la coordinación con las iniciativas de carácter nacional e internacional, el Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones de Castilla-La Mancha debe estar coordinado con la Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha. No cabe duda de que los recursos de atención a las personas con drogodependencia forman parte de la red de recursos sanitarios y socio sanitarios de atención a personas con trastorno mental, por lo que todas las líneas de acción previstas en dicha Estrategia tendrán repercusión en las acciones que se desarrollen en materia de atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

De acuerdo a las diferentes estrategias y planes de acción mencionados, así como a las recomendaciones y análisis efectuados, una vez terminada la vigencia de los Planes de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010 y de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010, y después de un periodo durante el cual se prorrogó la vigencia del último Plan, se considera imprescindible para organizar y coordinar las actuaciones en materia de adicciones, elaborar un nuevo Plan que recoja las intervenciones a realizar en los próximos años de acuerdo a los principios de efectividad, eficiencia y participación social e institucional.

Para dar cumplimiento a esta obligación, la Consejería de Sanidad, en el marco de sus competencias, ha elaborado el Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones de Castilla-La Mancha 2016-2018. Tal como establece el Decreto 83/2015, de 14/07/2015, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad, señala que la Dirección General de Salud Pública y Consumo ejercerá entre sus funciones “la promoción de actividades y hábitos de vida saludables entre la población, con especial atención a los grupos sociales más vulnerables” y “la realización de programas de prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos”.

El período temporal a que se refiere el Plan (2016-2018) es fruto de la necesidad de coordinar las actuaciones realizadas en el ámbito de Castilla-La Mancha con las indicaciones y objetivos contenidos en los documentos actualmente vigentes y que, básicamente, son la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el Plan de Acción 2013-2016.

2.2 MARCO NORMATIVO. LEGISLACIÓN.

A) LEGISLACIÓN NACIONAL.

➤ Tabaco

- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 27-12-2005)
- Resolución de 28 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones en relación a la aplicación, en los centros de trabajo de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la Ley 28/2005, de 26

de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 29-12-2005)

- Resolución de 20 de septiembre de 2006, del Comisionado para el Mercado de Tabacos, referida a los mecanismos técnicos adecuados para garantizar que las máquinas expendedoras de tabaco en el mercado, impidan el acceso a menores, tal como se establece en el artículo 4 de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 26-9-2006)
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 31-12-2010)
- Corrección de errores de la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 12-1-2011)
- Real Decreto-ley 1/2007, de 12 de enero, por el que se deroga la disposición transitoria quinta de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE de 13-1-2007)
- Real Decreto-ley 14/2011, de 16 de septiembre, de medidas complementarias en materia de políticas de empleo y de regulación del régimen de actividad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. (Ampliación de la venta de tabaco a las tiendas de conveniencia)

➤ **Tratamiento con opiáceos.**

- Real Decreto 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos (BOE de 23-1-1990)
- Real Decreto 1131/1990, de 14 de septiembre, por el que modifica el artículo 3.3 del El Real Decreto 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos (BOE de 18-9-1990)
- Real Decreto 5/96 de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo (BOE de 20-2-1996)

➤ **General**

- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (BOE de 13-2-2000)

B) LEGISLACIÓN AUTONÓMICA.

➤ **Competencias.**

- Decreto 83/2015, de 14/07/2015, estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad (DOCM de 16-7-2015)

➤ **Alcohol**

- Ley 2/1995, de 2 de marzo, contra la venta y publicidad de bebidas alcohólicas a menores (DOCM de 21-4-1995)
- Decreto 72/1996, de 30 de abril, del Reglamento de la Ley contra la venta y publicidad de bebidas alcohólicas a menores (DOCM de 3-5-1996)
- Ley 2/2010, de 13 de mayo, de Comercio de Castilla-La Mancha (DOCM de 21-5-2010)

➤ **Tratamiento con opiáceos.**

- Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos (DOCM de 19-11-1993)
- Decreto 75/1998, de 07-07-98, por el que se modifica el punto 1 del artículo cuarto del Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos (DOCM de 10-7-1998)
- Orden de 18-09-98, de acreditación de las Oficinas de Farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos (DOCM de 25-9-1998)

➤ **Centros y servicios.**

- Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental (DOCM de 29-11-2010)

- Decreto 53/1999, de 11-5-1999, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha (DOMC de 21-5-1999)
- Decreto 30/2004, de 30-03-2004, por el que modifica el Reglamento de Desarrollo de la ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha, aprobado por el Decreto 53/1999, de 11 de mayo. (DOMC de 2-4-2004)
- Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios (DOCM de 18-1-2002)

➤ **General**

- Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos (DOCM de 24-7-2002)

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN: EL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN CASTILLA-LA MANCHA. EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS ACTUALES.

3.1. INTRODUCCIÓN

Si hubiera que resumir de forma escueta cuales son las principales tendencias que ha seguido el consumo de drogas en las dos últimas décadas, podríamos apuntar los siguientes aspectos: una extensión del consumo a los jóvenes y adolescentes y a las mujeres, el uso recreativo de las drogas asociado al ocio y la diversión, la consolidación de la asociación de la cultura juvenil con el consumo de drogas como algo intrínseco e inevitable, la normalización y banalización de los efectos del uso de drogas, así como el consumo compulsivo (atracones) y simultáneo de varias sustancias (policonsumo).

Las consecuencias de todo ello han sido, por un lado, el aumento generalizado de las prevalencias de consumo en el indicador de alguna vez en la vida, por otro en el consumo regular se han mantenido bastante estables los porcentajes de drogas legales y un ligero aumento de las drogas ilegales, sobre todo cannabis y cocaína, si bien es cierto que en los últimos años ha descendido el consumo de estas dos sustancias.

Tabla nº 1: Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años (porcentajes). España 1995-2013.

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

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

* Tranquilizantes y/o somníferos sin receta médica

* Hipnosedantes sin receta

Hay una clara preocupación social por los consumos juveniles y por otro lado una ambivalencia general de la sociedad adulta moviéndose entre cierta permisividad y una clara impotencia ante estas formas de ocio y diversión que no les son completamente ajenas.

Presentamos en este apartado algunos datos y observaciones relacionados con el consumo de drogas y otras conductas adictivas. El objetivo de dicha información es que sea el punto de partida (desde una perspectiva global) que permita encuadrar adecuadamente la problemática del consumo de drogas en la región, en cuanto a la evolución, extensión de los consumos, perfiles de los consumidores, problemáticas asociadas, así como las percepciones y valores respecto a las mismas, para el posterior abordaje, también desde una perspectiva multidisciplinar, de las medidas y políticas que puedan prevenir conductas insalubres, paliar sus consecuencias negativas o minimizar sus riesgos.

Para dar cuenta en la medida de lo posible de estos aspectos, hemos extraído información procedente de estudios e investigaciones en población general y jóvenes, como es el caso de las submuestras regionales de las encuestas estatales de consumo de drogas del Plan Nacional de Drogas, EDADES y ESTUDES, así como de los indicadores de Tratamiento Ambulatorio y Urgencias Hospitalarias también realizados por el Plan Nacional de Drogas en colaboración con las CCAA, las estadísticas del Comisionado para el Mercado de Tabaco o los registros de VIH y sida; indicadores todos ellos con una larga trayectoria, que previsiblemente se mantendrán en el tiempo y permitirán en un futuro evaluar el posible impacto de las actuaciones que se desarrollen. Otras informaciones relacionadas con pautas de ocio, actitudes e imágenes sociales respecto a las drogas se han extraído de estudios de carácter cualitativo en colectivos de jóvenes consumidores elaborados por el Observatorio Regional de Drogodependencias.

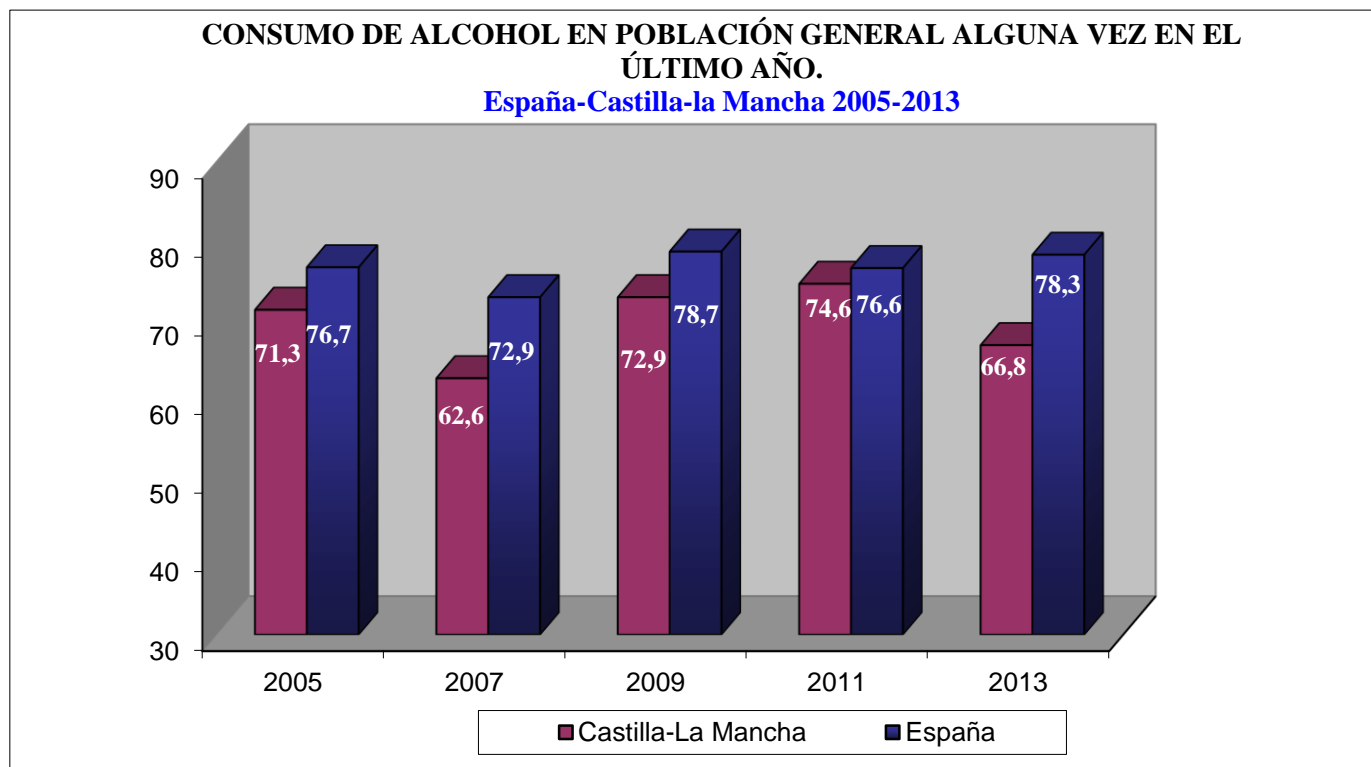
3.2. CONSUMOS

3.2.1 ALCOHOL

Desde los años 70, en España, se ha producido una expansión y cambio en el modelo de consumo de alcohol. A partir de ese momento forma parte de la cultura juvenil y está asociado a la fiesta y el ocio, sustituyendo además el vino por la cerveza y otras bebidas antes ajenas a nuestra cultura (whisky, ginebra...). Castilla-La Mancha está plenamente integrada en este modelo.

En el gráfico 1 se observa la evolución del consumo anual en Castilla-La Mancha y España entre los años 2005 y 2013. Según la encuesta domiciliaria en **población general** de 2013/14, el 90,8% de la población lo ha probado alguna vez y el 66,8% lo ha consumido en el último año. Las cifras, que han mantenido una tendencia ascendente hasta 2011, bajan en la encuesta de 2013, excepto en el consumo diario que se mantiene ligeramente más elevado. Respecto al resto del territorio nacional, en Castilla-La Mancha el consumo de alcohol es menor, en todos los indicadores temporales, a excepción del consumo diario.

Gráfico nº 1: Evolución del consumo de alcohol en población general. España-Castilla-La Mancha, 2005-2013.



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

Tabla nº 2: Evolución del consumo de alcohol en población general. España-Castilla-La Mancha, 2005-2013.

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

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

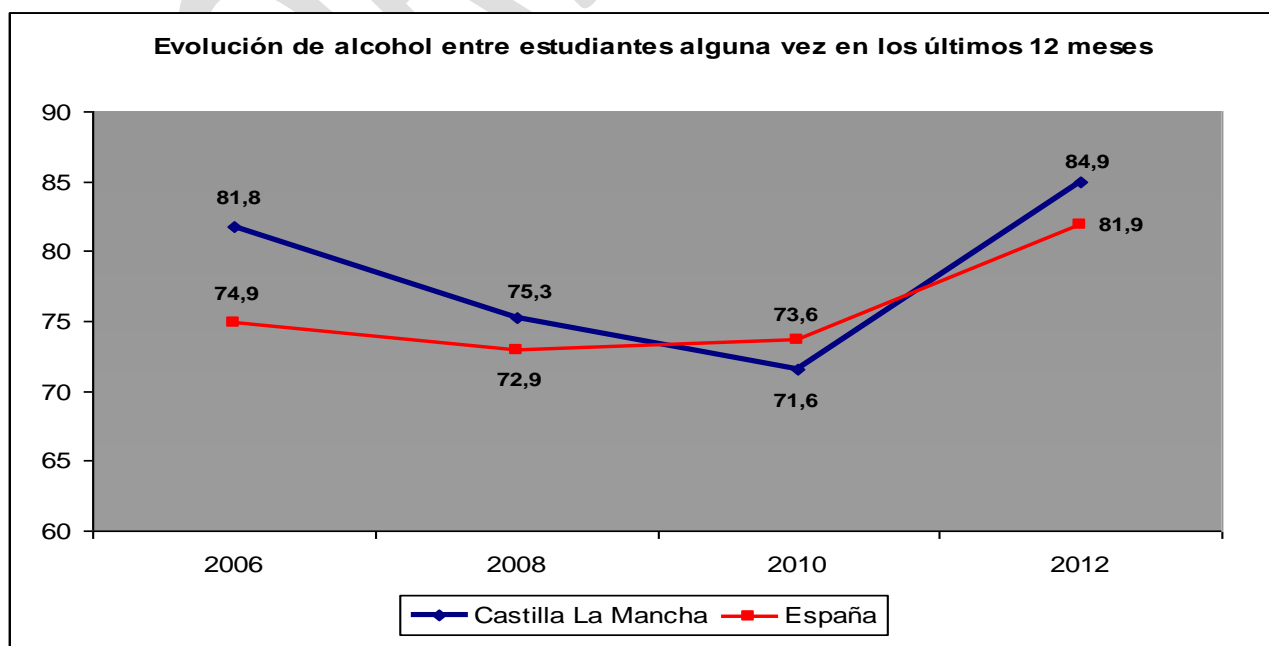
El alcohol es igualmente la droga más aceptada entre los **jóvenes de 14 a 18 años**, un 87,3% la ha probado alguna vez en su vida y el 79,7% lo ha tomado en el último mes, según resultados de la encuesta escolar de 2012. En la evolución del consumo de alcohol entre los adolescentes parece advertirse un cambio de tendencia con los resultados de la última encuesta. Hasta 2010 las cifras descendían, pero a partir de 2012 se percibe un repunte importante de consumo en todos los indicadores, pero especialmente en el anual y mensual, pasando este último de un 63,5% en 2010 a un 79,7% en 2012. En el resto de España también se ha producido un incremento del consumo de alcohol entre adolescentes. En relación al territorio nacional los consumos de los estudiantes de la región continúan siendo superiores a los nacionales, al contrario de lo que sucede en población general como se ha visto anteriormente.

Tabla nº 3: Evolución del consumo de alcohol en estudiantes de 14-18 años. España-Castilla-La Mancha, 2006-2012.

ALCOHOL	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Castilla La Mancha	84,8	82,8	80,5	87,3	81,8	75,3	71,6	84,9	68,6	63,6	63,5	79,7
España	78,6	81,2	75,1	83,9	74,9	72,9	73,6	81,9	58	58,5	63	74

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

Gráfico nº 2: Evolución del consumo de alcohol en los últimos 12 meses en estudiantes de 14-18 años. Castilla-La Mancha, 2006-2012.



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

Por lo que respecta a los **consumos más problemáticos** entre los adolescentes, un 65,1% de los que dicen haber bebido se han emborrachado alguna vez en su vida, un 35,4% en el último mes y un 50,2% de los que han bebido han tenido episodios de atracones de alcohol en el último mes (consumo de 5 o más bebidas en período de 2 horas). Indicadores que igualmente han aumentado en la encuesta de 2012 respecto de la de 2010.

Analizando los resultados en función del **género**, se puede apreciar que existen diferencias significativas en los hábitos de consumo entre la población general y adolescente (ver tabla nº 4). Entre estos últimos, las chicas son más consumidoras que los chicos y tienen los mayores porcentajes en todos los indicadores de consumo, también en los más problemáticos como borracheras (54,5% de chicos frente al 57,6% de chicas se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses). Respecto a los atracones están dos puntos porcentuales por debajo de los varones. Entre la población general, los varones toman alcohol en mayor proporción y de manera más intensiva que las mujeres.

Tabla nº 4: Consumo intensivo de alcohol según sexo en población general y población estudiantil de Castilla-La Mancha, 2012, 2013.

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

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

En lo que respecta a la **edad**, el consumo de alcohol está bastante extendido en todas las edades, no obstante los mayores porcentajes se dan en los grupos jóvenes de 20-34 años, especialmente en el de 25-29 años con un 61,4% de consumidores.

Tabla nº 5: Consumo de alcohol por grupos de edad en población general. Castilla-La Mancha 2013/14.

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

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

Uno de los motivos de preocupación ligados al consumo de alcohol adolescente es la **edad de inicio** en el mismo. Diversos estudios han puesto de relieve que iniciarse precozmente en el consumo de sustancias está altamente correlacionado con el uso intensivo y continuado de las mismas. Así quienes se inician en edades más avanzadas tienen menor probabilidad de tener problemas, además en la medida en que se retrasa el acceso a las sustancias legales, también se retrasa a las sustancias ilegales. En la población de estudiantes de Castilla-La Mancha, las primeras experiencias con el alcohol se producen en torno a los 13 años y medio (13,7), cifra que no ha variado sustancialmente desde 2006.

Los **lugares** donde más frecuentemente consumen alcohol los escolares son bares y pubs (51,6%), discotecas (42,6%) y calles, plazas, parques o espacios públicos abiertos (41,7%). En la casa propia es el lugar menos habitual (13,6%) si bien esta cifra ha aumentado respecto a 2010. En Castilla-La Mancha, el 68,3% de los estudiantes consultados afirma que en el último mes ha hecho **botellón**, proporción que supera a la registrada para el total nacional (53,3%). En esta línea se aprecia que en la región la realización del botellón aparece a una edad más temprana y se trata de una práctica que se encuentra más generalizada que de media en el resto de España.

Entre las **bebidas más consumidas** destaca en primer lugar la cerveza, seguida de los combinados y el vino. En general se bebe más los fines de semana que los días de diario y los tipos de bebida difieren en uno y otro caso, siendo en los días festivos cuando aumenta considerablemente el número de bebidas con mayor graduación alcohólica (combinados).

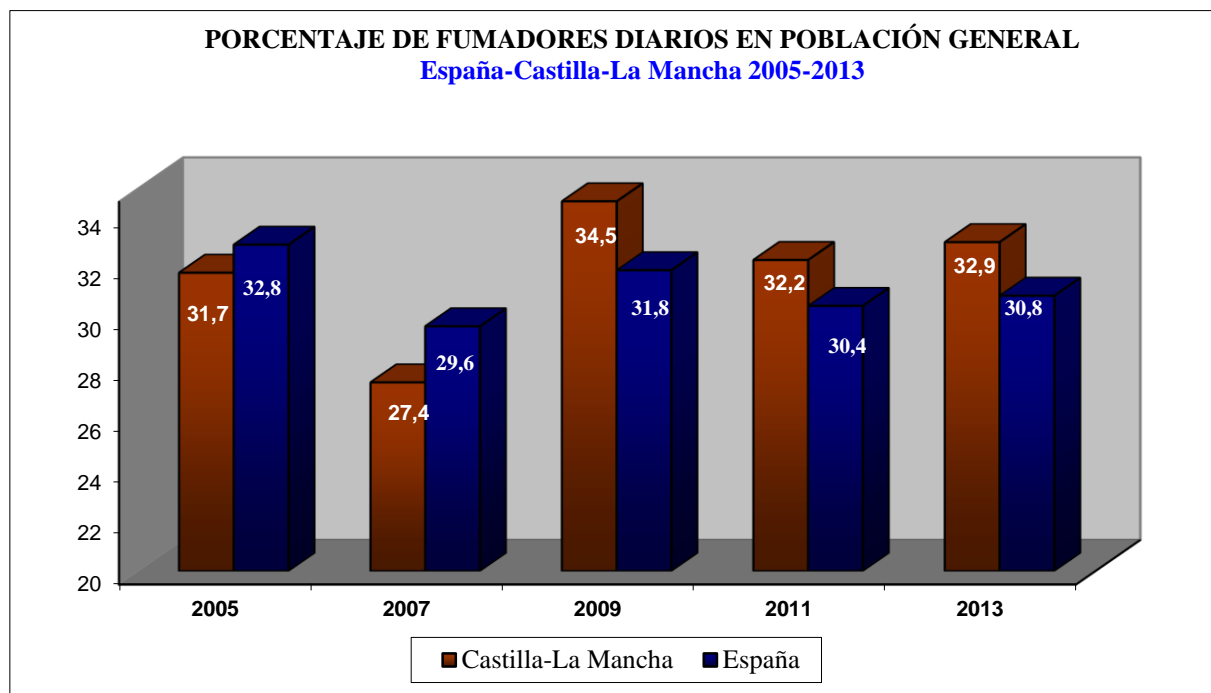
El **acceso al alcohol** por parte de los menores de 18 años, pese a la prohibición legal de su venta, no parece suponer problema para ellos, ya que casi la mitad (46,6%) de los que beben adquieren el alcohol por sí mismos y un 47% lo hacen a través de otras personas mayores de edad. Las bebidas alcohólicas las compran mayoritariamente en supermercados (43,1%), en bares, pubs y discotecas (42,5% y 35,2%) y en tiendas, quioscos y bodegas (31,6%).

3.2.2 TABACO

El tabaco, es entre las sustancias adictivas, la que ocupa el segundo lugar después del alcohol en cuanto al porcentaje de consumidores se refiere. Según datos de la encuesta 2013, lo ha probado el 71,3% de la población general, un 40,2% lo ha consumido en el último mes y un 32,9% fuma a diario. Es una de las sustancias cuya continuidad en el consumo es mayor, es decir un porcentaje elevado (46%) de los que se inician continúan fumando a diario.

Después de un aumento continuado en el consumo regional de tabaco desde el año 2007 hasta 2011, pasando de un 38,5% en 2007 en el indicador anual a un 45% en 2011, en esta última encuesta se ha producido un descenso del mismo en todos los indicadores, excepto en el consumo diario, que se mantiene estable en torno al 33%. En todos los indicadores, excepto en el probatorio, el porcentaje de fumadores a nivel regional supera la media estatal, en concreto 2 puntos en el de fumadores diarios.

Gráfico nº 3: Evolución del consumo de tabaco en población general. España- Castilla-La Mancha, 2005-2013.



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

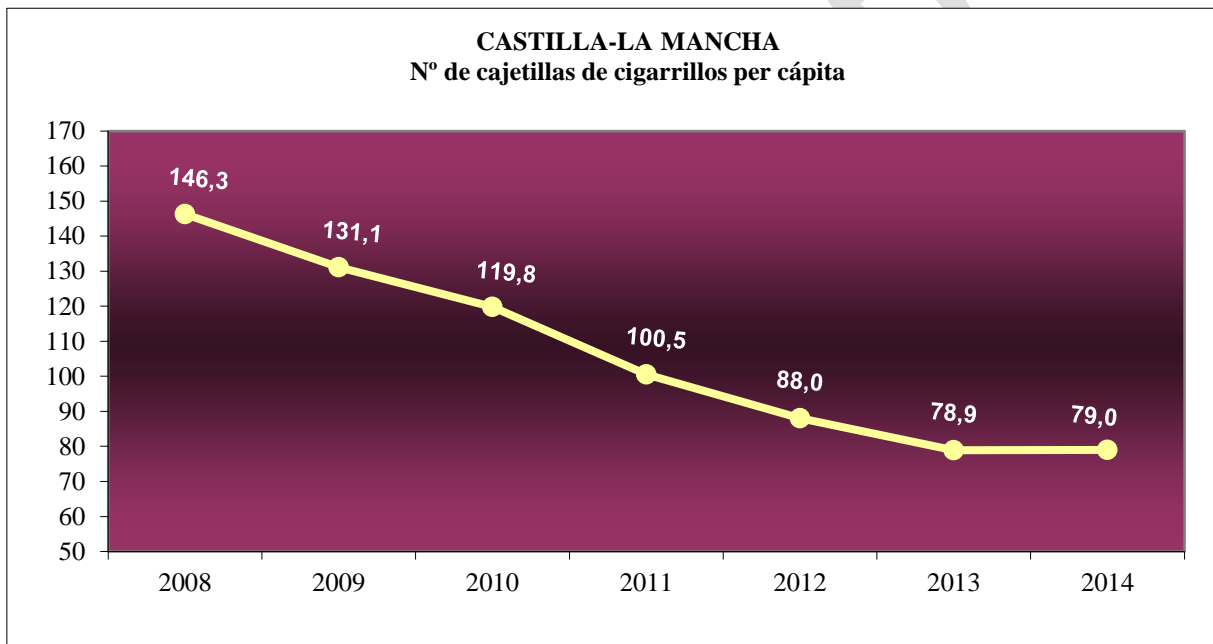
Tabla Nº 6: Consumo de tabaco en población general (%) Castilla-La Mancha 2005-2013.

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

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

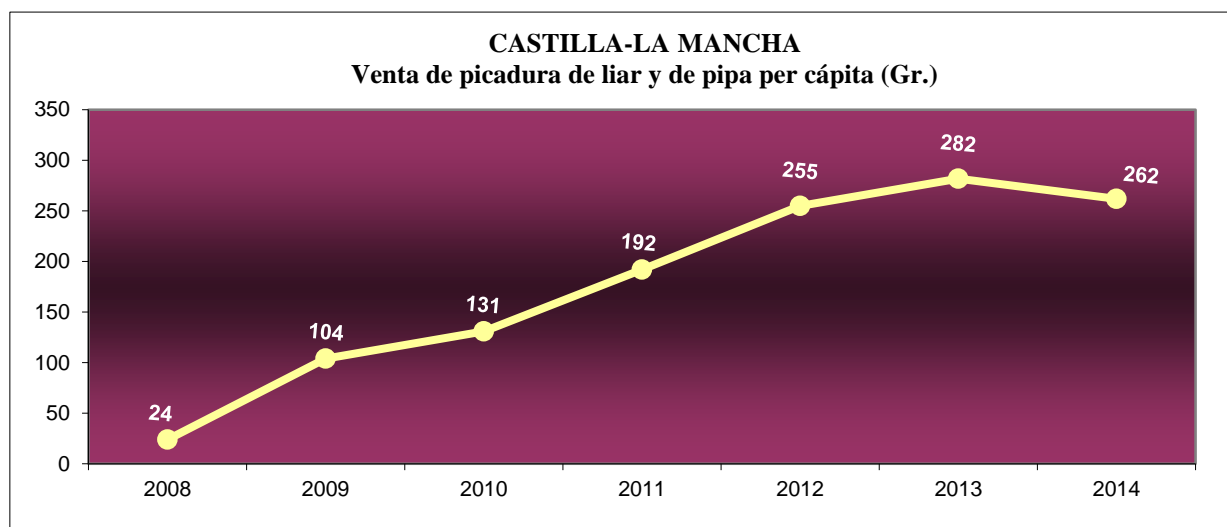
La información proporcionada por el Comisionado para el Mercado de Tabacos del Ministerio de Economía y Hacienda, relativa a las ventas legales de tabaco, muestran un cambio en el consumo de tabaco: por un lado la venta del número de cajetillas per cápita ha ido descendiendo, pasando de 146 en 2008 a 79 en 2014. Por otro, el resto de labores de tabaco ha aumentado espectacularmente, sobre todo en lo que se refiere a la picadura de liar, cuyas ventas suponían 29.780 kg. en 2008 y 310.713 kg. en 2014, multiplicándose por 10 en 6 años. Cambios que igualmente se han producido a nivel nacional y que pueden suponer un mayor riesgo para la salud de los fumadores, dado que el tabaco de liar tiene mayores concentraciones de alquitrán y nicotina que las cajetillas (Castaño Calduch, 2011).

Gráfico N° 4: Número de cajetillas de cigarrillos per cápita. Castilla – La Mancha, 2008 – 2014.



Elaboración propia. Fuente: INE y Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda.).

Gráfico N° 5: Número de picadura de tabaco per cápita (kg). Castilla - La Mancha, 2008 –2014.



Elaboración propia. Fuente: INE y Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía y Hacienda.).

Los **adolescentes de 14 a 18 años** fuman en menor proporción que la población general, pero también presentan elevadas prevalencias, sobre todo en el indicador de alguna vez en la vida, donde el 42,2% ha fumado y en el indicador anual (34,6%). De acuerdo con los datos de evolución, el consumo de tabaco entre los escolares parece estabilizarse e incluso descender en los indicadores probatorio y anual, pasando en éste último caso de un 36,3% a un 34,6%. Respecto a los indicadores mensual y diario se mantienen en niveles similares a los de 2009. Por otro lado, hay que destacar que los estudiantes de Castilla-La Mancha, que consumían tabaco en mayor proporción que la media nacional, en los datos de la última encuesta tienden a igualarse. En el consumo diario continúa siendo mayor la prevalencia regional que la nacional.

Tabla N° 7: Evolución del consumo de tabaco en estudiantes de 14-18 años (%). Castilla-La Mancha 2006-2012.

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

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

Los **grandes fumadores**, es decir aquellos que fuman 20 o más cigarrillos al día representan el 12,9 %. El porcentaje de ex fumadores de más de 12 meses es de 29,2%, aumentando un punto respecto a la anterior encuesta. El número medio de cigarrillos de consumo diario es de 12,5, dos cigarrillos por debajo de 2011 (14,5).

En cuanto a la **edad y el sexo** de los consumidores de tabaco, los resultados apuntan los siguientes aspectos:

- Dentro de la población general continúan siendo los varones los mayores fumadores, si bien se tiende a acortar la distancia. En el indicador de consumo del último mes la diferencia intersexo es mayor (36% de mujeres y 44,2% de hombres).
- Las edades donde se dan las mayores prevalencias son el grupo de 25-29 años (41,6% de fumadores diarios) y el de 30-34 (38,8%).
- Parece consolidarse un cierto retraso en la edad media de inicio en el consumo de esta sustancia, pasando de 13 años en 2006 a 13,4 en 2012, tendencia y cifra similar a la del resto del territorio nacional (13,6).
- Entre la población adolescente, chicas y chicos tienen consumos muy similares, si bien las mujeres tienen un mayor porcentaje a nivel probatorio y los chicos en el consumo diario.

Tabla N° 8: Consumo de tabaco (%) según sexo en población general y estudiante. Castilla-La Mancha 2012, 2013

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL CONSUMO DE TABACO. CASTILLA LA MANCHA 2012, 2013.						
	Población General de 15 a 64 años. (2013)			Estudiantes de 14 a 18 años. (2012)		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Fumadores último año	45,3	38,7	42,1	34,3	34,9	34,6
Fumadores último mes	44,2	36,0	40,2	30,2	30,06	30,1
Fumadores diarios	35,3	30,3	32,9	16,1	12,1	14,3

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

Tabla N° 9: Consumo de tabaco diario por grupos de edad en población general. Castilla-La Mancha 2013/4.

PORCENTAJE DE FUMADORES DIARIOS POR GRUPOS DE EDAD. CLM-2013/4										
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Tabaco diario	22,9	37,1	41,6	38,8	31,0	34,2	38,5	31,1	21,2	23,9

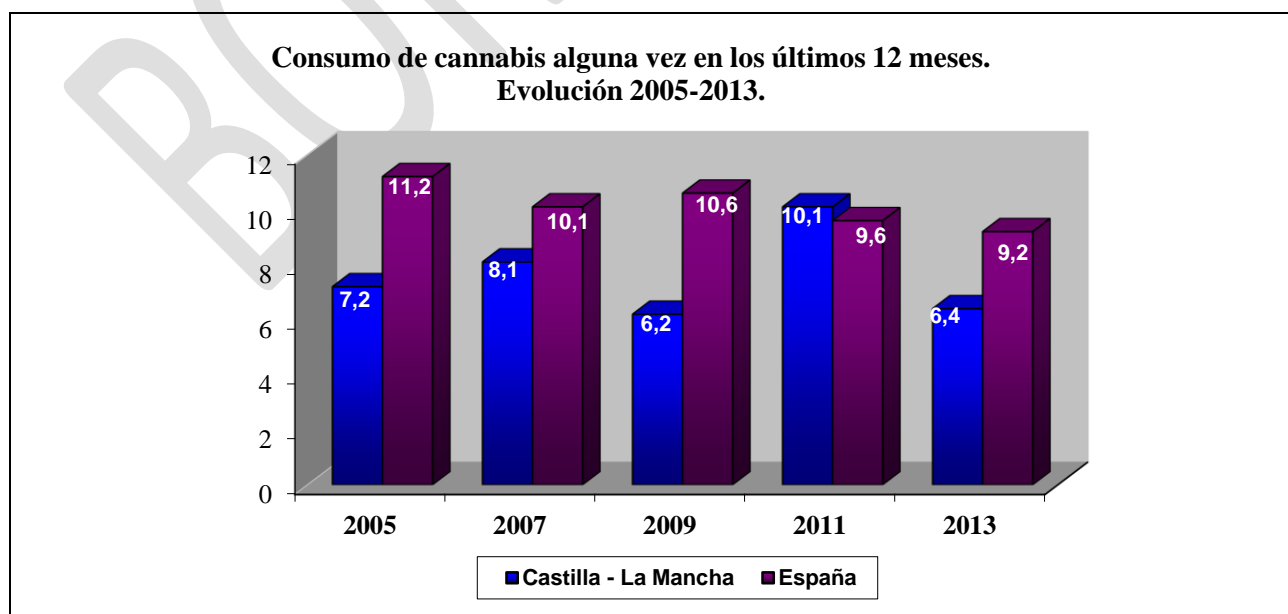
Fuente: Encuesta sobre drogas en población general. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

3.2.3 CANNABIS

El hachís, la marihuana y otros derivados del cannabis son las drogas ilícitas más utilizadas en España y en Castilla-La Mancha por los adolescentes, jóvenes y jóvenes adultos. Son también las drogas que más a menudo y en mayor cantidad confiscan las fuerzas policiales. Además en los últimos años se aprecia un aumento del cultivo casero de esta droga para el autoconsumo.

El cannabis, a pesar de ser una droga ilegal, presenta un grado de aceptación social y unas frecuencias de consumo, que la aproximan a las drogas legales, especialmente al tabaco. Las evidencias sobre la **extensión de su consumo** son claras y bastante consistentes. Concretamente en Castilla-La Mancha, casi una tercera parte de los estudiantes pertenecientes a la muestra de la encuesta escolar de 2012 declaraban haber consumido al menos alguna vez en la vida cannabis. Entre la población general, dicha proporción se reduce al 23,5%, aún así, es la droga después del alcohol y el tabaco más generalizada entre la población.

Gráfico N° 6: Evolución del consumo de cannabis en población general, alguna vez en los últimos 12 meses. España-Castilla-La Mancha 2005-2013.



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

Tabla N° 10: Evolución del consumo de cannabis en población general. España- Castilla-La Mancha, 2005- 2013.

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

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

Tanto en población general como escolar, el porcentaje de personas que declaran haber consumido cannabis en Castilla-La Mancha está por debajo del resto de España. Esta diferencia es especialmente significativa en el indicador probatorio de la población de 15-64 años.

En lo que se refiere a la **evolución del consumo**, nos encontramos con tendencias convergentes entre la población de 15-64 años y adolescente. En relación a la primera las cifras de consumo descienden en la encuesta de 2013, después de un incremento en el año 2011, y entre los jóvenes de 14 a 18 años se mantiene una fase de contracción que coincide con los inicios de la crisis en 2008. Si atendemos a los datos de las encuestas escolares, su uso se ha reducido en todos los indicadores, especialmente en el anual, pasando de 30,1% en 2006 a 23,7% en 2012.

Tabla N° 11: Evolución del consumo de cannabis en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2006 - 2012.

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

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

Acercándonos a las **características personales** de los usuarios de cannabis, se observa que los hombres son los mayores consumidores, si bien entre la población adolescente, las diferencias entre sexos son bastante menores que en población general, especialmente en el indicador probatorio, donde un 33,6% de chicos y 29,9% de chicas han tomado cannabis alguna vez en la vida.

Tabla N° 12: Consumo de cannabis según sexo en población general y estudiante (%). Castilla-La Mancha 2012, 2013

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

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

Por grupos de edad y dentro de la población general, los más jóvenes son los mayores consumidores, en especial los grupos de 15-19, 20-24 y 25-29 años, con un 8,6%, 12,2% y 8,9% de consumo respectivamente en el indicador del último mes. A partir de los 50 el uso habitual de esta sustancia se reduce drásticamente.

Las primeras experiencias con el cannabis se producen en torno a los 15 años (14,9), edad que no ha variado prácticamente desde 2006 (14,81), según datos de la encuesta escolar.

Tabla N° 13: Consumo de cannabis en los últimos 30 días por grupos de edad en población general (%). Castilla-La Mancha 2013/2014.

CONSUMIDORES DE CANNABIS POR GRUPOS DE EDAD (%). CLM-2013/2014										
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Cannabis (últimos 30 días)	8,6	12,2	8,9	7,4	2,3	5,0	2,4	0,8	0,0	0,0

Fuente: Encuesta sobre drogas en población general 2013/4. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

3.2.4 OTRAS DROGAS

Los datos de consumo que ofrecen las encuestas generales referidos a otras drogas más minoritarias son muy bajos, por lo que resulta difícil extraer estimaciones claras y comparables con el resto del país. Por ello vamos a mostrar la información referida exclusivamente a la encuesta escolar que posee mayor potencia muestral.

De las drogas a las que nos referimos en este apartado y en lo que respecta al indicador probatorio, los hipnosedantes sin receta médica presentan los mayores porcentajes de consumo (7,5%), le sigue el éxtasis (2,8%) y alucinógenos (2,7%). La cocaína, que después del cannabis ha sido durante años la sustancia ilegal más extendida, presenta en la última encuesta un descenso que la coloca por debajo del 2,5% de prevalencia (2,3%). Otras drogas como la heroína o las anfetaminas son más minoritarias con porcentajes que en ningún caso superan el 1,5% en el indicador de alguna vez en la vida.

Con las cautelas antes señaladas, los resultados muestran una **tendencia general** a la baja, especialmente en lo que respecta al uso de cocaína, alucinógenos y anfetaminas.

Tabla N° 14: Evolución del consumo de drogas en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2006- 2012.

SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida				Alguna vez en los últimos 12 meses				Alguna vez en los últimos 30 días			
	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012	2006	2008	2010	2012
Hipnosedantes con y sin receta	-	-	-	15,7	-	-	-	9,3	-	-	-	6,1
Hipnosedantes sin receta	6,5	8,1	9,2	7,5	4,4	4,0	4,6	5,3	2,3	2,0	2,6	3,4
Cocaína*	4,8	7,0	3,9	2,3	3,9	5,4	3,0	1,7	2,2	2,9	2,0	1
Alucinógenos	5,3	3,7	3,5	2,7	3,7	2,5	2,7	1,5	1,5	1,0	0,8	0,9
Éxtasis	4,0	3,5	2,7	2,8	3,2	3,0	2,0	2,3	1,4	2,1	1,1	1
Anfetaminas, speed	3,3	4,1	2,3	1,4	2,2	3,3	1,1	1,1	1,5	1,3	0,3	0,5
Inhalables volátiles	3,8	2,4	2,8	1,8	2,7	1,7	1,4	1,4	1,7	0,9	1,0	0,8
Heroína	0,2	1,1	0,7	0,8	0,2	0,7	0,3	0,5	0,1	0,5	0,2	0,4
GHB (éxtasis líquido)	-	-	0,4	0,9	-	-	0,3	0,9	-	-	0,3	0,4

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

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

Tabla N° 15: Consumo de drogas por sexo en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012.

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR SEXO			
(ALGUNA VEZ EN LA VIDA). 2012			
	Hombre	Mujer	Total
Hipnosedantes con y sin receta	11,1	20,9	15,7
Hipnosedantes sin receta	5,8	9,4	7,5
Cocaína*	3,4	1,1	2,3
Alucinógenos	3,2	2,1	2,7
Éxtasis	3,9	1,4	2,8
Speed o Anfetaminas	2,1	0,5	1,4
Inhalables volátiles	2,2	1,2	1,8
Heroína	1,4	0,1	0,8
GHB (éxtasis líquido)	1,2	0,7	0,9

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

*Contempla el consumo tanto de cocaína base como en polvo

El análisis por **género** en la población adolescente muestra que, a excepción de los hipnosedantes, en el consumo de estas drogas tiene una menor implicación el colectivo femenino. Dato que difiere del análisis de género realizado sobre alcohol y tabaco.

En relación a este grupo de sustancias, los inhalables son la droga que comienzan a consumir los adolescentes a una **edad media** más temprana (12,6), le siguen los hipnosedantes a los 14 años y medio, y la cocaína y las anfetaminas en torno a los 15. Los contactos más tardíos tienen lugar con el éxtasis, y los alucinógenos que se producen alrededor de los 16 años. Parece mantenerse estable la edad media de inicio de la mayoría de las sustancias, a excepción de los hipnosedantes que sube y de la cocaína y las anfetaminas que desciende ligeramente.

Tabla N° 16: Edad media de inicio en el consumo de drogas en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2006- 2012.

EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO				
SUSTANCIAS	2006	2008	2010	2012
Hipnosedantes*	15,65	15,58	14,53	14,20
Cocaína	14,64	14,12	14,98	15,10
Alucinógenos	15,90	15,08	15,56	15,80
Éxtasis	16,72	15,37	15,83	15,80
Anfetaminas	15,92	15,72	15,77	15,10
Inhalables	14,61	14,90	11,85	12,60

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

* Tranquilizantes y pastillas para dormir sin receta médica

3.2.5 POLICONSUMO

El policonsumo constituye cada vez más el patrón normalizado de consumo. Con la mezcla de varias sustancias se pretende experimentar nuevas sensaciones o potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas. Esto aumenta los riesgos sanitarios y sociales asociados al consumo y dificulta su tratamiento.

De acuerdo con los datos de la encuesta escolar 2012 y atendiendo a los últimos 30 días, el nivel de policonsumo registrado en la Comunidad alcanza el 34,9% entre los estudiantes de 14 a 18 años, que han afirmado haber consumido dos o más sustancias diferentes, mientras que el 46,5% se declaró consumidor de una única sustancia. En el caso de mezcla de 2 y 3 sustancias son más policonsumidoras las chicas que los chicos. Cuando se trata de 4 sustancias o más el porcentaje de chicos supera al de éstas.

Por otro lado y según datos nacionales, el alcohol está presente en un 80% de los policonsumos y el patrón más corriente con tres sustancias es de alcohol, tabaco y cannabis, por este orden. Entre los que consumen cuatro, las sustancias más frecuentes son alcohol, tabaco, cannabis y cocaína en polvo.

Tabla N° 17: Policonsumo en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2012/13.

POLICONSUMO			
Castilla-La Mancha - 2012			
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	11,4	14,3	18,5
Una sola sustancia	36,6	43,7	46,5
Dos sustancias	21,1	20,3	21,3
Tres sustancias	21,4	16,7	11,1
Cuatro sustancias	6,3	2,8	1,4
Cinco o más sustancias	3,2	2,2	1,2
TOTAL	100	100	100

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

3.2.6 PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ACCESIBILIDAD RESPECTO A LAS DROGAS.

El grado de **riesgo percibido** respecto al consumo de distintas drogas, está condicionado por la frecuencia de uso de las mismas y por la imagen que tienen de cada sustancia. Aquellas conductas que se relacionan en menor medida con un riesgo, son las relativas al consumo de alcohol abusivo en fin de semana. En este caso solo 1 de cada 3 escolares piensa que puede causar bastantes o muchos problemas, detectándose una tendencia en los últimos años a la disminución del riesgo percibido de dicho comportamiento. El cannabis y los hipnosedantes se valoran igualmente como poco problemáticos.

En el extremo opuesto, los consumos habituales de cocaína y heroína creen que comportan los mayores riesgos. Señalar que el consumo habitual de cannabis se asocia a una problemática similar a la de tabaco diario. Estos niveles de riesgo percibido son menores entre los varones que entre las mujeres e igualmente más bajos que los registrados en el conjunto de España.

Tabla N° 18: Percepción del riesgo en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2012/13.

<i>Porcentaje que piensa que puede producir bastantes o muchos problemas el consumo de:</i>		
	2010	2012
Tabaco diario	89,1	88,5
5 o 6 cañas/copas en fin de semana	40,4	36,8
1 o 2 cañas/copas cada día	58,6	51,3
Hipnosedantes alguna vez día	44,5	55,2
Hipnosedantes habitualmente	87,2	88,9
Cannabis alguna vez	52,7	54
Cannabis habitualmente	89,2	88,4
Cocaína en polvo alguna vez	76,9	83
Cocaína en polvo habitualmente	94,8	95,1
Éxtasis alguna vez	81,2	83,6
Éxtasis habitualmente	94,8	96,5
Heroína alguna vez	83,1	84,8
Heroína habitualmente	95,9	95,1

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

Los adolescentes de Castilla-La Mancha tienen una **percepción de accesibilidad** de las drogas bastante similar a la media nacional. Aquellas que consideran más accesibles son las de comercio legal (alcohol e hipnosedantes) y el cannabis. La disponibilidad ha disminuido respecto a 2010, especialmente en lo que respecta a la cocaína, éxtasis y alucinógenos (en torno a 10 puntos porcentuales respecto a la encuesta anterior).

En lo que se refiere a la **permisividad de los padres** en el consumo de drogas legales, hay una clara dicotomía: por una parte sus hijos les perciben como poco permisivos respecto al consumo de tabaco, el 70% de los padres y madres no permitirían en absoluto fumar a sus hijos, pero son bastante más laxos con el alcohol (44%).

Tabla N° 19: Accesibilidad percibida de drogas en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha 2010-2012, España 2012.

DISPONIBILIDAD PERCIBIDA.			
<i>Porcentaje que piensa que es fácil/muy fácil conseguir la sustancia.</i>			
	CASTILLA-LA MANCHA		NACIONAL
	2010	2012	2012
Bebidas Alcohólicas	94,8	94,3	92,9
Hachis/marihuana	74,3	71,5	69,4
Tranquilizantes/pastillas para dormir	65,6	54,2	53,3
Cocaína en polvo	44	35,5	33,8
Alucinógenos	40	31,6	30,9
Éxtasis	33,7	24,7	26,2
Anfetaminas	33,4	27,0	28,7
Heroína	32,1	24,4	24,8

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

3.2.7. PAUTAS DE OCIO Y CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES DE CASTILLA-LA MANCHA.

El ocio y el consumo de drogas están estrechamente relacionados. A continuación se recogen algunos aspectos sobre los patrones de ocio de los jóvenes castellano-manchegos obtenidos a través de diferentes estudios y fuentes de información.

De acuerdo con la encuesta escolar 2012, y respecto al **ocio nocturno**, lo más corriente es que los jóvenes salgan 1 o 2 noches por semana, el 50% de ellos así lo hace, un 4,5% no sale nunca por la noche y en el otro extremo un 4,7% sale más de 4 noches a la semana. La hora de regreso a casa en estas ocasiones se prolonga bastante, ya que solo el 10,9% llega antes de las 12 de la noche y el 51,7% después de las 3 de la madrugada.

Respecto al año 2010, parece que la tendencia es que los adolescentes salgan en mayor número y vengan cada vez más tarde a casa, aunque en términos generales han reducido el número de salidas al mes.

Tabla N° 20 : Frecuencia de salidas nocturnas en el último año en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2010-2012.

FRECUENCIA DE SALIDAS NOCTURNAS EN EL ÚLTIMO AÑO (%)		
	2010	2012
Nunca	8,0	4,5
3 noches al mes o menos	25,3	33,0
1 noche a la semana	18,6	19,7
2 noches a la semana	35,1	30,0
3-4 noches a la semana	8,2	8,1
Más de 4 noches a la semana	4,8	4,7
Total	100	100

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

Tabla N°21 : Hora de regreso a casa en la última salida nocturna en estudiantes de 14 a 18 años. Castilla-La Mancha, 2010-2012

HORA DE REGRESO EN LA ÚLTIMA SALIDA NOCTURNA. (%)		
	2010	2012
Antes de las 12 de la noche	15,0	10,9
Entre las 12 y las 2 de la madrugada	25,3	23,8
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	16,0	13,6
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	18,7	17,8
Más tarde de las 4 de la madrugada	25,0	33,9
TOTAL	100	100

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

Por otro lado el SICCAM (Sistema de Información Continua de Castilla-La Mancha), formado por redes de campo constituidas por consumidores, profesionales del mundo de la noche y por otras personas relacionadas con los jóvenes, el ocio o las drogas, aporta información cualitativa no estandarizada sobre las pautas de ocio y consumo de los jóvenes en la Región. En el informe 2010 se han encontrado elementos específicos y cambios adaptativos a la situación de crisis que a continuación se relacionan:

- Una de los aspectos específicos de la Región es su carácter marcadamente rural. En muchos pueblos se ha observado que los grupos de jóvenes tienen edades bastante heterogéneas por lo que los más pequeños adquieren pautas de consumo prematuras respecto a sus pares en las ciudades.
- En este mismo sentido, las ferias de verano y fiestas patronales están muy ligadas al consumo de alcohol, son los espacios de intensificación de los consumos y donde se inician los más jóvenes con una permisividad grande por parte de las familias y la sociedad en general.
- La crisis ha afectado de diferente manera a los jóvenes y sus pautas de consumo: los que no han perdido poder adquisitivo han mantenido el mismo ritmo de salidas, pero la mayoría ha reducido el número de salidas y el consumo de alcohol y drogas.
- Cuando en 2006 se implantó el SICCAM, el botellón era una de las formas más visibles del consumo de alcohol en público, tanto en pueblos como en ciudades, pero también se hablaba en menor medida de reuniones en locales o pisos privados de pequeños grupos de persona. Durante 2009 y 2010 el uso de locales y peñas se ha intensificado. El aumento de las reuniones en espacios privados se debe a la pérdida de poder adquisitivo, que limita las salidas a locales de ocio nocturno. También, a la presión que dificulta reunirse en determinados espacios públicos donde se practicaba el botellón, ya que las ordenanzas municipales han hecho que dichas reuniones masivas estén cada vez más reguladas.
- Respecto a las diferencias de género encontradas, las mujeres tienen más control familiar y social; continúan manteniendo un papel de cuidadoras respecto a hermanos, pareja y amigos; tienen más ofertas para entrar en los locales y actuar de atracción para que vayan los hombres; reducen los consumos con más facilidad (excepto el tabaco) y, en general, se retiran de los escenarios de fiesta antes y gastan menos. No obstante, las más jóvenes, cada vez se acercan más a los patrones de conducta masculinos, especialmente en discotecas y en situaciones de intensificación de la fiesta.

Completando la información que ofrece el SICCAM, sobre comportamientos más o menos generalizados entre los jóvenes de la región, nos interesa exponer a continuación las actitudes, valoraciones, e imágenes de jóvenes consumidores habituales de sustancias ilegales, una más mayoritaria (cannabis) y otra minoritaria (cocaína) para comprender mejor los mecanismos que están detrás o mueven estos consumos. Dichos aspectos han sido analizados por el Observatorio regional a través de la investigación: “Las drogas ilegales entre jóvenes de Castilla-La Mancha: discursos desde los consumos de cannabis y cocaína” de 2008. Algunas de las conclusiones más interesantes de este estudio son las siguientes:

- Se trata de un modelo “lúdico” del consumo de drogas, completamente desproblematizado por parte de los consumidores.
- Asumen vivir en una época en la que a los jóvenes les “ha tocado” relacionarse con las drogas como algo inevitable, como parte indisoluble de “la fiesta” nocturna (porque encaja con los modelos de ocio y con el sistema de valores consumistas y hedonistas que priman en el resto de la sociedad).

- Parten de la base de una disociación entre los espacios de “responsabilidad” (estudios, trabajo) y de “no responsabilidad” (fin de semana, fiesta). El consumo que se asume problemático será aquel que traspase la frontera de las “responsabilidades”, y aquel que realizan los más jóvenes (pues son los que menos experiencia tienen y menos “controlan”).
- La visión y la relación con las sustancias es completamente funcional, utilitaria y consumista. Por un lado está el consumo de cocaína que se asume habitual y “normal” directamente relacionado con la noche y la fiesta cuyo objetivo es aguantar el mayor número de horas posibles para prolongar la diversión y alimentar la fantasía de “una noche sin fin”. “Controlar” será aprender a alargar la noche sin contratiempos, a “tener la fiesta en paz”. Por otro lado existe un consumo distinto, más minoritario, que tiene como contexto las casas particulares u otros lugares privados (consumo “de encerrona”) mucho más intensivos y sin otra justificación que el consumo por el consumo. Para la mayoría de consumidores de cocaína tal escenario supone “cebarse” (frente a la justificación que supone la fiesta) y acercarse más a los riesgos de la sustancia.
- No existen principios ni valores que vayan más allá de maximizar la diversión y minimizar los inconvenientes. La percepción de los riesgos sólo adopta el corto plazo, y opera en función de los efectos concretos de cada sustancia.
- La imagen social es muy distinta de una droga y otra: mientras el consumo de cannabis entra en los terrenos de la normalización y se inserta en el imaginario de las sustancias legales, la cocaína está peor vista incluso por sus propios consumidores, pero se constituye en el icono de las drogas “recreativas” y de la fiesta.
- El grupo de pares es el referente esencial en los inicios del consumo, así como luego en los más habituales. A pesar de ello, el discurso desde los consumos más prolongados desarrolla un código no escrito (que apela a la responsabilidad individual): no dar a probar cocaína a quien aún no la haya probado.

3.3. PROBLEMÁTICA RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS

3.3.1 TRATAMIENTO POR ABUSO DE DROGAS.

Además de los aspectos relacionados con los consumos, interesa conocer cuáles son las problemáticas sociales y epidemiológicas asociadas al uso de drogas. Uno de los indicadores más significativos en este sentido es el de admisiones a tratamiento por abuso de sustancias.

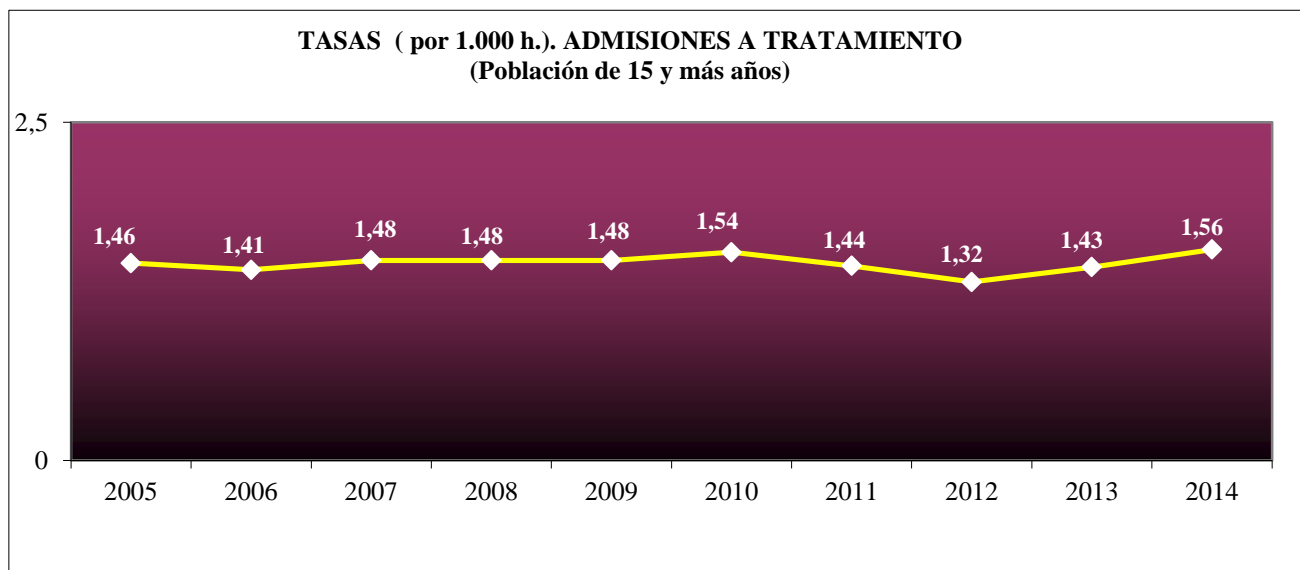
Entre 2006 y 2010 se observa un paulatino aumento del número de admisiones a tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas en la Región. Después de un descenso del número absoluto de admisiones desde el año 2010, se inicia de nuevo en 2013, un aumento de casos, siendo el dato de 2014 (2.739 casos) una de las cifras más elevadas registradas por el Observatorio regional.

Considerando la evolución de la tasa en relación a la población de 15 y más años, se ha mantenido bastante estable a lo largo de todo el período, no obstante se produce un ligero descenso en el 2011 y

2012 para volver a repuntar en 2014, estando en este último año, en niveles similares a los de 2010 (1,56 por cada mil habitantes).

Por otro lado en los últimos años se ha producido un aumento de nuevos tratamientos, es decir de personas que van por primera vez a ser tratadas por su adicción, estando en 2014 en 55%, cifra superior a la de 2010 (49%), año en que culmina un periodo de aumento porcentual de casos con tratamiento previo.

Gráfico N° 7 : Tasas de admisiones a tratamiento por abuso de drogas. Castilla-La Mancha, 2005-2014.



Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha y Padrón Municipal. INE

Tabla N° 22: Frecuencias y porcentajes de admisiones a tratamiento por abuso de drogas, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha, 2005-2014.

	TOTAL	CON TRATAMIENTO PREVIO		SIN TRATAMIENTO PREVIO	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2005	2.345	1.023	45,2	1.240	54,8
2006	2.314	993	44,8	1.221	55,2
2007	2.489	1.099	46,2	1.282	53,8
2008	2.561	1.004	42,8	1.340	57,2
2009	2.618	1.087	47,3	1.209	52,7
2010	2.738	1.176	51,1	1.126	48,9
2011	2.573	1.094	50,7	1.065	49,3
2012	2.361	968	43,5	1.258	56,5
2013	2.530	944	38,8	1.491	61,2
2014	2.739	1.169	45,0	1.429	55,0

Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

En lo que se refiere a las **drogas principales** causantes de los tratamientos, el alcohol es la droga que está causando un mayor número de admisiones. En 2014 se registraron 1.153 casos, que representan el 42,2% del total, le siguen el cannabis y la cocaína con 621 (22,7%) y 542 (19,9%) casos respectivamente. En cuarto lugar, ya más alejado de esas cifras se encuentran los opiáceos con 239 (8,7%) inicios de tratamiento, entre los que destaca la heroína 187 (6,8%).

Tabla N° 23: Admisiones a tratamiento según sustancia de abuso en números absolutos. 2007-2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alcohol	1.002	1.027	1.032	1.115	1.153	1.062	1.123	1.153
Cocaína	746	792	773	794	717	597	539	542
Heroína	425	396	379	327	244	209	192	187
Heroína + cocaína	10	40	57	39	27	7	13	74
Cannabis	199	210	283	355	347	393	524	621
Hipnosedantes	13	17	11	16	16	21	30	32
Otras	94	79	83	92	69	72	109	130
TOTAL	2.489	2.561	2.618	2.738	2.573	2.361	2.530	2.739

Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

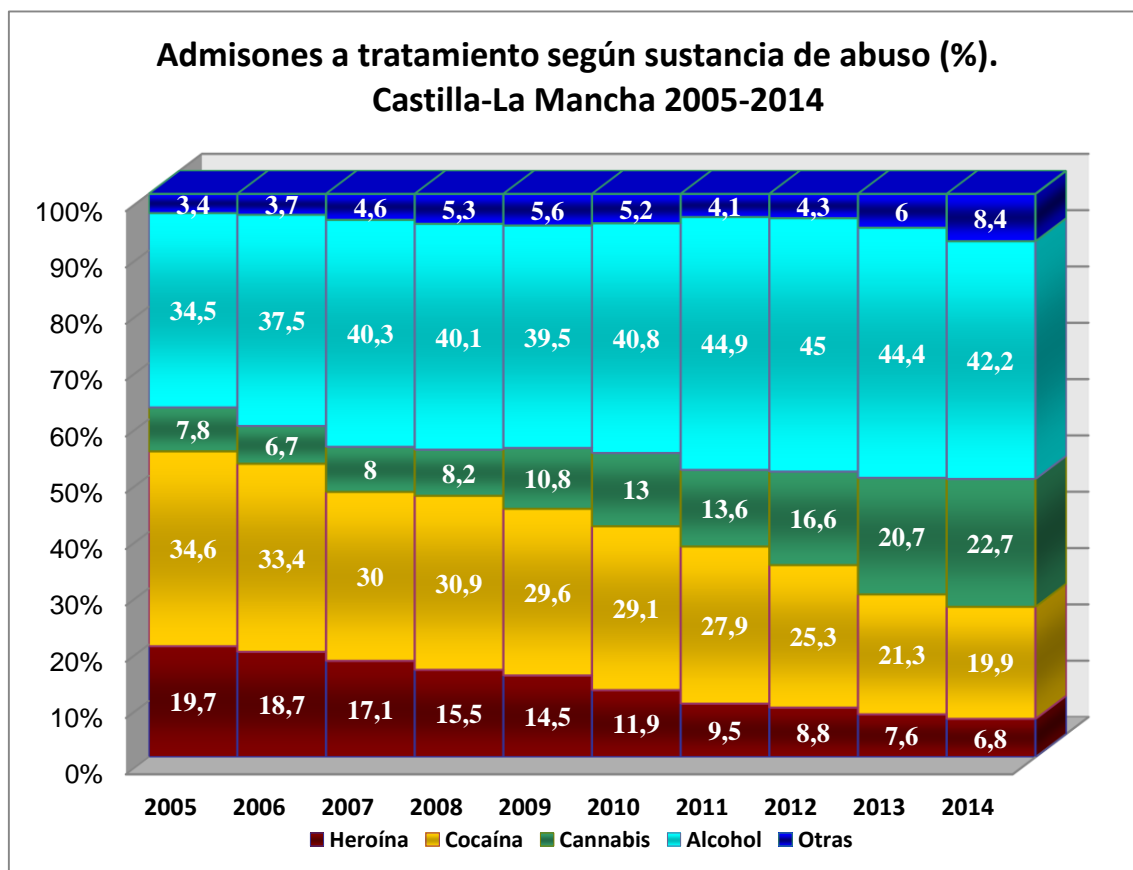
Tres aspectos son importantes en cuanto a la evolución de las cifras relativas de las drogas principales de abuso, por una lado un descenso de las admisiones por dependencia de la **heroína** y en mayor medida de la **cocaína** en estos dos últimos años, pasando de un 25,3% en 2012 a 19,9% en 2014, más de 5 puntos porcentuales de diferencia. No obstante, hay que considerar que han aumentado los casos de tratamiento por abuso de mezclas como heroína más cocaína y cocaína más alcohol, En concreto en 2014 hay un 2,8% de casos de heroína + cocaína y un 1,3% de alcohol + cocaína, si unimos ambas cifras al porcentaje de cocaína, tendremos un 24%, porcentaje que efectivamente mantiene la tendencia descendente de esta droga pero de manera menos pronunciada.

Por otro lado continúan aumentando los inicios de tratamiento por abuso de **cannabis**, pasando de un 16,6% en 2012 al 22,7% en 2014, seis puntos porcentuales de diferencia en estos dos últimos años. Aumento importante, en el que puede estar influyendo el incremento de personas jóvenes sancionadas por consumo en público que inician tratamiento para eludir la sanción. Pero incluso así, es preocupante el porcentaje de tratamientos por cannabis, que ya prácticamente supera la cifra de cocaína y que tiene mucho que ver con la expansión de su consumo y los efectos adictivos y perjudiciales sobre la salud de los consumidores, a pesar de la baja percepción del riesgo que con respecto a esta droga existe en la sociedad, sobre todo entre el colectivo de jóvenes.

El tercer aspecto a destacar es la estabilización, e incluso el ligero descenso de los porcentajes de tratamiento por abuso de **alcohol**. En concreto pasa del 45% en 2012 a 42,2% en 2014, a los que habría que añadir un 1,3% de mezcla alcohol+cocaína.

El porcentaje de admitidos por abuso de **hipnosedantes**, se ha mantenido constante durante bastante tiempo, si bien en estos últimos años se ha detectado un ligero ascenso, pasando de 0,5% en 2011 a 1,1% en 2014.

Gráfico N° 8: Evolución del número de admisiones a tratamiento por abuso de drogas (%). Castilla-La Mancha, 2005-2014.



Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

El consumo simultáneo de varias drogas suele ser frecuente en la población drogodependiente. Es especialmente relevante el **policonsumo** entre los tratados por abuso de heroína y/o cocaína, que en muchos casos mezclan ambas sustancias. También se consumen con otras drogas, especialmente alcohol y cannabis.

Algunos rasgos destacados del perfil de las personas que acuden a tratamiento son los siguientes:

En lo que se refiere al **sexo**, una gran mayoría de las personas que acuden a tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas son hombres. Concretamente en el año 2014, el 83,5% eran hombres y el 16,5% mujeres, proporción de estas últimas, que a pesar de seguir siendo muy desigual respecto a los varones, ha aumentado ligeramente a lo largo del período de análisis, pasando de 14,4% en 2005 a 16,5% en 2014.

Estas diferencias, coinciden con lo que en los últimos años se viene hablando acerca de la desigualdad entre hombres y mujeres en el acceso y uso de los recursos asistenciales en materia de drogodependencias. Diversos factores pueden estar influyendo en esto, por un lado la menor visibilidad de la mujer con problemas por consumo de drogas, la mayor estigmatización de la mujer consumidora, que provoca el ocultamiento del problema; la mayor responsabilidad de las mujeres en el cuidado familiar, que puede determinar un mayor control sobre el propio consumo pero también el rechazo al contacto con los recursos asistenciales por miedo a la pérdida de la tutela de los hijos; menor afectación en el área laboral (al estar la mujer menos integrada en este ámbito); mayor asociación en las mujeres del consumo y la prostitución frente a la mayor asociación en los varones del consumo y la delincuencia como forma de financiación del propio consumo, más asociado en el segundo caso a cumplimiento de condenas, que en algunos casos supone la vinculación con un tratamiento.

Además del menor acceso a los tratamientos, según la literatura tienen también peor resultado en los mismos, lo que no parece ocurrir en Castilla-La Mancha, donde los datos apuntan a un mayor porcentaje de altas terapéuticas en mujeres respecto a las que están en tratamiento (5,57%) en comparación con el porcentaje de altas terapéuticas en varones (4,10%); así como un porcentaje de altas terapéuticas en mujeres respecto a las altas y abandonos (29%) ligeramente superior al porcentaje en varones (26,75%).

Un aspecto destacado en el caso del alcohol, la sustancia que genera más admisiones a tratamiento, es que en Castilla-La Mancha la proporción de mujeres respecto a los varones que accedieron a tratamiento en los últimos años es significativamente menor que la proporción a nivel nacional, según el indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas.

La **edad** media en las personas que son admitidas a tratamiento en 2014 es de 37,33. La evolución de los datos muestra un ascenso progresivo desde 2008 hasta 2014 de algo más de 2 años, lo que demuestra el progresivo envejecimiento de la población que inicia tratamiento por adicción a sustancias. Especialmente relevante es el caso de los admitidos a tratamiento por abuso de alcohol que tienen la edad media más alta (44,82) y a la heroína (40,04). Los más jóvenes son los consumidores de cannabis con una edad media de 25,67. Por género la edad media es algo más baja para las mujeres que para los varones.

Esta subida en la edad media de inicios de tratamiento, tiene que ver con el aumento del período de latencia, es decir el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a primer tratamiento por dicha droga, lo que significa una demora en acudir a los servicios sanitarios que incrementa el deterioro y las dificultades para la recuperación de los pacientes.

Tabla N° 24: Evolución de la edad media de admisiones a tratamiento total y según droga de abuso. Castilla-La Mancha, 2008-2014.

EDAD MEDIA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO TOTAL Y SEGÚN DROGA PRINCIPAL DE ABUSO Castilla-La Mancha, 2008-2014							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Heroína*	34,92	35,42	36,29	37,10	37,70	39,42	40,08
Cocaína*	29,65	30,56	31,55	31,23	32,00	32,71	33,17
Cannabis*	23,64	23,57	24,70	24,58	24,52	24,42	25,67
Alcohol	42,01	42,82	43,20	43,54	43,24	44,32	44,82
TOTAL	35,18	35,66	36,28	36,72	36,65	37,10	37,33

* Los datos se refieren a los computados exclusivamente como heroína, sin incluir otros opiáceos. La edad media en el caso de la cocaína y el cannabis, se ha calculado teniendo en cuenta las variantes.

Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Las personas entre 25 y 34 años son las que inician tratamiento en mayor proporción. No obstante interesa resaltar por su problemática específica el número de menores de edad que inician tratamiento, así como los mayores de 60 años. Dicha problemática se refiere fundamentalmente a la falta de adecuación de la red asistencial y de dispositivos en régimen de internamiento para ambos colectivos.

Respecto a los **menores de 18 años** que son tratados en las UCA de la región, se aprecia en los datos de evolución un ligero aumento en los números absolutos a partir de 2011. No obstante, en cifras relativas, el número de menores tratados desde 2008 a 2014 ha variado poco, estando el porcentaje entre un 3,3% y un 4,4%. La mayor parte de este colectivo acude a tratamiento por abuso de cannabis, que va en aumento, le sigue la cocaína y en tercer lugar alcohol, ambas con una tendencia claramente descendente. Son tratados en mayor número los que tienen entre 16 y 17 años que los menores de 16.

Los recursos de la red asistencial para personas con drogodependencia están pensados para adultos y dirigidos a los mismos. Ante la minoría de edad, los profesionales de las UCA han cuestionado si el mejor dispositivo para estos usuarios es este recurso, o las unidades de salud mental infanto-juvenil. Además, en un número limitado de casos de menores, la magnitud de la drogodependencia y la problemática asociada, determinan la necesidad de un tratamiento en régimen de internamiento, no existiendo en Castilla-La Mancha ningún centro con estas características. En muchos de estos casos, se trata de menores tutelados o/y en guarda por la Administración, donde el apoyo familiar es nulo o está muy limitado, y el recurso residencial donde se ejerce la guarda no tiene la capacidad para realizar la intervención terapéutica que se requiere.

Tabla Nº 25: Número de menores que inician tratamiento según edad y droga. Castilla-La Mancha, 2008-2014

NÚMERO DE MENORES QUE INICIAN TRATAMIENTO SEGÚN EDAD Y DROGA								
		AÑOS DE ADMISIÓN						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Edad	Hasta 15 años	37	43	48	23	33	35	39
	16-17 años	58	57	54	63	53	76	75
Droga	Heroína	2	1	2	0	0	1	0
	Heroína+cocaína	0	2	0	0	0	0	0
	Cocaína*	17	12	10	9	9	3	3
	Cannabis*	59	70	77	68	70	99	109
	Alcohol	10	10	10	4	5	7	1
	Otras drogas	7	5	3	5	2	1	1
Total		95	100	102	86	86	111	114
% Sobre el total de ttos.		3,7	3,8	3,7	3,3	3,7	4,4	4,2

*Heroína sin incluir otros opiáceos, cocaína y cannabis con sus variantes.

Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Desde el año 2006 ha ido aumentando el número absoluto de personas **mayores de 60 años** en admisiones a tratamiento, pasando de 54 en 2006 a 105 en 2014. En términos relativos se aprecia una ligera subida, pasando de un 2,3% en 2006 a un 3,8% en 2014. Mayoritariamente son tratados por su adicción al alcohol.

La intervención con personas sin apoyo familiar en esta circunstancia, a la que en muchos casos se añade la falta de vivienda, la precariedad económica, otras patologías asociadas, y con una cronicidad y una situación de exclusión social que determina pocas posibilidades de reinserción, se ve dificultada por la inexistencia de recursos de la red asistencial de drogodependencias en la que tengan cabida. Usuarios de otros recursos sociales y sociosanitarios, en algunos casos los criterios de exclusión de los dispositivos por consumo de drogas determinan que se queden fuera del acceso a los mismos.

Tabla N° 26: Número de mayores de 60 años que inician tratamiento según droga. Castilla-La Mancha, 2006-2014.

MAYORES DE 60 AÑOS QUE INICIAN TRATAMIENTO SEGÚN DROGA									
	Año de Admisión								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alcohol	51	53	52	46	71	72	64	86	96
Otras drogas	3	9	3	3	8	6	6	8	9
TOTAL	54	62	55	49	79	78	70	94	105
% Sobre el total de ttos.	2,3	2,5	2,1	1,9	2,9	3	3	3,7	3,8

Fuente: Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

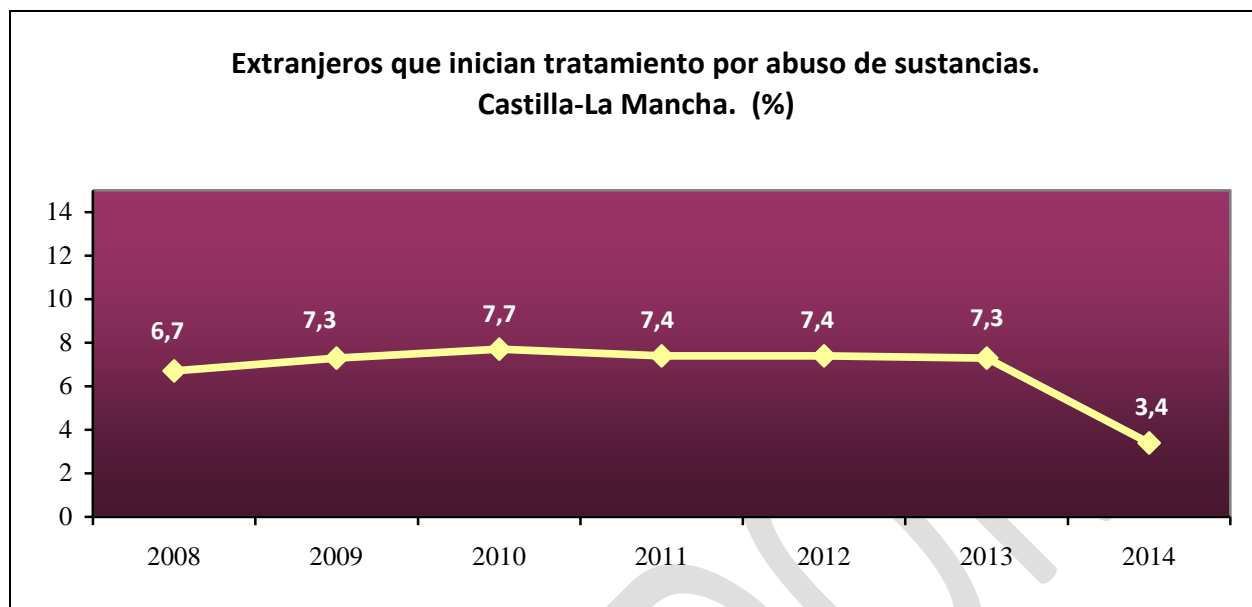
En cuanto al **origen**, la mayor parte de las personas que inician tratamiento por consumo de drogas son españoles, en concreto en 2014 el 96,6% y nacidos en el extranjero el 3,4%, principalmente en Marruecos, Rumanía y América Latina. No obstante este porcentaje es muy bajo con respecto a la cifras de años anteriores. Desde el año 2005 la presencia de extranjeros en las unidades de tratamiento ha ido aumentando hasta 2010, que alcanzó un 7,7% del total de admisiones, cifra que se ha mantenido bastante estable hasta 2013. Es altamente sorprendente el brusco descenso del número de extranjeros en este último año, que pasa de 173 en 2013 a 93 en 2014, disminución en un 46,2% en el período.

Dos factores creemos pueden estar influyendo en estas cifras. En primer lugar se ha producido una reducción muy importante de extranjeros en la Región. Concretamente en 2014 hay un 11,7% menos de nacidos en el extranjero que en 2013, año que a su vez supuso también una reducción del 6,8% en relación a 2012, según datos del INE.

Por otro lado no hay que olvidar la repercusión que sobre la disminución del uso de los servicios sanitarios por la población extranjera, ha tenido el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. De acuerdo con su art. 3 se establece que los extranjeros sin residencia en España recibirán asistencia sanitaria sólo en los casos de urgencia, embarazo, parto y posparto, salvo los menores que recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles. Queda, por supuesto fuera de su alcance, el tratamiento ambulatorio para deshabituación de drogas.

Ambos factores pueden ser elementos clave para interpretar adecuadamente la disminución del volumen de extranjeros que inician tratamiento por abuso de sustancias.

Gráfico Nº 9: Porcentaje de nacidos en el extranjero que inician tratamiento por abuso de sustancias. Castilla-La Mancha, 2008-2014



En cuanto a otros aspectos relevantes del perfil de las personas que son admitidas a tratamiento, hay que destacar:

- **Estudios:** Según datos de 2014, la mayor parte de las personas que inician tratamiento tienen estudios primarios (42,9%) y secundarios (31,4%), sólo un 4,7% tiene estudios superiores y el 19,5% no ha completado la enseñanza primaria.

- **Trabajo:** La situación laboral se ha deteriorado a lo largo del período de crisis económica; por un lado ha disminuido el número de personas que trabajan, pasando de 47,7% en 2008 a 29,7% en 2013. Por otro lado se ha elevado el nº de parados tanto habiendo como no habiendo trabajado antes (38% en 2008 y 53,5% en 2012). Ambos indicadores parecen recuperarse ligeramente en el año 2014, pues de una parte se eleva el número de personas trabajando (31,7%) y de otro disminuyen los parados (51,4%). En el año 2014 el 9,8% son pensionistas, cifra que se ido incrementado en el período de análisis.

- **Convivencia** en el último mes: La mayor parte de los admitidos a tratamiento el (39,6%) conviven con la familia de origen (padres). Con la pareja y los hijos convive un 21,9% de los casos, y solos un 12,9% en 2014.

Otro aspecto a destacar de las personas que reciben tratamiento en las UCA, es la frecuente presencia de otro trastorno mental. Aunque no se dispone en Castilla-La Mancha de datos al respecto, según un estudio de prevalencia de la patología dual en las redes asistenciales de salud mental y drogodependencias de la Comunidad de Madrid, el 70,3% de los usuarios de la red de drogas presentan patología dual (Arias y cols., 2013).

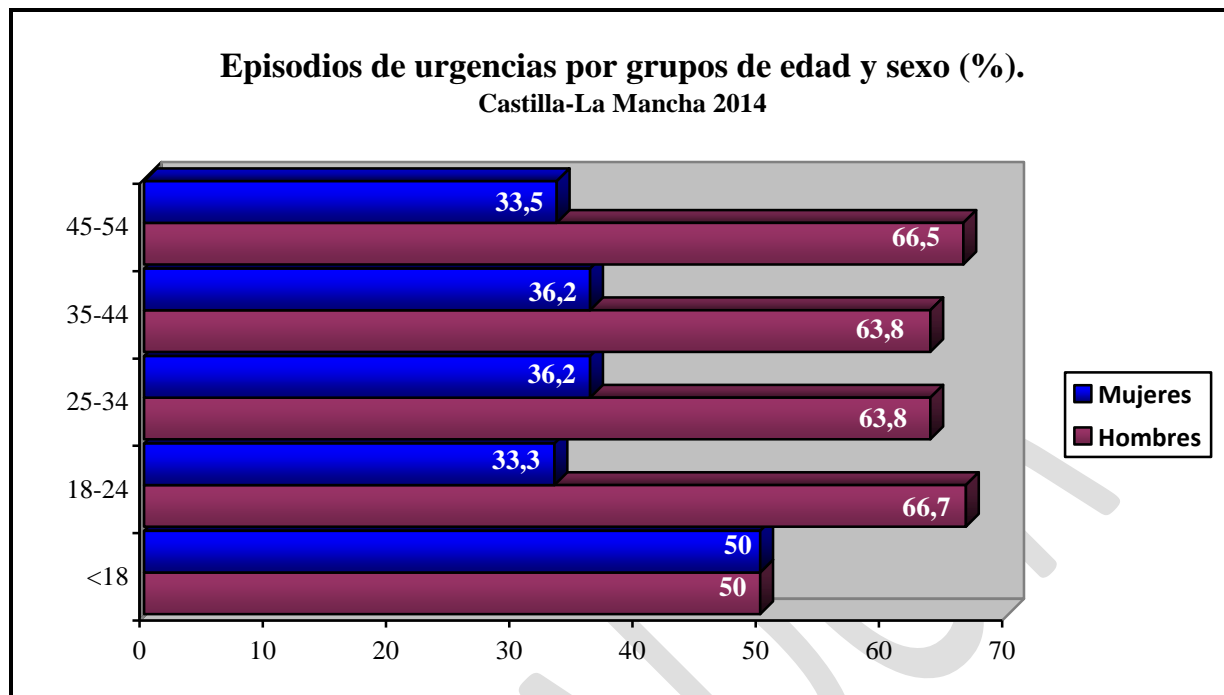
3.3.2 URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Se recogen a través de este indicador, los episodios de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 54 años, registrados en 9 hospitales de la región y mediante el muestreo de una semana aleatoria al mes. Episodios directamente relacionados con el uso no terapéutico de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, incluyendo alcohol.

Del análisis realizado en 2013 y 2014, se desprenden los siguientes aspectos:

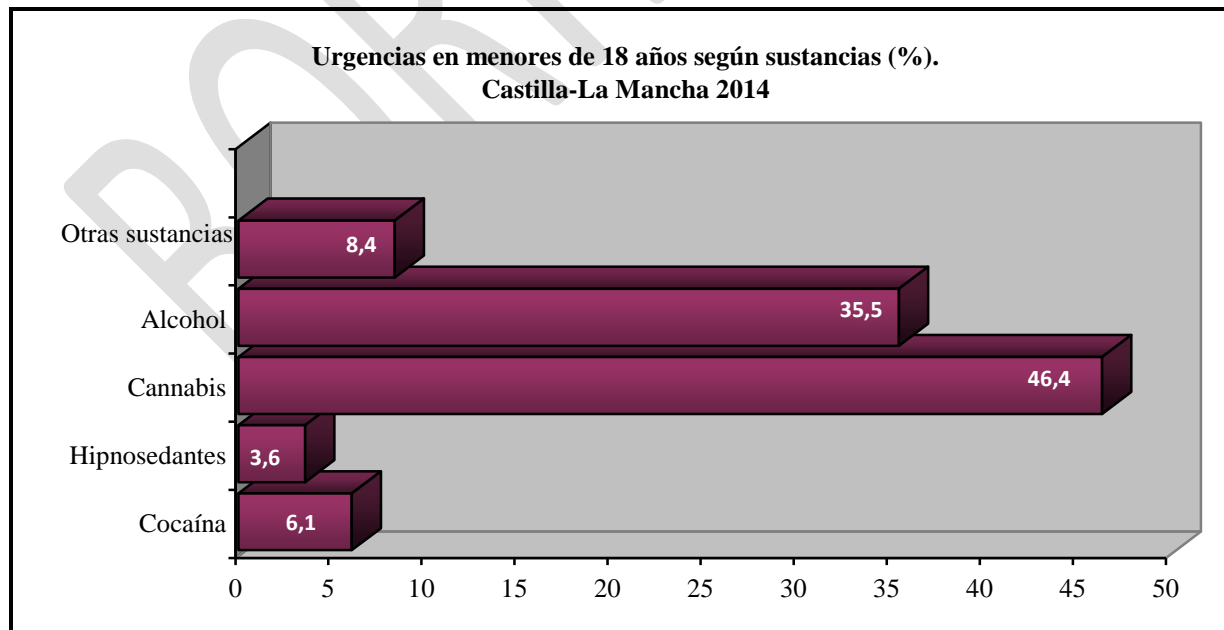
- La **droga relacionada** con las urgencias hospitalarias en mayor proporción es el alcohol (38,7% en 2014), le sigue la cocaína (18,3%), los hipnosedantes (17,4%), el cannabis (14,5) y los opiáceos (4,5%). Respecto a 2013 han disminuido ligeramente los opiáceos y la cocaína y se ha incrementado el cannabis. El alcohol se mantiene en cifras muy similares.
- Atendiendo a las **característica sociodemográficas de la población** que acuden a las urgencias hospitalarias, la mayor parte son varones, 64% frente al 36% de mujeres. Por grupos de edad, se trata de población adulta de 25-34 años la que está representada en mayor proporción (30,3%). Los menores de 18 años son una minoría (6,4%).
- Entre los **menores de 18 años** que protagonizan episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, decir que por sexo las chicas van a urgencias en igual o incluso en mayor proporción que los chicos de su misma edad. La droga con mayor presencia es el cannabis (en un 46,4% de los casos) seguida del alcohol (35,5%) y muy en segundo plano cocaína, hipnosedantes y otras sustancias. No se ha registrado ningún caso de opiáceos en menores.
- En los **diagnósticos** asociados a la historia clínica de menores registrados aparece una tercera parte de casos relacionados con el consumo abusivo de alcohol (como la intoxicación etílica) Hay que destacar igualmente la anorexia (8,5%), el trastorno psicótico (6,1%), la ansiedad (4,9%) o el consumo perjudicial/dependencia al cannabis (3,6%). El **intento autolítico**, es otro de los diagnósticos más comunes entre adolescentes, representando cerca del 15% de sus episodios de urgencias. Dos aspectos resultan preocupantes en este sentido: por un lado la accesibilidad y “la cultura” de consumo de las drogas implicadas y por otro “el malestar psicológico” de los menores asociado a estos comportamientos.

Gráfico N° 10: Episodios de urgencias hospitalarias por grupos de edad y sexo (%). Castilla-La Mancha 2014.



Fuente: Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

Gráfico N° 11: Porcentaje de urgencias hospitalarias en menores de 18 años según sustancias. Castilla-La Mancha 2014.



Fuente: Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

3.3.3 TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DE DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

Según datos aportados por la Consejería de Sanidad en el año 2014 se produjeron 90 altas en los hospitales de Castilla-La Mancha por tratamiento de desintoxicación de alcohol y otras drogas, cifra que ha ido disminuyendo desde 2006, como puede observarse en la siguiente tabla. Los casos de desintoxicación por alcohol representan el mayor porcentaje. Concretamente, en 2014 el 67,8% del total de las desintoxicaciones hospitalarias lo son por alcohol.

Tabla N° 27: N° y porcentaje de altas hospitalarias por tratamiento de desintoxicación de alcohol y otras drogas. Castilla-La Mancha, 2006-2014

N° DE ALTAS HOSPITALARIAS POR TRATAMIENTO DE DESINTOXICACION DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS									
	Año								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alcohol	76	77	69	64	58	75	61	63	61
TOTAL	151	134	123	129	114	113	91	94	90
% de alcohol sobre el total.	50,3	57,5	56,1	49,6	50,9	66,4	67,0	67,0	67,8

Fuente: CMBD de Castilla-la Mancha. Servicio de Información Sanitaria. Consejería de Sanidad.

3.3.4 CONSUMIDORES DE DROGAS PORTADORES DEL VIH Y/O CON SIDA.

Otro de los aspectos negativos del consumo de drogas son las consecuencias respecto a la transmisión e infección de determinadas enfermedades, que tiene relación directa con las vías de administración de la sustancia. De acuerdo con los datos del Registro de SIDA de la Consejería de Sanidad, el número de personas diagnosticadas con SIDA en la región a fecha 30 de junio de 2015 desde que empezó la epidemia en 1981 es de 1.562 casos, de los cuales 952 (60,9%) se trata de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), teniendo los hombres mayor peso relativo que las mujeres en este indicador.

Por otro lado el Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH en Castilla-La Mancha, ha registrado un total de 612 nuevos casos entre los años de 2008 a 2014, de los cuales el 8,3% son usuarios de drogas por vía parenteral, también mayoritariamente varones. Tanto en el SIDA como en los casos de infección por VIH, se ha ido produciendo en términos generales una disminución del número de casos anuales, y de los porcentajes que representan los UDVP respecto al total de infectados.

Tabla N° 28: Número y porcentaje de casos diagnosticados de SIDA e infectados por el VIH en el grupo de UDVP. Castilla-La Mancha, 2008-2014.

<i>Usuarios de drogas por vía parental diagnosticados/infectados de:</i>				
	<i>SIDA</i>		<i>VIH</i>	
	Nº casos	%(I)	Nº casos	% (I)
2008	13	41,9	12	12,6
2009	9	36,0	11	11,6
2010	4	21,1	6	5,7
2011	6	42,9	5	7,6
2012	1	14,3	2	4,8
2013	5	29,4	6	8,1
2014	8	34,8	2	2,9

Fuente: Informes de Vigilancia del Sida y del VIH de Castilla-La Mancha. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

(1) porcentaje sobre el total de casos diagnosticados en ese año.

El indicador de admisiones a tratamiento recoge la droga principal por la que fueron admitidos a tratamiento, así como la vía más frecuente de consumo y el estado serológico frente al VIH. Del análisis de dicho indicador se desprende que la proporción de pacientes con serología positiva frente al VIH ha descendido ligeramente desde 2006, estando en 2014 en un 2,2% del total de inicios a tratamiento.

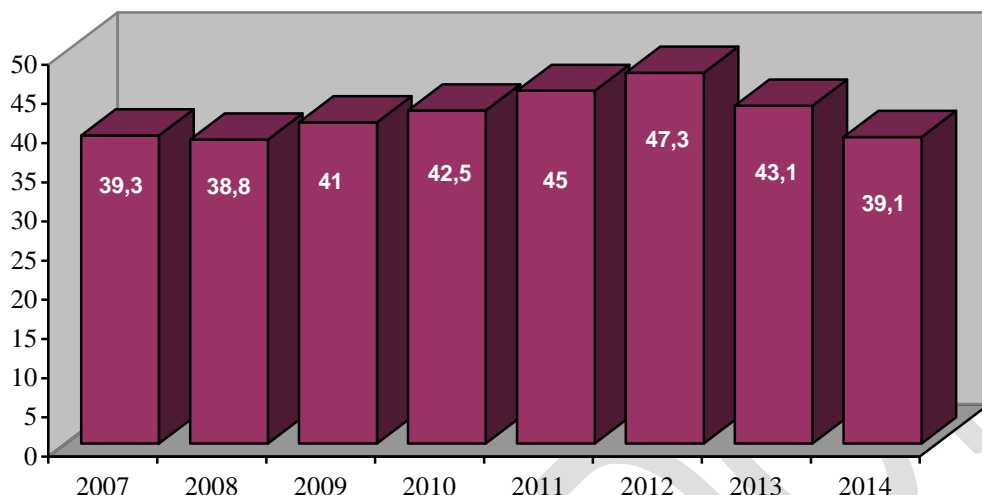
El 0,6% de los casos de admisión a tratamiento en 2014 usan la vía parenteral como vía más frecuente en el consumo de la droga principal y en exclusiva los tratados por opiáceos y cocaína, porcentaje que ha seguido una trayectoria decreciente hasta 2012 y se ha estabilizado a partir de esa fecha. La vía pulmonar o fumada ha ido sustituyendo a la parenteral, más peligrosa en cuanto al contagio y transmisión de estas enfermedades.

3.3.5 CONDUCCIÓN BAJO LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

Uno de los indicadores que relaciona conducción y drogas es el que realiza el Instituto Nacional de Toxicología sobre el número y características de conductores muertos por accidentes de tráfico con presencia de alcohol y de otras drogas en el organismo. De acuerdo con los datos aportados en la memoria de 2014 y anteriores, desde 2007 a 2012 se ha producido un aumento muy importante (8 puntos porcentuales) de casos con resultados toxicológicos positivos. No obstante en los dos últimos años se aprecia un claro descenso en este indicador, estando en el año 2014 en un 39,1% el porcentaje de conductores fallecidos con resultados positivos a drogas. Las sustancias que se detectan en mayor número de ocasiones son en primer lugar el alcohol, solo o combinado con otras sustancias y en segundo lugar los psicofármacos. Dentro de las drogas ilegales destaca la cocaína y el cannabis como las más habituales.

Gráfico N° 12: Evolución del porcentaje de conductores fallecidos que presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. España 2007-2014

**% Conductores fallecidos con resultados positivos en sangre a drogas.
España 2007-2014**



Elaboración propia. Fuente: Memoria 2014. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias forenses. Ministerio de Justicia.

Por otro lado, el informe de la última encuesta realizada por la Dirección General de Tráfico sobre conductores y el problema del consumo de alcohol, otras drogas y medicamentos (DRUID 2013) sobre el total del territorio nacional pone de relieve que el 12% de españoles que conducen turismos han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol, antes de conducir. Un 8% de los conductores ha tenido consumo reciente de drogas sin alcohol, un 3,3% de los conductores dieron positivo al test de alcohol (>0,05 mg/l de aire espirado) sin haber consumido drogas y 1,2% han consumido varias sustancias. En comparación con los datos previos de prevalencia disponibles (DRUID 2008-2009), se observa una disminución significativa de los casos positivos a alguna droga (8,8% en 2013 frente a 11,8); la cocaína también disminuye de forma significativa (2,0% en 2013 frente a 3,7%) . Otras sustancias con tendencia decreciente en su consumo son el cannabis y la combinación de varias sustancias.

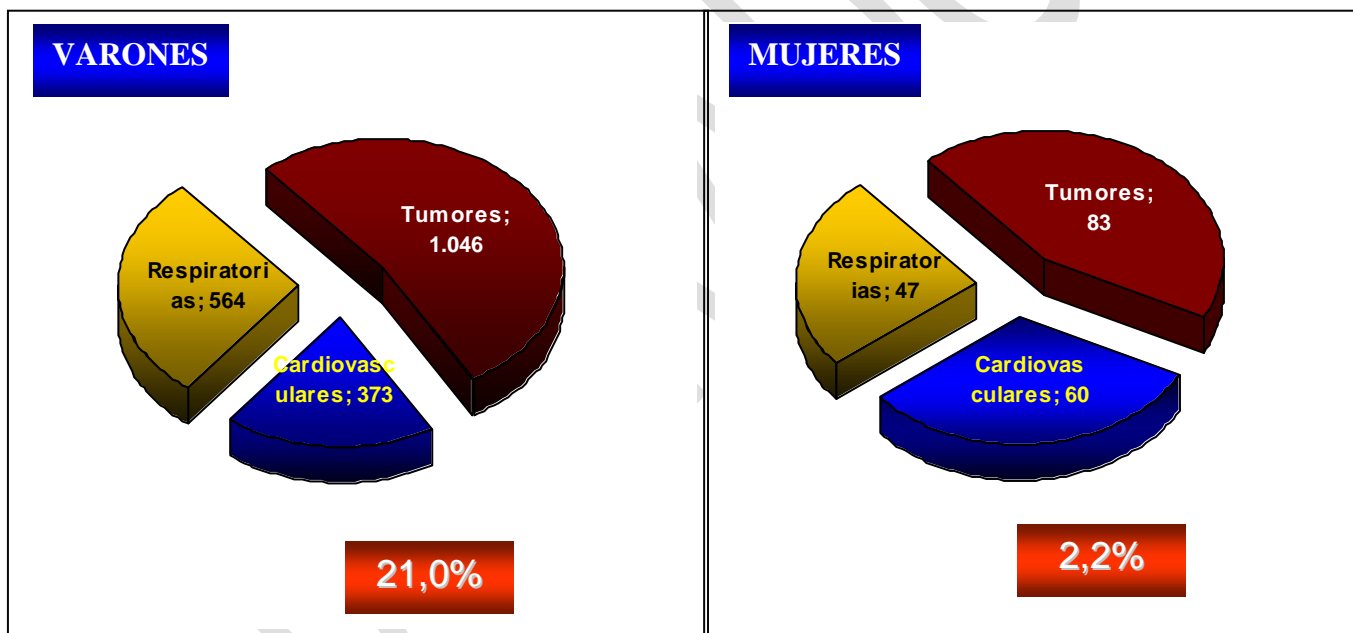
3.3.6 MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL HÁBITO DE FUMAR ..

El consumo de tabaco constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad evitable y prematura. El tabaquismo se asocia a más de una veintena de enfermedades entre las que destacan los tumores, incluido el cáncer de pulmón (del que se ha estimado que en un 91% de los casos en varones de 35 a 64 años es provocado por el tabaco), el cáncer de la cavidad oral y el cáncer de laringe, faringe y esófago, entre otros. También las enfermedades respiratorias, tales como bronquitis crónica, enfisema y asma, son atribuibles al tabaquismo o se ven exacerbadas por él. Además, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardíaca isquémica o la aparición de otras enfermedades cardiovasculares.

La mortalidad atribuible al tabaquismo tiene una importante magnitud tanto en hombres como en mujeres, pero especialmente en los primeros, dado que han sido y continúan siendo los mayores fumadores. De acuerdo con los datos del Servicio de Epidemiología referidos a 2013, en Castilla-la Mancha, 1.983, es decir el 21% de las muertes de varones en ese año son atribuibles al hábito de fumar. Entre las mujeres el porcentaje es mucho menor, 2,2% del total de defunciones. En ambos casos, el mayor número de muertes tiene relación con los tumores, seguido de las enfermedades del aparato respiratorio en los varones, mientras que las mujeres están más afectadas en segundo término por enfermedades cardiovasculares.

Los datos de evolución muestran tendencias opuestas en los dos sexos, mientras las cifras relativas de muertes atribuibles en los varones han descendido de un 24% en 1999 al 21% en 2013, el porcentaje de mujeres se ha multiplicado por dos en el mismo período, pasando de un 1,07% a un 2,2%, como consecuencia lógica del aumento del número de fumadoras en la población regional. Respecto al resto del territorio nacional, el porcentaje de muertes atribuibles al tabaco es menor en la Región, siendo la diferencia especialmente significativa en el colectivo de mujeres.

Gráfico N° 13: Número de muertes atribuibles al hábito de fumar según grandes causas por sexo. Castilla-La Mancha, 2013



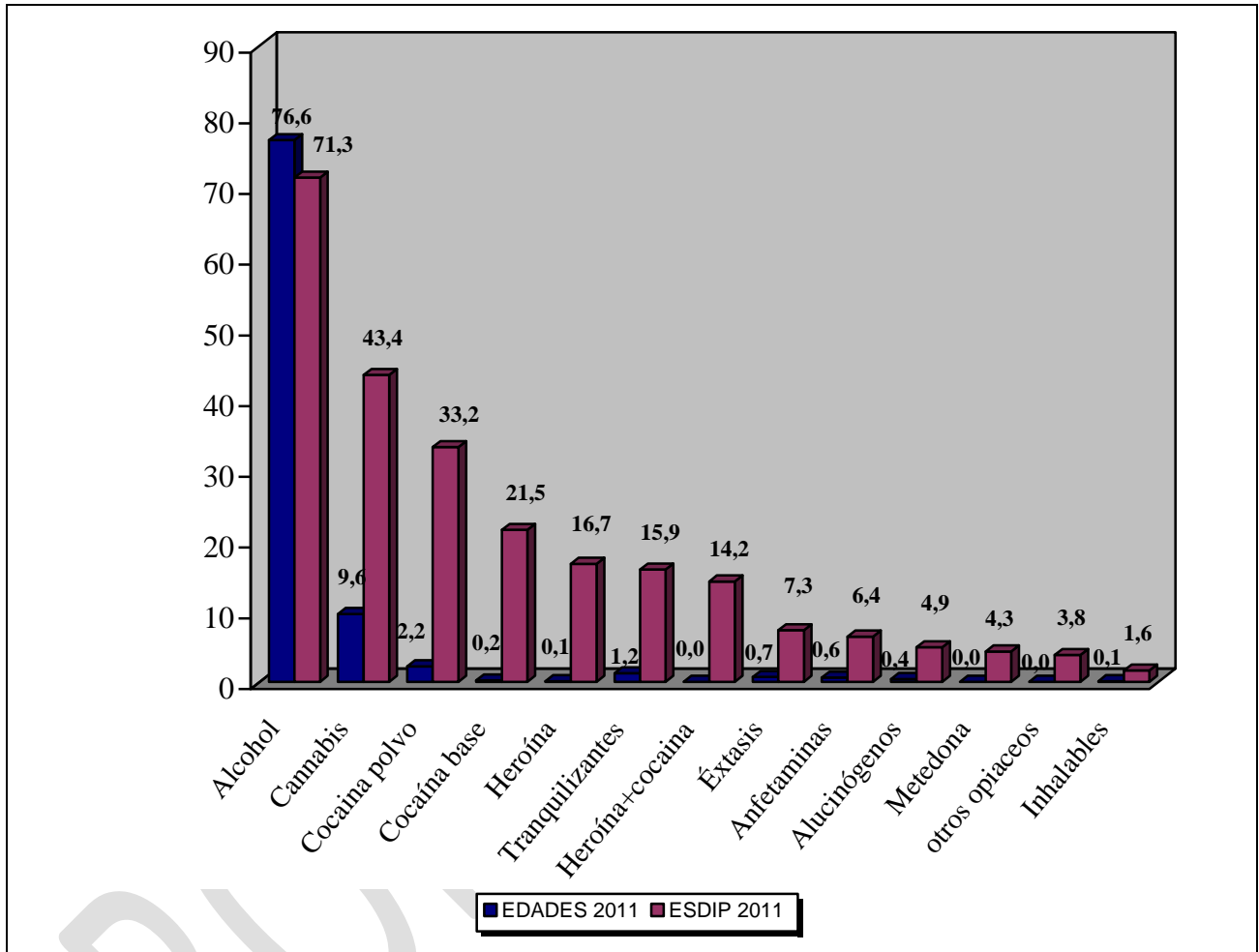
Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

3.3.7 PROBLEMAS JURÍDICO-PENALES EN CONSUMIDORES DE DROGAS.

Según la memoria de 2014 del Ministerio del Interior sobre programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, entre las personas que ingresan en prisión, la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, por el número de personas afectadas y la gravedad de las complicaciones asociadas. Los datos de la ESDIP 2011 (encuesta sobre salud y consumo de drogas en los internados en instituciones penitenciarias, datos nacionales), indican que la población penitenciaria, antes de entrar en prisión, muestra

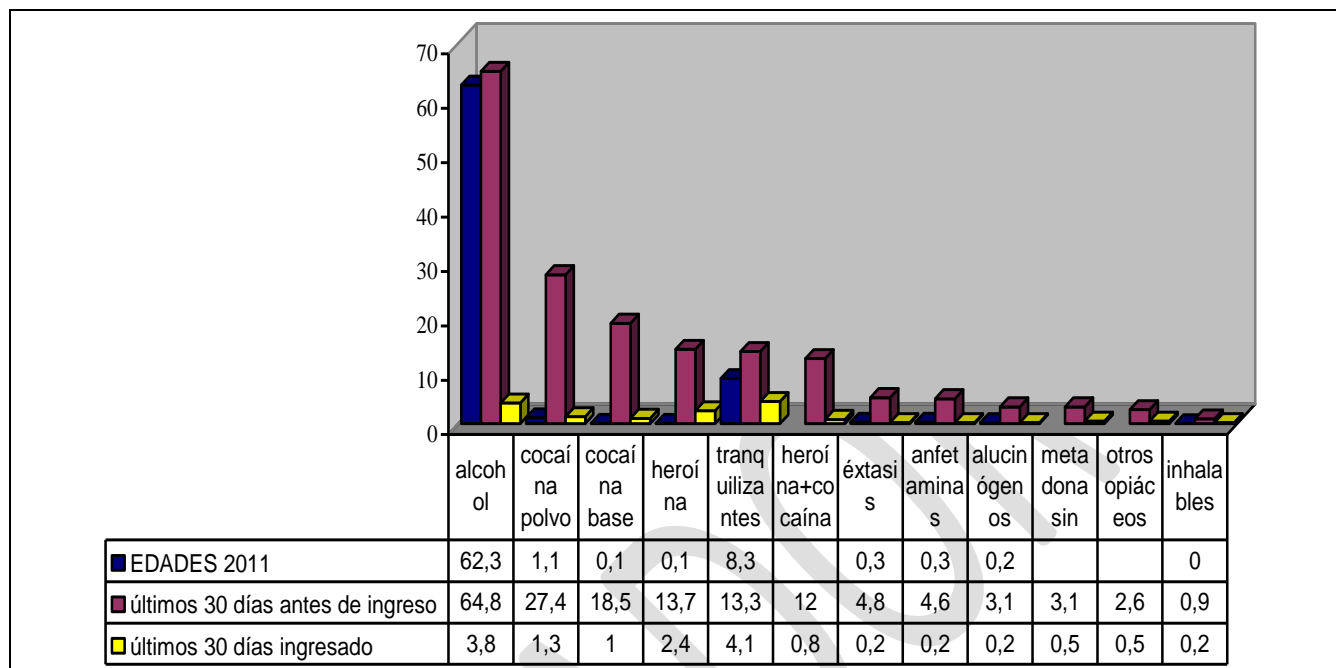
prevalencias de consumo de drogas muy elevadas y con diferencias altamente significativas respecto a las de la población general, como puede verse en el siguiente gráfico.

Gráfico N°14: Prevalencia de consumo de sustancias en los últimos 12 meses en población penitenciaria antes de ingresar en prisión (ESDIP, 2011) y en población general (EDADES, 2011)



Fuente: Memoria de 2011 del Ministerio del Interior sobre programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios.

Gráfico N° 15 : Prevalencia de consumo de sustancias en los últimos 30 días en población penitenciaria antes y después de ingresar en prisión (ESDIP, 2011) y en población general (EDADES, 2011)



Fuente: Memoria de 2011 del Ministerio del Interior sobre programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios.

El consumo en prisión de las personas que ingresan, se reduce drásticamente, como se desprende del Gráfico 13, siendo muy destacado el descenso hasta niveles significativamente inferiores a la población general en alcohol y tranquilizantes. De los internos en prisión, el 28% ha realizado tratamiento por drogodependencia estando en libertad, y un 26% han realizado tratamiento durante su estancia en prisión.

Aunque sin datos a nivel regional, se puede afirmar también que un elevado porcentaje de personas en tratamiento por su adicción en los recursos ambulatorios y de internamiento, presentan o han presentado problemas jurídico-penales, siendo en algunos casos el tratamiento una medida alternativa al cumplimiento de la condena.

3.4. CONDUCTAS ADICTIVAS SIN SUSTANCIA

Juego patológico, adicción al trabajo, adicción al sexo, compras compulsivas y adicción a Internet y nuevas tecnologías, son las denominadas por algunos, “adicciones sin sustancia”, también conocidas como psicológicas o comportamentales. Las personas que padecen este tipo de disfunciones, presentan semejanzas con las personas con adicción a drogas en cuanto a sintomatología y criterios diagnósticos: craving, inversión de tiempo, reducción en la actividad social, laboral o recreativa, etc., lo que ha llevado a un debate en la comunidad científica, que continúa sin resolver. Las dos clasificaciones diagnósticas más importantes de los trastornos mentales, el capítulo V de la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-V (APA, 2013), sólo incluyen entre éstos las adicciones a sustancias y el juego patológico (en el caso de la CIE-10 dentro de los trastornos del control de impulsos).

Más allá de la discusión científica, algunas de estas conductas generan por su duración, frecuencia o intensidad, sufrimiento e inadaptación que repercute en diversas áreas de la vida del individuo, y que llevan en algunos casos a solicitar ayuda profesional. Por la semejanza de algunas estrategias de intervención psicológica con las drogodependencias, este tipo de sintomatología es tratada también desde las UCA en nuestra región.

El juego patológico es, entre este tipo de comportamientos, el más estudiado y del que se disponen más datos, al haber tenido entidad diagnóstica. En España, aproximadamente entre un 2-3% de la población padece ludopatía, en todas las clases sociales e independientemente del nivel de estudios e ingresos (Fernández Montalvo, 2009; Becoña, 2004), siendo la proporción varones/mujeres de 3/1.

Sobre otras de las denominadas adicciones comportamentales, sólo el juego on line ha sido incluido en el DSM-V como un posible trastorno sobre el que es necesario mayor investigación. El uso abusivo de redes sociales e Internet se ve facilitado por factores tales como el anonimato o el bajo precio de la conexión. El estudio “La juventud y las redes sociales en Internet” (Fundación Pfizer, 2009) señala que el 98% de los jóvenes españoles de 11 a 20 años es usuario de Internet y que entre el 3% y el 6% de ellos hace un uso abusivo del mismo.

En Castilla-La Mancha, las UCA comenzaron a tratar todo tipo de comportamientos adictivos a partir de su integración en salud mental, en el año 2006. A nivel regional, no se dispone de ningún sistema de recogida de información sistemático y homogéneo para el conjunto de recursos de tratamiento de este tipo de disfunciones; sin embargo, las UCA, acostumbradas a notificar los usuarios que son admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, a partir de 2012 notificaron por el mismo mecanismo, la admisión de personas a tratamiento por juego patológico y otras disfunciones con características similares. Se notificaron un total de 192 casos durante estos tres años (el número real de casos atendidos será ligeramente superior):

Tabla Nº 29: Admisiones a tratamiento en las UCA notificadas por disfunciones no provocadas por uso de drogas (2012-2014).

TRASTORNO O COMPORTAMIENTO ADICTIVO	2012*		2013**		2014**		TOTAL	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%
Juego Patológico	79	86,81	95	80,51	96	80,00	270	82,07
Nuevas tecnologías e internet	7	7,70	6	5,08	9	7,50	22	6,69
Sexo	2	2,20	3	2,54	4	3,33	9	2,74
Compras	1	1,10	3	2,54	2	1,67	6	1,82
Otras	1	1,10	3	2,54	1	0,83	5	1,52
Sin sustancia no especificado	1	1,10	8	6,78	8	6,67	17	5,17
Total	91	100,00	118	100,00	120	100,00	329	100,00

* 7 UCA; ** 8 UCA

Fuente: Admisiones a tratamiento en las UCA no debidas a abuso o dependencia de drogas. Servicio de Adicciones, Formación y Calidad.

Destaca el juego patológico entre los inicios a tratamiento que no lo fueron por drogas, correspondiéndose en torno al 86,5% de las adicciones sin sustancia especificadas; y el 7% lo fueron por patrones desadaptativos de comportamiento relacionados con el uso de Internet y las nuevas tecnologías.

3.5. CONCLUSIONES

El análisis realizado pone de manifiesto que las drogas legales (alcohol, tabaco, hipnosedantes) o que funcionan en el imaginario social como legales, como es el caso de cannabis, son las más prevalentes, de las que se hace un consumo más intensivo, y algunas de ellas, las que están generando mayores problemas, tal y como se ha visto respecto al alcohol, al tabaco y al cannabis, en los indicadores de urgencias hospitalarias, admisiones a tratamiento, accidentes de tráfico o mortalidad atribuible al tabaquismo. Esta constatada realidad de que a mayor accesibilidad mayor problemática asociada, a la postre, debe servir de base en el debate social y político sobre la idoneidad de legalizar el cannabis, o mantener una laxa permisividad respecto al abuso en el consumo de alcohol, especialmente entre los menores de edad.

En segundo lugar se observa en las últimas encuestas, una tendencia hacia el descenso de los consumos tanto en población general como escolar, que afecta a las drogas legales, pero especialmente a las ilegales. Es difícil dar una interpretación a este descenso, puesto que no parece corresponderse con los tiempos de inicio de la crisis económica (sobre todo los menores consumos en población general). No obstante, la menor disposición económica para la adquisición de las drogas más caras como la cocaína, heroína o cannabis, así como un cierto ambiente social de pesimismo y preocupación por el futuro, sobre todo entre los jóvenes, son factores restrictivos del consumo de bienes en general y de drogas en particular, factores que creemos pueden estar en la base o haber servido de detonante para dicho descenso.

En tercer lugar, las drogas mantienen una importante presencia en la sociedad castellano-manchega y dicha presencia varía sustancialmente en función de la sustancia y del segmento social del que se trate.

- El **alcohol** es con diferencia, la droga más extendida, ya que el 90% de la población la ha probado alguna vez en la vida y la han consumido el 80% de los estudiantes de 14-18 años en el último mes. Las cifras de evolución que mostraban una tendencia creciente en el consumo de la población general, bajan en la última encuesta. Entre los escolares ha aumentado, al igual que en el resto del territorio nacional. La proporción de consumidores es menor en la región que en España respecto a la población general (15-64 años) y mayor entre los escolares.
- Los jóvenes son los que hacen un uso más problemático del alcohol, pues un 55,9% de los que beben se ha emborrachado alguna vez en el último año (17,4% en población general) y la mitad bebe en forma de atracones. Las bebidas más consumidas son cerveza, combinados y vino, y el consumo más abusivo y de mayor graduación se realiza durante los fines de semana. A pesar de la prohibición legal de su venta, los menores adquieren por sí mismos el alcohol en un porcentaje elevado (46,6%), lo compran tanto en establecimientos de hostelería como en comercios en una proporción

similar. Un porcentaje muy elevado (68,3%) de los estudiantes de la región ha hecho botellón en el último mes, práctica que aparece a una edad más temprana y se encuentra más generalizada que en el resto de España.

- El **tabaco** es la segunda droga más importante, en cuanto al número de personas que la consumen. Dos aspectos hay que resaltar: por un lado se ha producido un cambio en las maneras de fumar, sustituyendo las cajetillas de cigarrillos por picadura de liar y de pipa, por motivos fundamentalmente económicos. Por otro lado después de un ascenso continuado en el consumo regional de tabaco desde 2007, se ha producido un descenso en 2013, tanto en la prevalencia como en cuanto al número medio de cigarrillos diarios. No obstante, el indicador de consumo diario continúa estable en torno al 33%, y el porcentaje de fumadores a nivel regional continúa superando la media estatal. Afirmación válida tanto en población general como estudiante. Entre los adolescentes, que fuman en menor proporción, parece estabilizado e incluso desciende su consumo.
- En lo que respecta al género, chicas y chicos tienen consumos de tabaco parecidos, si bien las adolescentes superan a los chicos en el indicador probatorio y los adolescentes en el consumo diario. Entre la población de 15 a 64 años los varones son más fumadores que las mujeres, aunque la tendencia es a que disminuyan las diferencias entre ambos.
- El grado de aceptación social del **cannabis** y las altas frecuencias de consumo entre los más jóvenes, la aproximan a las drogas legales. En la población general es mucho más minoritaria, pero representa la tercera sustancia en cuanto a prevalencias de consumo. Los datos de evolución ofrecen tendencias convergentes entre la población de 15-64 años y adolescente: En relación a la primera las cifras de consumo descienden en la encuesta de 2013, después de un incremento en los años anteriores, y entre los jóvenes de 14 a 18 años se mantiene una fase de contracción que coincide con los inicios de la crisis en 2008. Tanto en población escolar como especialmente en población general, el porcentaje de personas que declaran haber consumido cannabis en Castilla-La Mancha está por debajo al del resto de España.
- En lo que respecta a otras **drogas ilegales**, la información obtenida de la encuesta escolar apunta a la estabilización y a la baja en su consumo, destacando en este sentido la cocaína, alucinógenos y anfetaminas. La excepción son los hipnosedantes sin receta médica, cuyos porcentajes han subido ligeramente en el indicador anual y mensual. Dentro de estas drogas destacan la cocaína no sólo por su prevalencia, ya que ha sido hasta la encuesta 2012 la segunda droga ilegal más extendida tras el cannabis, sino también por su valor simbólico como icono de las drogas recreativas. El policonsumo es un patrón cada vez más normalizado de consumo: casi un 35% de los jóvenes afirma haber consumido dos o más sustancias; se suelen mezclar alcohol, tabaco y cannabis y si interviene una cuarta sustancia suele ser cocaína.
- Respecto al **perfil general de los consumidores** de drogas en la región, se puede decir, que los jóvenes son los que hacen un mayor uso de drogas, sobre todo en lo que respecta a las sustancias ilegales. Las adolescentes se están acercando e incluso superando los consumos masculinos, en especial en lo que se refiere a las drogas legales: alcohol, tabaco e hipnosedantes y superando a sus compañeros en comportamientos de riesgo como borracheras. No obstante, cuando se trata de

sustancias ilegales, y en lo que respecta también a la población general de 15 a 64 años, los hombres continúan siendo los mayores consumidores.

- Los adolescentes de Castilla-La Mancha tienen menor **percepción del riesgo** y creen que es más fácil conseguir drogas que en el resto de España. Alcohol, hipnosedantes y cannabis son por este orden las sustancias que se valoran como menos problemáticas y de mayor accesibilidad. En lo que se refiere a la permisividad de los padres en el consumo de drogas legales, hay una clara dicotomía: sus hijos les perciben poco permisivos respecto al consumo de tabaco, pero son bastante más laxos con el alcohol.
- El **ocio nocturno** de los jóvenes castellano-manchegos no difiere sustancialmente del resto de los jóvenes, suelen salir una o dos veces por semana y la hora de regreso a casa se prolonga bastante, ya que más de la mitad (51,7%) llega después de las 3 de la madrugada. En las ferias y fiestas patronales se consume mucho alcohol con el consentimiento de los adultos, que en general lo consideran menos problemático que el consumo de otras sustancias. La crisis ha afectado al número de salidas y al consumo de drogas ilegales, que han disminuido. También la pérdida de poder adquisitivo ha intensificado el uso de locales y pisos privados para el ocio nocturno.
- La **imagen de unas drogas** y otras es muy diferente incluso entre sus propios consumidores. Mientras el cannabis está absolutamente desproblematizado, la cocaína es el referente de la droga peligrosa. Los jóvenes consumidores piensan que les ha tocado vivir una época en la que relacionarse con las drogas es inevitable. Aprender a controlar las sustancias y los efectos de sus mezclas es importante para alargar la noche y no tener contratiempos a corto plazo. Los problemas empiezan cuando los consumos traspasan el espacio de la responsabilidad (trabajo o estudios).
- Aunque en general se apunta a pensar que los **problemas generados por las drogas** no han crecido con la misma intensidad que lo han hecho los consumos, debido fundamentalmente a un mayor conocimiento de los efectos y riesgos que permite la relación con las drogas de manera menos lesiva, es indudable que los problemas de los consumos, sobre todo de los más abusivos existen. En este sentido se puede decir que el alcohol es actualmente la droga más problemática, como se infiere del análisis del indicador de **admisiones a tratamiento por abuso de drogas**, cuyos datos muestran que actualmente es la droga que mayor número de admisiones genera (en 2014 un 42,2% del total). La segunda droga en importancia es el cannabis, que por primera vez desplaza a la cocaína del segundo lugar, y en cuarto lugar la heroína. Desde el año 2005 se aprecia un acusado descenso de los inicios de tratamientos por dependencia a la heroína y cocaína, mientras que aumentaron los provocados por alcohol y especialmente en estos últimos dos años por cannabis.
- Después de un descenso del número absoluto de admisiones a tratamiento desde el año 2010, se inicia de nuevo en 2013, un aumento de casos, siendo el dato de 2014 (2.739 casos) una de las cifras más elevadas registradas por el Observatorio regional. La evolución de la tasa se ha mantenido bastante estable a lo largo de todo el período, no obstante se produce un ligero repunte en 2014, estando en niveles similares a los de 2010.
- Una gran mayoría de las personas que acuden a tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas son hombres. En el año 2014, el 83,5% eran hombres y el 16,5% mujeres,

proporción de estas últimas, que a pesar de seguir siendo muy desigual respecto a los varones, ha aumentado ligeramente a lo largo del período de análisis. Esta significativa diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a este recurso asistencial tiene que ver entre otros muchos factores, con una mayor estigmatización social de la mujer consumidora, lo que provoca el ocultamiento del problema. La **edad** media en las personas que son admitidas a tratamiento en 2014 es de 37,33, siendo los de mayor edad los que inician tratamiento por abuso de alcohol y los más jóvenes los tratados por cannabis, que en muchos casos deciden someterse a tratamiento para evitar la sanción por consumo en público. La evolución de los datos muestra el progresivo envejecimiento de la población que inicia tratamiento por adicción a sustancias, lo que implica una demora en acudir a los servicios sanitarios que incrementa el deterioro y las dificultades para la recuperación de los pacientes. Los menores de edad y los mayores de 60 años que acuden a las unidades asistenciales representan una minoría con problemáticas y necesidades diferenciales, detectándose una falta de adecuación de la red asistencial en la atención de estos dos grupos etarios. Por otro lado, y respecto al **origen**, la mayor parte de las personas que inician tratamiento son españoles y sólo una minoría extranjeros (3,4% en 2014), cifra que supone una disminución muy importante respecto a años anteriores, debido fundamentalmente a la reducción del número de extranjeros en la región y a la posible repercusión de la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012, que limita el uso de los servicios sanitarios a extranjeros sin permiso de residencia.

- La importante presencia de **patología dual** entre las personas en tratamiento por drogodependencia requiere de un abordaje amplio que incluya la intervención de profesionales de las UCA y USM, y una especialización de los recursos de apoyo al tratamiento.
- En el indicador de **urgencias hospitalarias** directamente relacionados con el uso no terapéutico de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, el alcohol es el que provoca mayor número de episodios, le sigue la cocaína, los hipnosedantes, el cannabis y por último los opiáceos. La mayor parte de los que acuden a las urgencias hospitalarias son población adulta de 25-34 años y varones (64%), excepto entre los menores de 18 años, donde las chicas van en igual o incluso en mayor proporción que los chicos de su misma edad. Los menores de 18 años representan una minoría (6,4%) y la droga con mayor presencia en este colectivo es el cannabis seguida del alcohol, no registrándose ningún caso de opiáceos. En cuanto a los diagnósticos más comunes entre adolescentes destacan los relacionados con el consumo abusivo de alcohol (intoxicaciones etílicas), el intento autolítico que representa un porcentaje altamente preocupante y otros más relacionados con el abuso de cannabis, como dependencia a esta sustancia, el trastorno psicótico o la ansiedad. En cuanto al número de **tratamientos de desintoxicación** hospitalaria de alcohol y otras drogas, las cifras desde 2006 han ido disminuyendo, representando las desintoxicaciones por alcohol el porcentaje mayoritario (67,8% en 2014) del total de episodios.
- La problemática relacionada con la heroína tiende a disminuir, así se desprende del indicador de admisiones a tratamiento, cuyo porcentaje ha ido decreciendo de manera muy importante, y del análisis de los registros de casos de **sida y portadores de VIH**. La sustitución de la vía parenteral por la vía pulmonar en el consumo de esta droga ha sido uno de los factores clave en estos buenos resultados.
- Existe una clara relación entre muertes en **accidentes de tráfico** y consumo de drogas. En 2014 cerca del 40% de los conductores fallecidos habían obtenido resultados

positivos en el análisis toxicológico, cifra elevada, pero sensiblemente inferior a la de años anteriores. Las sustancias que se detectan en mayor número de ocasiones son en primer lugar el alcohol, solo o combinados con otras sustancias y en segundo lugar los psicofármacos. Dentro de las drogas ilegales destaca la cocaína y el cannabis como las más habituales.

- El tabaquismo se asocia a más de una veintena de enfermedades entre las que destacan los tumores, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La **mortalidad atribuible al tabaquismo** tiene una importante magnitud tanto en hombres como en mujeres, pero especialmente en los primeros, dado que son los mayores fumadores. En Castilla-la Mancha, el 21% de los fallecimientos de varones en 2013 y el 2,2% de mujeres lo han sido por causas atribuibles al consumo de tabaco. Los datos de evolución desde 1999 de este indicador muestran un ligero descenso entre los hombres y un aumento muy importante entre las mujeres, como consecuencia lógica del aumento del número de fumadoras en la población regional.
- Las **personas que ingresan en prisión** constituyen un colectivo de especial vulnerabilidad, teniendo niveles de consumo previo a su ingreso en prisión muy superiores a la población general.
- En cuanto a las llamadas **adicciones sin sustancia** en Castilla-la Mancha, las personas que son admitidas a tratamiento por este motivo representan en torno al 4% de las personas que inician tratamiento por adicción en las UCA, destacando entre éstas, el juego patológico, con una aportación del 86,5% de estos pacientes, y el 7% con disfunciones relacionadas con el uso de Internet y las nuevas tecnologías.

4. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y RECURSOS EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS DURANTE EL PERÍODO 2006-2014.

4.1. PREVENCIÓN.

El Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010 tenía dos grandes objetivos en el área de prevención: reducir el consumo de todo tipo de drogas, incluidos alcohol y tabaco, e implicar a la comunidad en los programas de prevención del consumo de alcohol y drogas, facilitando la responsabilidad del conjunto de la sociedad en el afrontamiento de los problemas generados por el abuso.

Para el cumplimiento de tales objetivos, se han realizado las siguientes intervenciones en los distintos ámbitos:

a) Prevención comunitaria.

La prevención en el ámbito comunitario se ha canalizado a través del programa “Alcazul”, dirigido a población de 12 a 18 años y que tiene por objeto el desarrollo de actividades saludables en el tiempo libre que permitan reducir la influencia de distintos factores de riesgo de consumo de drogas. Se ha realizado de manera cofinanciada con los Ayuntamientos y se ha pretendido el aprovechamiento de recursos para el desarrollo de actividades preventivas.

PROGRAMA ALCAZUL									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de Ayuntamientos	169	237	237	225	225	37	37	(*)	(*)
Nº de actividades realizadas	1.159	2.395	2.068	2.034	2.109	368	327	(*)	(*)
Nº de inscripciones	24.277	57.634	47.683	43.293	46.421	9.132	7.713	(*)	(*)

(*) El programa ha finalizado en 2012.

b) Prevención escolar.

La prevención en el ámbito escolar se ha concretado básicamente en la oferta a todos los centros de educación no universitaria de Castilla-La Mancha, del programa “Prevenir para vivir”, desarrollado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Este programa ha permitido ofrecer a los profesores de toda la región los materiales didácticos necesarios para realizar actividades preventivas en todos los niveles de la educación obligatoria, desde los 3 hasta los 16 años.

Después de algunos años de aplicación, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción llevó a cabo la renovación del programa, actualizando sus contenidos y dándole una estructura más actual y motivadora. El resultado de este proceso ha sido el programa “Construye tu mundo” que se aplica desde 2012.

	PREVENIR PARA VIVIR							CONSTRUYE TU MUNDO	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de centros	436	307	274	337	321	325	317	23	99
Nº de profesores participantes	3.511	2.800	2.278	2.731	2.507	2.344	3.579	438	1.146
Nº de alumnos participantes	63.158	52.657	42.659	54.699	46.490	51.087	67.494	8.235	21.774

Además de este programa, que ha constituido el centro de la prevención escolar, se han realizado otros programas de menor envergadura. Entre ellos cabe destacar los programas “Y tú ¿Qué piensas?”, “Y tú ¿Qué sientes?”, “Me llamo Marcos” y “Pasa la vida. Las dos caras del consumo”, todos ellos desarrollados también por la FAD y que han promovido la educación emocional y la reflexión de alumnos de mayor edad acerca de temas relacionados con el consumo de drogas.

Se han realizado también otras actividades de carácter más puntual entre las que pueden destacarse los talleres realizados por el Centro de Orientación sobre Alcohol y Tabaco (COAT) gestionado por la Asociación Civil Jesús Abandonado, y los concursos y otras actividades escolares de prevención del consumo de tabaco y alcohol promovidas especialmente por la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad de Medicina Rural y Generalista de Castilla-La Mancha (SEMERGEN) y la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General, así como otras asociaciones que han realizado actividades preventivas.

Nº DE ALUMNOS PARTICIPANTES EN PROGRAMAS ESCOLARES COMPLEMENTARIOS									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Y tú ¿Qué piensas?	12.000	8.000	4.450	3.960	1.514	2.500	---	13	49
Y tú ¿Qué sientes?	--	--	5.675	10.500	2.725	4.725	---	---	---
Me llamo Marcos	--	--	4.700	13.200	2.600	4.575	---	---	---
Pasa la vida. Las dos caras del consumo	--	--	--	--	2.475	4.325	---	---	---
Entre todos	4.338	--	--	--	--	--	---	---	---
Programa de prevención del Ayto. de Guadalajara	2.255	2.334	1.516	2.147	1.252	1.037	764	1.623	1.589
Clases sin humo (SCAMFYC)	4.600	7.281	2.000	4.658	4.703	1.105	1.105	55	1.416
Otras actividades puntuales	5.686	6.177	3.416	2.773	3.840	5.860	3.173	10.067	8.827

c) Prevención familiar

Junto a la prevención escolar, también en colaboración con la FAD, se ha desarrollado también un programa de prevención dirigido a los padres. Se ha concretado en la realización de cursos de formación que tienen por objeto mejorar las capacidades educativas de los padres y facilitar su labor como agentes de prevención.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de cursos realizados	151	203	200	222	231	203	1	116	26
Nº de padres asistentes	2.673	3.658	3.596	4.193	4.668	4.322	47	2.256	624

d) Prevención laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha realizado en colaboración con los sindicatos CCOO y UGT, y con la Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha. Ello ha permitido la relación de campañas de concienciación, la edición y distribución de material preventivo ya la formación de trabajadores en materia de prevención. Igualmente, los dos sindicatos firmantes han mantenido sendos centros o servicios de asesoramiento o apoyo a trabajadores con problemas de drogodependencia.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN LABORAL									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de campañas realizadas	9	6	5	2	2	3	---	---	---
Nº de guías y materiales formativos publicados	5	5	2	1	1	1	---	---	---
Nº ejemplares de materiales formativos distribuidos	6.500	14.000	3.500	300	600	1200	---	---	---
Nº de actividades formativas realizadas	77	71	74	82	115	55	---	---	---
Nº de personas formadas	1.418	1.041	1.284	1.795	2.074	1008	---	---	---

e) Prevención selectiva e indicada:

Durante 2013 se inició una nueva línea de trabajo destinada favorecer el desarrollo de programas de prevención selectiva e indicada en colaboración con los ayuntamientos de más de 10.000 habitantes de la región. Ello se canaliza a través de una convocatoria anual de subvenciones.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

	2013	2014
Nº de ayuntamientos participantes	9	11
Nº de actividades realizadas	144	153
Nº de adolescentes y jóvenes de riesgo participantes	7.697	4.569

4.2. INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ADICCIONES.

El tratamiento de personas con problemas de drogodependencia, se construye a partir de equipos multidisciplinares de distintos recursos, que utilizando distintos tipos de programas, intervienen de forma integral y personalizada con el individuo.

La diversidad de problemáticas asociadas al consumo y las distintas fases de cambio por las que pasa la persona con adicción a drogas, hace prevalecer la implicación de unos u otros profesionales

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

Desde la UCA, o en su caso desde la USM, se deriva a los usuarios, según sus necesidades y en función del itinerario asistencial que se considere adecuado para cada persona, a la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) para desintoxicación hospitalaria, a centros donde se atienda la patología comórbida (Unidad de Media Estancia), a comunidades terapéuticas y centros no sanitarios, pisos de estancia, centros de inserción sociolaboral, etc. De esta forma se interrelacionan los recursos sanitarios y sociales para implementar el tratamiento idóneo y conseguir la normalización o integración social óptima para cada paciente.

Se presentan a continuación algunos datos de actividad de los recursos (en algunos casos, los datos no se recogieron de forma homogénea y sistemática).

4.2.1. Centros ambulatorios de tratamiento.

Los tratamientos ambulatorios se realizan y coordinan desde las unidades de conductas adictivas (UCA), como centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones, y desde unidades de salud mental:

a) Unidades de Conductas Adictivas (UCA)

Las UCA (antiguamente denominadas EAD, equipos de atención a drogodependientes) son el principal recurso de tratamiento ambulatorio especializado en drogodependencias y otras

conductas adictivas. Integradas en los servicios y dispositivos de salud mental del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), las vías de acceso a las mismas son a través del médico de atención primaria, quien valora la necesidad de dicha atención especializada y el acceso directo por parte del usuario. Las 9 UCA, localizadas en Albacete, Almansa, Ciudad Real, Alcázar de San Juan, Puertollano, Cuenca, Guadalajara, Toledo y Talavera de la Reina, tras la valoración del usuario, ofrecen a éste una intervención biopsicosocial individualizada, que se adapte a las características y necesidades del mismo. Estos equipos multiprofesionales se coordinan con el resto de recursos socio sanitarios, con el objetivo de alcanzar la integración y normalización de las personas con adicciones.

La actividad de las UCA, desde el período de vigencia del anterior plan de alcoholismo y drogodependencias, continuando con los indicadores incluidos en aquel, se recoge en la tabla siguiente:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº UCA en la región	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Nº demandas de información	1390	1248	1681	2197	2327	1371	875	1322	-
Nº inicios de tratamiento	2402	2633	2848	2398	2774	2783	2601	2721	2561
Nº inicios de desintoxicación	1193	1288	1114	951	877	1286	1774	1233	1623*
Nº desintoxicaciones concluidas	1048	1145	942	731	777	766	675	909	1283*

* Datos correspondientes a 8 UCA

Según los datos facilitados por las UCA, en 2014 estuvieron en tratamiento por drogodependencia en las UCA 10234 personas, el 86,3% varones y un 13,7% mujeres. De los varones en tratamiento, el 40% fue por alcohol, el 24% por cocaína, el 19% por opiáceos y el 16% por cannabis. Las mujeres en tratamiento lo fueron por alcohol en el 47% de los casos, por cocaína en el 21%, por opiáceos en el 16% y por cannabis en el 11%.

En relación al cierre de historias clínicas, los motivos de finalización del tratamiento en 2014 fueron los que se muestran en la tabla siguiente. Casi una cuarta parte de las personas que finalizaron tratamiento, fue con alta terapéutica. El motivo principal de finalización de la intervención en el recurso fue el abandono del tratamiento, en casi 6 de cada 10 personas; 1 de cada 10 que finalizaron en la UCA en la que estaban lo hizo para continuar su tratamiento en otro dispositivo, y aproximadamente 1 de cada 20 solicitaron el alta voluntaria.

Eliminando las derivaciones y defunciones de la base de cálculo como motivos de finalización del tratamiento, el mayor porcentaje de altas terapéuticas se ha producido en las personas en tratamiento por opiáceos, y en cannabis donde se ha producido más porcentaje de abandonos y altas voluntarias, siendo en estas sustancias en las que se produce también mayor porcentaje de derivaciones a otros dispositivos y fallecimientos.

2014. MOTIVOS DE FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA UCA

	% del total de notificados					% sobre altas, abandonos y otros no especificados						
	Alcohol	Cocaína	Opiáceo	Cannabis	Todas	Alcohol	Cocaína	Opiáceo	Cannabis	Todas	Varones	Mujeres
Alta terapéutica	26,1	22,0	22,3	24,5	23,5	28,3	24,0	38,8	19,8	26,6	26,2	28,9
Alta voluntaria	2,9	4,1	1,5	3,7	4,5	3,1	4,4	2,6	11,4	5,1	5,2	4,7
Abandono	62,0	61,7	32,7	34,7	58,7	67,1	67,2	56,9	68,9	66,5	66,6	65,9
Traslado	4,4	6,4	35,6	29,6	8,9							
Defunción	3,2	1,7	6,9	6,5	2,7							
Otros	1,4	4,1	1,0	0,9	1,6	1,5	4,4	1,7	0,0	1,8	2,1	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

b) Unidades de salud mental

Además de las UCA, en la región hay dos hospitales en cuya unidad de salud mental, se realizan algunas intervenciones en drogodependencias: dispensación de metadona en Valdepeñas (hasta 2011 en centro de salud), y dispensación y seguimiento de personas en tratamiento con sustitutivos opiáceos ya estabilizados y tratamiento de algunas personas con adicción al alcohol y cannabis en Hellín.

De forma general, las intervenciones con menores de edad con problemas por consumo de drogas se realizan, bien desde las unidades de salud mental infanto-juvenil, bien desde las UCA si el perfil de la adicción y de la persona en tratamiento se ajusta mejor a la intervención que puedan realizar desde éstas.

4.2.2. Programas de tratamiento con agonistas y reducción del daño.

a) Programas de tratamiento con agonistas opiáceos.

El tratamiento de pacientes con clorhidrato de metadona, como agonista opiáceo, se ha reducido tanto en los centros prescriptores como en los servicios de dispensación.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013**	2014
Nº usuarios UCA	1570	1687	1619	1624	1576	1491	1404	1031	894
Nº centros de salud	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Nº usuarios en centro de salud	48	49	51	33	44	41	0	0	0
Nº hospitales	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Nº usuarios en hospital	23	36	52	56	66	64	105	83	74
Nº farmacias con usuarios	63	62	64	68	69	67	59	54	39
Nº usuarios adscritos al programa en farmacias (ya incluidos en centros sanitarios)	207	200	211	206	191	190	160	127	100
Nº de centros penitenciarios	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Nº usuarios en centros penitenciarios	636	556	541	513	535	389	309	265	220

Los datos del período 2006-2012 se han recogido con la misma metodología que en el plan anterior, sin eliminar duplicados. * En 2012 se eliminaron los duplicados dentro del mismo centro notificador). ** A partir de 2013 se ha modificado el sistema de notificación, homogenizándose para todos los dispositivos, y eliminándose también los duplicados dentro del mismo centro notificador.

Los tratamientos con buprenorfina están aumentando en los últimos años, habiéndose comenzado a recoger datos relativos a los mismos en 2011:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº centros prescriptores	-	-	-	-	-	8	8	8	9
Nº usuarios	-	-	-	-	-	133	157	198	230

b) Programa de intercambio de jeringuillas.

Las personas consumidoras de drogas por vía parenteral han ido disminuyendo, cambiando la vía de administración a otras formas con menos riesgo. A pesar de esta reducción en los UDVP, se ha mantenido el programa de intercambio y distribución de material de venopunción, con el objetivo de mejorar las condiciones higiénicas en las que esta conducta se realiza en aquellos usuarios que continúan consumiendo.

En el programa han colaborado a lo largo de estos años tanto oficinas de farmacia, como entidades no gubernamentales que trabajan con personas con drogodependencia.

4.2.3. Desintoxicación hospitalaria.

Aunque la mayor parte de las desintoxicaciones que se realizan en personas en tratamiento en las UCA y USM, se hacen de forma ambulatoria, hay pacientes en los que se requiere de ingreso hospitalario por sus características físicas y/o psíquicas. Estas desintoxicaciones hospitalarias se realizan en las Unidad de Hospitalización Breve y Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de los servicios de psiquiatría del SESCAM.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de desintoxicaciones de opiáceos o cocaína iniciadas	162	161	62	43	32	17	13	27	26
Nº de desintoxicaciones de alcohol iniciadas	155	170	74	42	39	48	43	58	53

4.2.4. Centros de asistencia en régimen de internamiento.

En Castilla-La Mancha hay dos tipos de centros en régimen de internamiento, que constituyen recursos de apoyo al tratamiento:

- La unidad de media estancia “El Alba” (antes denominada comunidad terapéutica “El Alba”), de carácter público, especializado en patología dual.

- Una serie de comunidades terapéuticas en las que la Consejería de Sanidad subvenciona un determinado número de plazas.

Estos recursos ofrecen atención especializada a personas con drogodependencia en un medio estructurado de internamiento. Las UCA, unidades de salud mental, y los equipos de intervención psicosocial de los centros penitenciarios, son los encargados de valorar la necesidad de este recurso para el usuario, y promover la solicitud de plaza.

El perfil de usuarios que admite cada centro es distinto, habiéndose adaptado en muchos casos a los cambios en los perfiles de personas con drogodependencias, en las opciones terapéuticas, o en las necesidades detectadas; así, en el período desde el anterior plan de alcoholismo y drogodependencias, se han creado programas específicos para consumidores de estimulantes, atención a la patología dual, o admisión de personas en tratamiento con opiáceos.

Los pacientes derivados y admitidos a tratamiento en estos centros se muestran en la tabla siguiente:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº centros públicos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nº plazas en centros públicos	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Nº pacientes internados en centros públicos	69	67	84	63	70	65	83	93	70
Nº centros privados con plazas subvencionadas	13	16	16	13	13	13	10	10	10
Nº plazas subvencionadas	501	501	513	253	263	263	167	167	150
Nº pacientes internados en plazas subvencionadas	346	456	453	523	515	465	419	396	388

4.2.5. Programas en centros penitenciarios.

A través de la Fundación Socio sanitaria, dos entidades (Fundación Atenea-Grupo GID y Cruz Roja) se han integrado como equipos extrapenitenciarios a los GAD (grupos de atención al drogodependiente) de Instituciones Penitenciarias (centros penitenciarios de Ocaña I y II, Albacete, Alcázar de San Juan, Cuenca y Herrera de la Mancha), reforzando así los equipos terapéuticos para personas con drogodependencia internas. Ha intervenido también en centros

penitenciarios Proyecto Hombre, con una comunidad terapéutica intrapenitenciaria en Herrera de la Mancha.

La intervención que se realiza con personas con drogodependencia en poblaciones con problemas jurídico-penales, tiene continuidad gracias la coordinación de los centros ambulatorios, los centros penitenciarios, y otros recursos de apoyo al tratamiento como los centros de asistencia con internamiento.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº centros penitenciarios	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Nº pacientes en tratamiento en centros penitenciarios	636	863	915	1038	967	975	900	893	945
Nº de pacientes en programas libres de drogas en centros penitenciarios	487	503	503	538	432	751	739	678	814

4.2.6. Programas de educación de calle y centro de emergencia

Los programas de educación de calle han desarrollado intervenciones con personas con problemas de drogodependencia que con frecuencia no se encuentran en tratamiento en la red asistencial, con acciones de acercamiento al usuario (“outreach”), educación para salud, reducción de daños, motivación al cambio y derivación a las UCA y otros recursos sociosanitarios.

Los programas de educación de calle se han desarrollado con la colaboración de distintas entidades en Ciudad Real (Cáritas Diocesana), Toledo (Asociación Prettox), Cuenca (Asociación Luz y Ayuntamiento), Albacete (Ayuntamiento-Fundación Atenea Grupo GID), Miguelturra (Ayuntamiento) y Tarancón (Ayuntamiento).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº programas de ed. calle	4	4	4	4	5	5	3	2	2
Nº personas atendidas en programas de ed. calle	415	610	555	622	770	947	566	267	268

En Ciudad Real ha estado en funcionamiento un centro de emergencia social, también coordinado con la red asistencial de drogodependencias, donde han recibido acogida y atención personas con drogodependencias con/sin tratamiento ambulatorio. Este recurso dispone de un piso de emergencia asociado al centro, para los usuarios de éste.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº centros de emergencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nº personas atendidas	31	82	119	171	266	289	300	279	236

4.2.7. Recursos de apoyo al tratamiento.

En este tipo de recursos se incluyen los centros de día y los pisos de estancia:

Los centros de día, apoyan el proceso de intervención ambulatoria con actividades estructuradas orientadas al apoyo a la deshabituación y a la reinserción social y laboral. Estuvieron ubicados en Albacete, Alcázar de San Juan, Toledo y Cuenca. En 2013 y 2014 se subvencionó en la categoría centro de día uno en Guadalajara.

Continúa desarrollando el apoyo a la desintoxicación y a la estabilización del tratamiento el piso de Epsilon situado en Ciudad Real, cuando por las características sanitarias ésta puede realizarse de forma ambulatoria pero por las condiciones sociofamiliares de la persona con drogodependencia se requiere un apoyo profesionalizado en un ambiente más protegido y estructurado.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº centros de día	5	5	5	5	5	4	2	1	1
Nº usuarios centros de día	1088	1295	1623	1246	1043	-	39*	121	104
Nº pisos de estancia	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Nº usuarios pisos	-	-	-	56**	44**	43**	47**	45**	63**

* Datos del centro de día de Toledo

** Datos de 1 piso.

- Sin datos

4.2.8. Programas de apoyo a la normalización/incorporación social.

La normalización constituye el objetivo último de la intervención con las personas con problemas de drogodependencia. La integración social es una de las áreas de intervención primordiales, que tiene que discurrir de forma paralela a otras acciones, y que debe trabajarse con itinerarios personalizados.

Aunque la intervención social deba realizarse desde redes normalizadas y recursos generalizados que la sociedad posee, esto no siempre va a ser posible, siendo de utilidad en estos casos tanto los recursos de apoyo al tratamiento mencionados con anterioridad, como programas específicos de apoyo. En esta línea, y teniendo en consideración las especiales dificultades que tienen las personas con drogodependencias con problemas jurídico/penales, han estado en funcionamiento servicios de asesoría jurídica, manteniéndose en la actualidad un servicio de carácter regional. Hay que destacar también, la derivación de muchas personas a centros de tratamiento ambulatorio/residencial para cumplimiento alternativo de condena.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº personas derivadas a programas de formación y empleo	390	567	342	421	437	457	408	588	742
Nº servicios de asesoría jurídica	1	1	1	1	1	2	1	1	1
Nº personas atendidas en el servicio de asesoría jurídica	409	481	367	367	467	455	59	184	133

4.2.9. Deshabituación tabáquica

El abordaje del tabaquismo se realiza tanto desde atención primaria, con consejo médico, intervención breve o con programas de tratamiento avanzado de tabaquismo; como desde recursos especializados: las UCA y las UTET (unidades de tratamiento especializadas de tabaquismo). Existen además en nuestra región otros recursos públicos y del tercer sector que realizan tratamientos de deshabituación tabáquica.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº UTET	8	8	8	8	8	8	6	-	11
Nº consultas nuevas UTET	2.017	1.435	1.904	2.151	-	-	1.528	1.286	2561
Nº revisiones UTET	6.771	5.674	6.072	5.712	-	-	6.428	5.616	9956
Despistajes de tabaquismo en AP (acumulados)	308.765	482.206	569.814	681.502	789.818	925.385	1.043.297	1.157.271	-
Prevalencia de tabaquismo sobre despistajes	26%	23%	23%	23%	22%	-	28%	21%	-
Protocolos contemplación cargados AP (acumulados)	5.871	9.756	12.827	17.359	22.613	26.868	28.931	30.544	-
Protocolos preparación cargados AP (acumulados)	6.300	10.399	13.726	18.468	23.925	29.514	32.358	34.525	-

- No se dispone de datos

Entre los recursos destinados al Plan de prevención y tratamiento del tabaquismo en Castilla-La Mancha 2003-2010, se financiaron tratamientos farmacológicos para la deshabituación tabáquica a colectivos modélicos (personal de centros sanitarios y docentes) y para pacientes de alto riesgo, beneficiándose un total de 2254 personas.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº tratamientos farmacológicos financiados	108	374	438	133	766	356	79	0	0

4.3. INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.

4.3.1. INVESTIGACIÓN

En cuanto a las actividades relacionadas con la investigación, se han realizado fundamentalmente a través del Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha. Su labor a lo largo de la vigencia del plan anterior se encuadra en 5 grandes líneas de acción:

1. La promoción de estudios epidemiológicos regionales sobre alcohol y drogodependencias con objeto de conocer la magnitud del problema.
2. Realización de líneas de investigación de carácter cualitativo y de evaluación de políticas.

3. El mantenimiento del sistema de indicadores del Plan Nacional sobre Drogas, así como el análisis de los datos y submuestras regionales.
4. Celebración de jornadas y encuentros para el intercambio de conocimientos y experiencias y la publicación de la revista anual del Observatorio.
5. Potenciación de la formación en metodología de la investigación.

4.3.1.1 Estudios epidemiológicos

A lo largo de los años 2006-2010, se han realizado los siguientes estudios de carácter epidemiológico:

- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas psicoactivas en Castilla-La Mancha 2008. En población general de 15 a 64 años y como continuidad de la encuesta realizada en el año 2004.
- Estudio sobre el consumo de tabaco en el medio laboral en Castilla-la Mancha (2008).
- La edad en los consumos de drogas: diferencias entre jóvenes y adultos en Castilla-La Mancha (2007).

4.3.1.2. Investigaciones de carácter cualitativo y de evaluación de políticas.

Tanto los estudios de evaluación de programas como las investigaciones cualitativas aportan información valiosa para la toma de decisiones de cara a la reducción de daños o la prevención. En este sentido se han realizado los siguientes estudios durante la vigencia del plan anterior:

- Sistema de Información Continua sobre el consumo de drogas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha (SICCAM) (2005-2010).
- Las drogas ilegales entre los jóvenes de Castilla-La Mancha: discursos desde los consumos de cannabis y cocaína (2008).
- Valoración y vivencias respecto a la aplicación de la Ley de tabaco en Castilla-La Mancha (2007).
- Evaluación del programa de prevención del consumo de drogas en Castilla-La Mancha (ALCAZUL) (2007).

4.3.1.3. Sistemas de Información del Plan Nacional sobre Drogas.

Castilla-La Mancha mantiene en colaboración con Plan Nacional sobre Drogas, varios sistemas de indicadores, de los cuales se encarga de recoger la información, depurarla, codificarla y enviarla al Plan Nacional. En concreto mantiene:

- Indicador de Admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia de drogas.
- Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de drogas.

Por otro lado, se han realizado los análisis de las submuestras de las encuestas nacionales sobre drogas, que igualmente forman parte de los Sistemas de Información del Plan Nacional de Drogas. En concreto:

- Encuesta sobre consumo de drogas en población general (EDADES). De carácter bienal y de la que se ha realizado el análisis de las ediciones 2007, 2009 y 2011/2012.
- Encuesta escolar de drogas (ESTUDES), estudio entre escolares de secundaria de 14 a 18 años. Se han explotado los datos y realizado el análisis de las ediciones: 2006, 2008, 2010 y 2012/2013.

4.3.1.4. Jornadas y revista anual del Observatorio.

Desde el año 2004, se han venido realizando unas jornadas anuales sobre distintos aspectos relacionados con las drogodependencias. Los contenidos de las ponencias se han recogido en la revista anual publicada por el Observatorio. A continuación se enumeran los títulos de las jornadas y revistas realizadas de 2006 a 2010:

- “Castilla-La Mancha: un espacio definido para las políticas de drogas” (2006).
- “La investigación básica y clínica en drogodependencias” (2007).
- “Nuevas realidades, nuevas necesidades y nuevas estrategias en prevención” (2008).
- “Abordaje del tabaquismo en Castilla-La Mancha: estrategias, normativas y terapéuticas” (2008)
- “Cocaína” (2009)
- “Jóvenes, drogas y comunicación” (2010).

4.3.1.5. Formación en metodología de la investigación.

Durante los años 2008 y 2009 se programaron y coordinaron los siguientes cursos de formación continua sobre metodología de la investigación:

- Análisis estadístico con SPSS. (2008)
- Técnicas de investigación cualitativa: la entrevista en profundidad.(2008)
- Análisis de datos de investigación cualitativa (2009)

4.3.2 .FORMACIÓN.

La actividad formativa realizada se ha concretado en la celebración de cursos y jornadas dirigidas a los profesionales que trabajan en la prevención del consumo de drogas (especialmente educadores o trabajadores de los Ayuntamientos que desarrollan programas de prevención) o en la asistencia o reinserción social de las personas con drogodependencia (especialmente médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de cursos realizados	14	7	7	4	5	5	3	5	2
Nº de horas de formación impartidas	275	221	212	160	175	78	65	92	108
Nº de asistentes a cursos de formación	1.116	312	291	209	243	93	89	90	28
Nº de otras actividades de formación (Jornadas, congresos, etc.)	3	2	3	1	0	0	3	1	1
Nº de asistentes a otras actividades formativas	206	82	265	111	0	0	47	32	36

4.4. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La coordinación institucional y la participación social se ha concretado en la firma de convenios de colaboración con distintas instituciones y entidades privadas sin fin de lucros, así como en la convocatoria de subvenciones destinadas al mantenimiento y las actividades de asociaciones que trabajan en la prevención del consumo de drogas o en la atención a personas con drogodependencia.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de entidades sin fin de lucro con convenio	30	24	25	5	5	5	5	5	5
Nº de entidades locales con convenio	230	237	237	225	225	40	13	10 ^(*)	11
Nº de subvenciones concedidas a entidades sin fin de lucro	39	40	42	60	59	55	0	12	8

^(*) En 2013 los convenios con entidades locales fueron sustituidos por una convocatoria de subvenciones.

4.5. GASTO REALIZADO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevención (*)	4.823.533	5.115.866	5.407.916	5.461.614	5.798.444	1.820.625	976.559	700.450,92	1.344.279,73
Asistencia e incorporación social	7.085.639	8.870.333	9.549.212	9.347.229	10.508.570	9.326.213	6.621.792	5.832.632,22	6.040.630,71
Coordinación y participación social	299.375	308.356	314.523	320.813	320.813	503.673	0	0	0
Otros conceptos (investigación, documentación, publicaciones, etc.)	208.890	331.305	246.052	237.603	292.179		52.716	8.840,27	14021
Gasto total	12.417.437	14.625.860	15.517.703	15.367.260	16.920.006	11.650.511	7.651.067	6.541.923,41	7.398.931,44

(*) Incluye las aportaciones de los Ayuntamientos.

5. ANÁLISIS DE NECESIDADES.

5.1. RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN:

- La importancia del consumo de drogas alguna vez en la vida, es decir, la extensión del consumo experimental, pone de manifiesto la necesidad de hacer un mayor esfuerzo preventivo en las edades en que se producen los primeros contactos con las sustancias, es decir, en los jóvenes menores de 18 años en el caso del tabaco, el alcohol y el cannabis y sobre mayores de 18 años en el resto de las sustancias ilegales.
- El consumo regular de drogas se ha mantenido más o menos estable en los últimos años. Solo en las últimas encuestas se aprecia un descenso en algunas sustancias (por ejemplo, en cocaína en población escolar) que puede tener relación con la disminución del poder adquisitivo de la población como consecuencia de la crisis económica. Ello supone una coyuntura favorable que conviene aprovechar para consolidar objetivos preventivos.
- La estabilización de los consumos observada en la población general española en los últimos 15 años parece indicar que los programas de prevención han tenido, cuando menos, un efecto dudoso sobre el comportamiento. Ante esta situación es necesario revisar los planteamientos preventivos que han servido de base a la intervención. La reducción observada en la última encuesta en Castilla-La Mancha es llamativa y no parece responder a estrategias preventivas por lo que cabe suponer que la tendencia en los próximos años sea la de aproximarse nuevamente a las tasas nacionales.
- También en Castilla-La Mancha se observa una reducción del consumo de cannabis, que no se corresponde con la tendencia observada en la población general española (mucho más estable). Teniendo en cuenta las fluctuaciones que se han producido en estudios anteriores, habrá que esperar a sucesivas encuestas para saber si se consolida la reducción observada.
- Aunque en encuestas anteriores la población general de Castilla-La Mancha ha mantenido consumos de drogas legales menores que los del resto del país, actualmente los escolares castellano-manchegos consumen más tabaco y, sobre todo, más alcohol que sus iguales españoles. Ello es especialmente relevante en el caso de las mujeres escolares ya que estas consumen más alcohol que los varones. Además, los menores de Castilla-La Mancha hacen más botellón y a edades más tempranas. Ello corrobora la necesidad de revisar la efectividad de las intervenciones preventivas dirigidas a población escolar en general y sobre las mujeres en particular.
- Es necesario mejorar la concienciación de la población en relación a la importancia de los consumos de drogas, no solo de los juveniles, sino también del consumo adulto. Como se ha dicho, existe una clara preocupación social por el consumo juvenil de drogas. Esta preocupación se relativiza cuando se trata de valorar unas formas de ocio que, por un lado, parecen difícilmente evitables y, por otro, no son muy distintas del comportamiento adulto. La ausencia de preocupación se convierte en franca tolerancia cuando se trata de consumos adultos. Los adultos tienen la responsabilidad de ofrecer a las nuevas generaciones un modelo de comportamiento más saludable. Por lo tanto no se puede desvincular el consumo adolescente del consumo adulto y la prevención

de aquel requiere la disminución de este. No podemos pretender que el cambio en los patrones de consumo de drogas parta de la población adolescente. Por el contrario es la población adulta quien tiene la responsabilidad de reducir sus consumos y ofrecer a los más jóvenes un modelo de ocio en el que el consumo de drogas juegue un papel menos importante. En consecuencia, sin restar importancia a las intervenciones dirigidas a los escolares, la población adulta debe constituir un objetivo central de la acción preventiva.

- El alcohol sigue siendo la droga más consumida. La situación en Castilla-La Mancha es particularmente preocupante porque, mientras en la población general, el porcentaje de consumidores todavía es ligeramente menor que en el conjunto de España., en población escolar los porcentajes son mayores. Es necesario, por tanto, intensificar las acciones preventivas sobre la población escolar para mantener la situación favorable del consumo de alcohol respecto a la población general española.
- El consumo de tabaco en Castilla-La Mancha es superior al observado en el conjunto de España. Además, en los últimos años se ha producido en la población general un incremento de consumo que resulta difícil de explicar. Por el contrario, en población escolar se observa una tendencia a la reducción del consumo, de manera que parece que el clima de rechazo a esta sustancia ha influido más sobre los menores de edad. Entre los escolares de Castilla-La Mancha, que fumaban más que sus iguales españoles, se ha producido también una importante reducción del consumo que ha permitido que tiendan a igualarse los indicadores con los del resto de España.
- El cannabis es una de las sustancias más problemáticas ya que, a pesar de ser ilegal, alcanza niveles de consumo y de percepción del riesgo que se acercan a los de las drogas legales. En Castilla-La Mancha, donde tradicionalmente la población general ha consumido menos que en el conjunto de España, se produjo un brusco incremento en 2011, para volver después a la tendencia anterior a ese año. Ello lleva a pensar que dicho incremento fue anómalo y que las tasas actuales son más representativas de la situación. Además, se confirma esta interpretación por el comportamiento de la población escolar ya que se observa una tendencia a reducir el consumo, incluso de manera más acusada que en resto de España. Ello invita a reforzar la prevención del consumo de cannabis en los escolares de Castilla-La Mancha para consolidar esta tendencia. Es necesario aumentar la percepción del riesgo del consumo experimental ya que solo poco más de la mitad de los escolares piensa que consumirlo alguna vez puede producir bastantes o muchos problemas.
- Después del cannabis, los hipnosedantes sin receta médica son la droga más consumida por los escolares de Castilla-La Mancha. Considerando las peculiaridades de esta sustancia, en cuanto a obtención, forma de consumo y expectativas, su prevención requiere un enfoque específico orientado fundamentalmente a aumentar la percepción del riesgo de consumo de esta sustancia ya que es una de las que menor percepción de riesgo tiene.
- En cuanto al resto de sustancias que requieren una intervención preventiva más intensa, hay que señalar que en caso de la cocaína se ha producido un importante descenso en población escolar, acompañado de un incremento en la percepción del riesgo. Por ello, conviene intensificar la prevención para consolidar esta tendencia favorable.

- La disponibilidad de las drogas pone de manifiesto un claro fracaso de las estrategias de control. Ello es especialmente evidente en el caso del alcohol y, en menor medida, en el caso del cannabis. Prácticamente todos los menores consideran que es fácil conseguir alcohol, lo cual muestra un funcionamiento deficiente de la legislación que regula su venta y dispensación. Entre las drogas ilegales, el cannabis es la más accesible seguida de los hipnosedantes. Todo ello pone de manifiesto la dificultad de hacer cumplir la legislación orientada hacia la venta de alcohol a menores y la conveniencia de plantear la regulación del consumo.
- Los datos muestran la necesidad de reforzar la educación familiar y el papel de los padres en la prevención del consumo de drogas. Al respecto hay que tener en cuenta que:
 - Los padres son críticos con el consumo de tabaco pero permisivos con el alcohol.
 - Las ferias de verano y las fiestas son espacios de intensificación del consumo de alcohol con la permisividad de las familias.
 - Los hipnosedantes son una de las drogas más fáciles de conseguir.
 - En cuanto a la hora de llegar a casa, más de la mitad de los escolares salen 1 o 2 noches por semana y muchos de ellos llegan a casa después de las 3 de la madrugada.
 - La regulación legal de los botellones y la crisis económica ha intensificado el consumo en locales y pisos privados, lo cual dificulta el control legal y aumenta la responsabilidad paterna como única forma de control posible.

La indiscutible influencia del ámbito familiar en el consumo de drogas pone de manifiesto la necesidad de una mayor implicación de los padres en la prevención.

- En los últimos años ha aumentado el porcentaje de conductores fallecidos con resultados positivos a consumo de drogas o alcohol. Es necesaria la puesta en marcha de intervenciones específicamente destinadas a reducir la conducción bajo el efecto de las drogas, especialmente de alcohol y cannabis, y particularmente entre los adultos jóvenes. Entre los temas objeto de coordinación, es especialmente importante el establecimiento de intervenciones preventivas destinadas a los menores sancionados por consumo de cannabis.
- El consumo de drogas se relaciona con todos los ámbitos de la actividad humana y, entre ellos, es especialmente importante el ámbito laboral. Por este motivo es necesario poner en marcha intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas en los lugares de trabajo así como a facilitar el acceso al tratamiento de los trabajadores afectados por una adicción.
- Junto a las drogodependencias, son cada vez más importantes las adicciones comportamentales, también llamadas “adicciones sin sustancia”. Entre ellas cabe citar el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, así como el uso inadecuado de las nuevas tecnologías. Se trata de comportamientos que cumplen los criterios clínicos de adicción y que, como en el caso de las adicciones químicas, requieren una labor preventiva específica. Por ello es necesario desarrollar intervenciones de prevención, especialmente en lo que se refiere al juego patológico.

5.2 NECESIDADES RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ADICCIONES.

- Una de las necesidades detectadas al hacer el análisis de situación y la evaluación de las actividades y recursos en materia de intervención en drogodependencias del período correspondiente al plan anterior, ha sido la de información al respecto: Son escasos los indicadores que se han venido recogiendo del proceso asistencial y especialmente poco sistemáticos y con falta de homogeneidad entre los dispositivos, y es prácticamente inexistente la evaluación de resultados, lo que ha dificultado mucho la planificación de este período, en el que se pretende mejorar los conocimientos disponibles y concretar las actuaciones en función de la información obtenida.
- El consumo de drogas genera en muchas personas problemas de dependencia; en algunos casos, estas personas nunca llegan a iniciar tratamiento, bien por falta de motivación, por la grave situación de exclusión social, o por otra serie de dificultades para el acceso a este tipo de intervenciones; y en los que lo hacen, el período que transcurre desde que se inicia el consumo hasta que se accede a tratamiento es tan amplio, que determina un alto grado de cronicidad y de problemas asociados, que dificultan el tratamiento y la recuperación del individuo. La detección de problemas asociados al consumo de sustancias debe producirse lo antes posible, ya que la detección e intervención temprana tiene un mejor pronóstico que cuando el tratamiento se realiza cuando la historia de consumo y de dependencia tienen una larga evolución, con afectación de diversas áreas de la vida del individuo.

El acceso al tratamiento para las personas con drogodependencia tiene que estar garantizado, facilitándose las condiciones que permitan el mejor tratamiento posible también para aquellas personas con más dificultades o en situación de mayor vulnerabilidad (mujeres con cargas familiares y/o en prostitución, víctimas de maltrato, personas con patología dual, extranjeros sin permiso de residencia, sin recursos económicos/laborales, sin apoyo familiar y/o social, etc.).

Las estrategias de prevención del riesgo y reducción del daño tienen gran importancia tanto para aquellos casos que no llegan a contactar con los recursos sanitarios, como para aquellos otros que continúan con consumo activo y se enmarcan en programas de baja exigencia, siendo necesario disponer de programas de acercamiento al usuario, que realizan búsqueda y captación en colectivos especialmente vulnerables, con estrategias preventivas y de reducción del daño, que se adapten a los cambios en los perfiles de los consumidores, y a las necesidades y dificultades de éstos.

- Desde el inicio del plan anterior en 2006 y hasta 2010, aumentó el número de personas que iniciaron tratamiento por su drogodependencia. En 2011 y 2012, los datos disponibles señalan un importante descenso en las admisiones a tratamiento, con un repunte a partir de 2013, hasta volver en 2014 a los niveles de 2010. Se ve necesario, por una parte, conocer qué factores pueden estar determinando estos cambios; y por otro lado, apuntan a la necesidad de recuperar la dotación de los recursos de intervención para personas con adicciones.
- En el análisis de situación, se han detectado cambios en las características de las personas que acceden a tratamiento en las UCA; durante esos años, además de la

integración de los centros ambulatorios en el área de salud mental del SESCAM, se han producido cambios en el abordaje de las personas con adicciones en nuestra región, pero no en la misma medida que lo han hecho las características de los usuarios. Se hace imprescindible una revisión global de los recursos existentes en Castilla-La Mancha y un reajuste de los mismos para adaptarlos a las características actuales.

- Es una prioridad el abordaje de los trastornos relacionados con el alcohol, que generan cerca de la mitad de las admisiones a tratamiento por drogodependencia. Los cambios deben ir orientados a la detección e intervención precoz entre los consumidores, a un cambio en la actitud social que rechace el consumo de riesgo y promueva la búsqueda de ayuda profesional cuando el alcohol genere problemas.
- El cannabis ha pasado a ser la segunda sustancia por la que se inicia tratamiento en la UCA. Parecen existir distintos perfiles que es necesario conocer más a fondo, y que pueden requerir de intervenciones diferenciadas, siendo necesario valorar cuáles son los dispositivos más adecuados para llevarlas a cabo.
- La cocaína es la tercera sustancia que provoca más tratamientos por drogodependencia, lo que requiere que las intervenciones para este gran grupo de pacientes estén adaptadas a las posibles especificidades del perfil y de las problemáticas asociadas.
- La heroína mantiene su pérdida de porcentaje en los inicios a tratamiento en las UCA como droga principal de consumo, aunque en el último año han aumentado los inicios a tratamiento por heroína + cocaína, siendo la sustancia en la que más personas lo hacen habiendo recibido tratamiento previo por la misma droga. A pesar de la tendencia descendente que indican los datos, y de los acusados cambios de tendencia en la vía de administración, es necesario mantener los programas para personas con dependencia a opiáceos, que nos permitan ahondar en su recuperación y/o influir en sus conductas de riesgo.
- El consumo de tabaco está infradetectado en atención primaria, siendo necesario sistematizar la detección e intervención con consumidores de tabaco en atención primaria. Así mismo, es necesario el conocimiento y aprovechamiento de todos los recursos que existen para la deshabituación tabáquica en cada provincia.
- Hay un alto porcentaje de personas que no finalizan el tratamiento con alta terapéutica, y en torno a la mitad de las personas que inician tratamiento lo hacen después de tratamientos previos. Es necesario mejorar los factores que influyen en los pacientes en la finalización del tratamiento por abandono o alta voluntaria, y aquellos que intervienen en la recaída. Los pacientes que ya han pasado por tratamientos previos, deberían beneficiarse de algún modo de las actuaciones realizadas, requiriendo intervenciones que ahonden en aquellas áreas en las que no ha sido posible avanzar, aquellas áreas que al sujeto le hacen más vulnerable, o utilizando una metodología diferente. Para todo ello, las UCA y las USM y USMIJ deben disponer del número y dedicación de profesionales adecuados, con formación y experiencia en el ámbito de las adicciones, siendo importante la estabilidad de los mismos. Se considera necesario el mejor aprovechamiento del personal de enfermería para actividades terapéuticas y de educación para la salud.

- El tratamiento ambulatorio, como la intervención bio-psico-social integrada que se realiza en las UCA, USM y USMIJ, a menudo debe ser complementado con una intervención educativa, formativa, ocupacional, de acompañamiento, de reinserción social o de inserción o reinserción laboral. El tercer sector ha sido quien tradicionalmente ha cubierto algunas de estas áreas, con mejor o peor coordinación y eficiencia. Con las dificultades para la financiación de las actividades en los ámbitos mencionados, y la reducción de las inversiones también en actividades y programas normalizados en los que podían participar las personas en tratamiento por adicciones, los tratamientos ambulatorios, en algunos casos, no cuentan con el complemento necesario para la intervención integral del individuo. Por ello, es necesario disponer de los recursos y servicios que ofrezcan un abordaje en las áreas que no puedan ser cubiertas desde la atención ambulatoria, procurando en la medida de lo posible el uso y la coordinación con recursos normalizados. En cualquier caso, se considera imprescindible que los recursos que sean financiados con fondos públicos, mantengan la necesaria coordinación con las UCA, USM y USMIJ.
- Es necesario que desde atención primaria, se asuman durante el proceso terapéutico de las personas con drogodependencia, funciones asistenciales que no requieran la especialización de las UCA, y que faciliten y favorezcan el contacto de estos usuarios con el centro de salud. Un alto porcentaje de personas recaen incluso tras el alta terapéutica; se hace imprescindible que desde atención primaria, se asuma el seguimiento de quienes finalizan su tratamiento en la UCA, como ocurre en el resto de especialidades, participando activamente en la prevención de recaídas.
- Cada vez con mayor frecuencia se detecta que el problema de drogodependencia coexiste con otro trastorno mental, aunque la patología dual continúa siendo una realidad clínica infradiagnosticada. Esto tiene dos implicaciones, por un lado la mayor complejidad de los tratamientos y la mayor dificultad para el éxito terapéutico, y por otro, la necesidad de coordinación entre los profesionales del ámbito de salud mental para cubrir la intervención en este tipo de comorbilidad. El abordaje de la patología dual en Castilla-La Mancha se ha realizado de forma heterogénea, siendo conveniente analizar resultados y homogeneizarlo. Los profesionales de las UCA deben formarse más en salud mental y los profesionales de las USM y USMIJ formarse más en drogodependencias. El diseño del PIT de estos usuarios es imprescindible que integre la intervención desde todos los profesionales y áreas implicadas, siendo así mismo necesario la existencia de más recursos de apoyo al tratamiento para pacientes con patología dual.
- Es necesario clarificar dónde, quién y cómo se debe realizar el tratamiento ambulatorio por drogodependencia de un usuario menor de edad. Los recursos de la red asistencial de drogodependencias, pensados y orientados a la intervención con adultos, no están suficientemente adaptados para la atención a menores, siendo imprescindible disponer de recursos específicos y especializados en la atención al menor, tanto de carácter ambulatorio como en régimen de internamiento.
- Algunas personas de edad avanzada con problemas de consumo, en muchas ocasiones en situación de exclusión social, presentan dificultades para el acceso a recursos sociales y sociosanitarios, por motivo de su drogodependencia. Es necesario que también estas personas puedan acceder a los recursos destinados a personas mayores de nuestra región.

- Una alta proporción de personas con drogodependencia tiene problemas jurídico-penales, en muchos casos derivados de la propia adicción y/o del estilo de vida en torno al consumo y la financiación de éste. El habitual desconocimiento de esta problemática en el colectivo que asiste a estas personas en el ámbito judicial (abogados, jueces y fiscales), así como la falta de información por parte de las personas que se encuentran en esa situación, hace necesario disponer hasta que dicho colectivo esté formado y sensibilizado, de un servicio que asesore y preste una atención especializada y promueva que se prime lo terapéutico sobre lo punitivo, a la vez que oriente a los afectados a recursos de tratamiento para su adicción, estableciéndose una oportunidad para el cambio.
- En la población penitenciaria se produce una gran concentración de personas con drogodependencia, y posiblemente con más problemas asociados que las personas con trastornos adictivos de la comunidad. La intervención en este ámbito es de mayor importancia si cabe, y presenta una mayor complejidad. Es necesario que la intervención en los centros penitenciarios pueda ser intensiva, contando con los profesionales necesarios, y que se canalice al usuario, a su salida de prisión, a las UCA/USM como dispositivo ambulatorio de referencia.
- La situación laboral de las personas que acceden a tratamiento por drogodependencia se ha deteriorado significativamente en estos últimos años. El trabajo es un factor de integración social fundamental, así como un elemento clave para la rehabilitación, por lo que es necesario el abordaje de esta área en el proceso de tratamiento y normalización, mejorando la empleabilidad de estas personas y realizando un acompañamiento y apoyo en la búsqueda de empleo.
- Con frecuencia asociados a las adicciones, existen problemas de pareja, familias en conflicto y/o ruptura, y situaciones de desprotección y/o maltrato de menores, que requieren de intervención para el trabajo integral con el usuario y su entorno. Es necesaria la existencia de programas de intervención familiar que puedan abordar de forma intensiva y especializada este tipo de problemática. Igualmente es necesario favorecer la incorporación de la familia al proceso terapéutico y el apoyo a las asociaciones de autoayuda.
- La sociedad parece experimentar el ámbito de las drogodependencias de forma dicotómica, dividiéndose entre quienes su vida se encuentra determinada o afectada por las drogas (pacientes y entorno cercano), y quienes ven el problema desde la barrera. La realidad, se trata de un continuo en el que todos nos movemos, y en el que directa o indirectamente, nos vemos afectados, pudiéndonos mover entre los comportamientos abstinentes y la drogodependencia, independientemente de nuestro estatus socioeconómico, y como facilitadores del consumo, usuarios de drogas, o víctimas de los comportamientos generados por éstas. Se necesitan mediadores y agentes de salud que, desde cualquier ámbito, resalten y visibilicen el problema de las drogas. El papel del voluntariado en este campo permite la actuación a diferentes escalas, a través de la implicación y la responsabilidad social, como actividad preventiva, formadora y vivencial, con beneficio tanto para los destinatarios como para los ejecutores de la actividad.
- La atención a las personas con lo que algunos denominan adicciones sin sustancia, tradicionalmente ha sido cubierta desde los recursos de salud mental. Con la

integración de los antiguos equipos de atención a drogodependientes en el SESCAM en 2006, las unidades asumen el tratamiento de estos usuarios, pasando a denominarse unidades de conductas adictivas. El número de pacientes que acuden a tratamiento es inferior a las personas afectadas por estos trastornos según los estudios de prevalencia en población general. Esto puede deberse bien a dificultades para el acceso al tratamiento (personales o del sistema), o bien a que estén siendo tratados aún en otros recursos (públicos o privados), al continuar el estigma de la persona con drogodependencia y su asociación a estos dispositivos asistenciales. En este sentido, las necesidades más acuciantes que se presentan en el ámbito de la intervención son la detección de este tipo de patologías, y la adecuada derivación y utilización de las UCA, aumentando el conocimiento respecto al tipo de recurso en el que se aborda esta problemática.

5.3 NECESIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACIÓN:

- Es necesario mejorar la efectividad de las intervenciones realizadas en población menor de edad, especialmente las vinculadas al medio escolar. En este sentido, la investigación indica que la eficacia de las intervenciones escolares no depende tanto de los agentes que las aplican (especialistas ajenos a los centros o profesores habituales) como de las habilidades pedagógicas de tales agentes. Por ello se considera que el agente idóneo para su aplicación es el profesor habitual y que es conveniente incrementar sus habilidades mediante los procesos formativos adecuados.
- La necesidad de priorizar la prevención selectiva exige mejorar la formación de los técnicos dedicados al diseño y aplicación de programas de este tipo.
- Entre los profesionales que pueden contribuir a reducir el consumo de drogas en la población adulta, el personal sanitario tiene un papel muy relevante por su capacidad de influencia sobre la población. En este sentido es necesario mejorar la formación de dicho personal para ejercer esta función y, en especial, del personal de enfermería por la importante función que puede desempeñar, tanto en atención primaria como en atención especializada.
- La necesidad de mejorar la eficacia de las estrategias de control normativo, tanto en relación a las drogas legales como a las ilegales, exige mejorar la formación de los agentes implicados en las labores de inspección (policías locales, Guardia Civil, inspectores de consumo, etc.)
- La conveniencia de implicar al voluntariado en el proceso de tratamiento de las personas con drogodependencia hace necesario desarrollar procesos formativos específicamente destinados al personal voluntario.
- La detección de problemas asociados al consumo de sustancias debe producirse lo antes posible, facilitando el cambio y la intervención temprana. Es necesario que los profesionales de atención primaria, atención especializada, riesgos laborales, servicios sociales y ámbito educativo, tengan una formación específica que permita detectar,

motivar al cambio y derivar a los recursos especializados, a aquellos individuos con consumos problemáticos y/o dependencia.

- Los recursos asistenciales de atención primaria pueden desempeñar un papel de gran importancia en el tratamiento de las drogodependencias. Aunque dicha labor debe realizarse con el apoyo de los recursos especializados (UCA y equipos de salud mental de adultos e infanto-juveniles), también requiere mejorar la formación del personal de atención primaria (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) en el tratamiento de las personas con drogodependencia.
- Los profesionales del ámbito de la salud mental y de las drogodependencias, deben estar formados en el abordaje de la patología dual, al haber aumentado los trastornos en los que se asocia la dependencia a drogas con otra patología mental.
- Los consumos de drogas cada vez más habituales entre los menores, vienen determinando un aumento de los problemas de consumo en este grupo, asociados en muchos casos a otros trastornos de conducta. Los profesionales del ámbito de salud mental infanto-juvenil, deben aumentar su formación en drogodependencias, que permita una intervención global desde este ámbito. Igualmente, es necesario mejorar su formación en el abordaje de adicciones sin sustancia, especialmente las relacionadas con las nuevas tecnologías.
- La importancia del consumo de psicofármacos, especialmente entre nuestros adolescentes, y el aumento en el uso entre los consumidores de otras drogas, parece que puede generar a largo plazo un aumento de la problemática asociada y de personas con drogodependencia a estos fármacos, por lo que los profesionales de las UCA y de las USM/USMIJ deberán estar adecuadamente formados en este tema.

5.4 NECESIDADES RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

- Con la finalidad de conocer la extensión y los patrones de consumo de drogas entre los distintos segmentos etarios de la población y valorar el efecto de las intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas, es necesario recoger información, lo más precisa posible, sobre la evolución de los consumos tanto en población escolar como en población general.
- Puesto que hombres y mujeres asumen comportamientos y riesgos diferentes respecto a las adicciones, se hace imprescindible la inclusión de la perspectiva de género en todas las actuaciones a desarrollar en materia de investigación. Además, es especialmente necesario disponer de información actualizada sobre la evolución de los consumos de las mujeres en edad escolar y sobre el consumo de tabaco ya que este presenta una preocupante tendencia creciente.
- Para posibilitar la toma de decisiones respecto a las necesidades de recursos asistenciales y las políticas de reducción de riesgos y daños, se hace necesario disponer de indicadores que analicen la problemática social y sanitaria relacionada con el abuso de sustancias. En concreto es necesario recoger datos de asistencia a

personas con drogodependencia de forma sistemática, para poder evaluar los resultados obtenidos con las intervenciones. El relevante número de personas que no finalizan tratamiento con alta terapéutica y de personas que vuelven a tratamiento con intervenciones previas, requieren de un estudio de los factores que están influyendo en estos aspectos, para mejorar su abordaje.

- Según la literatura científica y las encuestas de consumo, se constata que las mujeres con drogodependencia acceden a tratamiento en menor medida que sus homólogos varones. Es necesario conocer los factores que están influyendo en que las mujeres con drogodependencia accedan a tratamiento en menor proporción que los varones, y cuáles son los factores diferenciales de los resultados terapéuticos.
- La existencia de colectivos como menores, mayores de 60 años e inmigrantes, particularmente vulnerables y con dificultades respecto al acceso y continuidad en el tratamiento por deshabitación de drogas, hace necesario conocer con mayor exactitud los factores y los elementos diferenciales de su problemática para aportar posibilidades de solución a la misma.
- Cada vez con mayor frecuencia se detecta que el problema de drogodependencia coexiste con otro trastorno mental, desconociendo en nuestra región en qué proporción y con qué características se produce el inicio de tratamiento de personas con patología dual. Se desconoce así mismo el uso de los recursos de salud mental por las personas con patología dual en tratamiento por su adicción. Ambos aspectos deberían conocerse a fondo, de cara a planificar la adecuada y eficiente atención de estos usuarios.
- En línea con las recomendaciones de la Estrategia europea en materia de drogas y el Plan Nacional sobre Drogas que incluyen entre sus objetivos potenciar la investigación de los diversos ámbitos de intervención y en especial las nuevas adicciones, y dada la insuficiente información de que se dispone al respecto, se hace necesario mejorar el conocimiento de las denominadas adicciones sin sustancia, en especial el juego patológico y abuso de las nuevas tecnologías, así como conocer la prevalencia de dichos comportamientos entre la población castellano-manchega.
- Considerando la falta de información existente sobre el proceso asistencial en las adicciones sin sustancia, se hace necesario disponer de datos sistemáticos y rigurosos que analicen esta problemática y su abordaje en los recursos asistenciales.
- La conveniencia de que las estrategias preventivas evolucionen progresivamente a intervenciones más selectivas y, por tanto, más centradas en grupos de riesgo, hace necesario el desarrollo de instrumentos suficientemente validados para la detección de grupos e individuos en situación de riesgo.
- Con el fin de propiciar el intercambio de experiencias entre profesionales y difundir los resultados de las investigaciones realizadas, tanto a la población general como a colectivos de profesionales del mundo de las drogadicciones, hace necesario disponer de una plataforma informática específica y actualizada.
- Como parte de la red de sistemas de información sobre drogas y de los grupos de trabajo que se constituyan, el Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha deberá participar activamente en las nuevas iniciativas propuestas desde el Plan Nacional sobre Drogas, concretamente en lo que respecta a la consolidación del

sistema de alerta temprana y el fomento e integración de las redes y centros de investigación sobre drogas.

5.5 NECESIDADES RELACIONADAS CON LA COORDINACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN.

- La necesidad de mejorar el cumplimiento de las normas reguladoras de la venta, dispensación y consumo de drogas legales e ilegales, hace necesario mejorar la coordinación con la Delegación del Gobierno en Castilla-La Mancha, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y con las Policías Locales.
- El Plan de Acción 2013-2016 elaborado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se realiza con el concurso de los Planes Autonómicos, los cuales colaboran en la realización de algunas de las acciones previstas. En el caso de Castilla-La Mancha se ha previsto participar activamente en 5 acciones (“Proyecto de prevención familiar”, “Proyecto de normativa sobre alcohol y menores”, “Proyecto de mejora de la detección e intervención precoz”, “Proyecto de mejora de procesos y asistencia” y “Fomento de la investigación y del análisis de datos sobre consumo”). Por este motivo es necesario establecer los oportunos mecanismos de colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con el fin desarrollar las citadas acciones.
- En el Plan de Acción 2013-2016 elaborado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, además de las acciones señaladas en las que Castilla-La Mancha tiene un papel activo en el liderazgo o en la colaboración para su realización, hay numerosas acciones que permitirán la elaboración de programas o el diseño de intervenciones de las que pueden beneficiarse todas las comunidades autónomas. Entre ellas, el diseño y evaluación de programas de prevención familiar, de atención a menores en situación de vulnerabilidad, de programas comunitarios multicomponente, de seguridad vial, de prevención en el sector hostelero, de intervención en zonas de riesgo, etc., serán de aplicación en Castilla-La Mancha, lo cual hace necesario establecer los oportunos canales de coordinación con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Los problemas planteados por el consumo de drogas afectan al conjunto de la sociedad y, consecuentemente, se relacionan con las competencias de múltiples departamentos de las distintas administraciones. La necesidad de respetar las competencias de cada departamento y, sobre todo, la necesidad de optimizar el aprovechamiento de los recursos existentes en cada uno de ellos, exigen establecer cauces de coordinación para desarrollar acciones conjuntas, tanto con los organismos dependientes de la Administración Central del Estado, como con los Ayuntamientos, Diputaciones y con el conjunto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Junto a las administraciones, el movimiento asociativo desarrolla desde hace años una importante labor en el afrontamiento de los problemas derivados de las adicciones en Castilla-La Mancha. En este sentido, es necesario el establecimiento de órganos estables de participación y de coordinación con el tercer sector que permitan, por un lado, el aprovechamiento de la capacidad de acción demostrada por estas entidades y,

por otro, la participación de la comunidad en la solución de los problemas derivados del consumo de drogas y de otros comportamientos adictivos.

- Es necesario establecer una coordinación fluida con la administración de justicia, sobre todo en lo referente al cumplimiento de medidas alternativas.
- La investigación en materia de drogodependencias requiere la acción coordinada de las entidades con responsabilidad en el tema para la puesta en común de recursos económicos y humanos y para facilitar el desarrollo de las investigaciones. Por ello es necesaria la creación de un órgano colegiado en el que participen las instituciones y entidades implicadas, especialmente la Universidad de Castilla-La Mancha, el SESCAM, los Colegios Profesionales, las Sociedades Científicas, etc.
- Es necesario impulsar la creación de los Planes Locales de Drogas de acuerdo al marco competencial establecido por la legislación vigente, como instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de drogodependencias en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios.
- Es necesario poner en marcha los órganos de coordinación y participación establecidos por la Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. Son los siguientes:
 - Comisión Técnica Regional de Drogodependencias.
 - Comisión Interlocal de Drogodependencias.
 - Consejo Asesor de Drogodependencias.
- La conveniencia de favorecer la participación de la iniciativa social en los programas de drogodependencias, hace necesario el establecimiento de mecanismos subvencionadores de las actividades realizadas por organizaciones sin fin de lucro.

6. PRINCIPIOS RECTORES Y OBJETIVOS

6.1. PREVENCIÓN.

6.1.1. Principios rectores de la actividad preventiva.

- Es prioritaria la prevención del inicio del consumo de drogas legales e ilegales mediante programas dirigidos tanto a menores de edad (dirigidos a todo tipo de drogas pero centrados en el inicio del consumo de tabaco, alcohol, cannabis e hipnosedantes) como a población adulta (orientados sobre todo al inicio de otras sustancias ilegales).
- La prevención del consumo de drogas es responsabilidad de toda la sociedad. En este sentido, la población adulta debe ser destinataria fundamental y protagonista directa de los esfuerzos dirigidos a reducir el consumo de drogas.
- Las intervenciones preventivas dirigidas a la población adulta deben dirigirse a los distintos ámbitos en que se desarrolla su actividad. Entre ellos, los espacios de ocio y el ámbito laboral son especialmente importantes.
- El alcohol es la sustancia más consumida en Castilla-La Mancha y, consecuentemente, debe ser el objetivo fundamental de las intervenciones preventivas.
- La intervención preventiva universal en el ámbito escolar es una de las más respaldadas por el conocimiento científico. Por este motivo, se considera prioritario mantener programas educativos de prevención del consumo de drogas.
- Aún admitiendo la conveniencia de realizar algunas intervenciones de prevención universal, cabe prever que los programas de prevención selectiva e indicada, dirigidos específicamente a personas en situación de riesgo, son más eficientes por lo que deben considerarse prioritarios.
- Los programas de prevención selectiva e indicada deben realizarse mediante la intervención coordinada de diferentes agentes e instituciones, incluyendo los recursos disponibles en materia educativa, sanitaria, social, de juventud, deporte, menores, etc. En este sentido, considerando la dispersión geográfica y la importancia del hábitat rural en Castilla-La Mancha, los ayuntamientos, como institución más próxima al ciudadano, son idóneos para gestionar, de acuerdo a los mecanismos previstos legalmente, tales programas y para coordinar la participación de las instituciones, las entidades públicas y privadas, la iniciativa social, el voluntariado y los ciudadanos en general.
- El ámbito familiar es fundamental en el desarrollo de los individuos y la configuración de su comportamiento. Por ello, los programas de prevención universal, selectiva e indicada deben complementarse con intervenciones que impliquen la participación de las familias en la prevención.

- La intervención en prevención debe incluir medidas de todo tipo capaces de influir sobre el comportamiento, incluyendo las educativas, las de concienciación y las de carácter legal o normativo.
- Los programas de prevención destinados a menores deben incluir la perspectiva de género y adaptarse a las características de la población femenina, dedicando especial atención al consumo femenino de alcohol e hipnosedantes.
- La prevención de adicciones comportamentales puede beneficiarse de los programas de prevención del consumo de drogas pero también requiere intervenciones específicas, siendo especialmente importante la prevención del juego patológico.

6.1.2. Objetivos

a) Objetivos generales:

1. Reducir el consumo de drogas y otras conductas adictivas en población escolar y retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, especialmente de alcohol y tabaco.
2. Reducir el consumo de drogas en población adulta y aumentar su concienciación en relación a su responsabilidad en la prevención del consumo de drogas entre los menores.
3. Reducir el consumo de drogas en población menor de edad en situación de riesgo o de especial vulnerabilidad.

b) Objetivos específicos:

1. Reducir el consumo experimental de tabaco, alcohol, hipnosedantes y cannabis en población menor de edad.
2. Aumentar la percepción de riesgo en relación al consumo de tabaco, alcohol y cannabis.
3. Mejorar la efectividad del marco normativo destinado a reducir el consumo de drogas por parte de los menores.
4. Promover entre los escolares normas subjetivas contrarias al consumo de alcohol y otras drogas, así como desarrollar las estrategias educativas adecuadas para rechazar ofertas.
5. Aumentar la concienciación sobre los problemas derivados del juego patológico y otras adicciones comportamentales.
6. Reducir el consumo de alcohol y otras drogas de la población en general, especialmente de la población adulta.
7. Reducir el consumo de alcohol y otras drogas de la población adulta en espacios y actividades de ocio.

8. Reducir el consumo de alcohol y otras drogas de la población adulta en el ámbito laboral.
9. Implicar a los padres en el desarrollo de actuaciones de prevención universal, selectiva e indicada.
10. Aumentar la conciencia de la población adulta de su responsabilidad en el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los menores y de su papel en la prevención.
11. Reducir el riesgo de consumo de drogas en población infantil y juvenil que se encuentre en situación de especial riesgo.

6.2. INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ADICCIONES.

6.2.1. Principios rectores de la intervención con personas con adicciones.

- La mayor visibilización de los problemas generados por el consumo de drogas y el cambio en la imagen y la actitud social respecto al mismo, se enmarcan como unas de las principales intervenciones en materia de drogodependencias, con el objetivo de reducir el número de personas con problemas asociados al consumo, y las que los tengan, accedan cuanto antes a tratamiento.
- En materia de drogodependencias son prioritarias la detección y la atención temprana, que mejoren el pronóstico.
- Los programas de acercamiento al usuario son una pieza clave para el establecimiento del contacto con las personas con problemas por consumo de drogas que no están en tratamiento y/o que no contactan con los recursos sanitarios, que permita la intervención para mejorar su calidad de vida y motivar al cambio.
- Es necesario garantizar la equidad y universalidad en el acceso a los recursos asistenciales y a las opciones terapéuticas.
- La intervención con grupos de alto riesgo, más dificultades de acceso al tratamiento, o en situación de exclusión social, deben ser priorizadas. En este sentido, las personas sin hogar o la población con problemas jurídico-penales deben tener acceso al tratamiento de su drogodependencia en las mejores condiciones posibles.
- El logro de los objetivos terapéuticos, la normalización del usuario y la prevención de las recaídas, son los retos a los que se enfrentan los recursos asistenciales en materia de adicciones y la meta a alcanzar por los afectados. La revisión y redefinición de la red de asistencia a las adicciones debe ser el marco de referencia en este plan, para que la estructura definitiva dé una adecuada respuesta a las necesidades de las personas con adicciones:

- La intervención que se realiza en las UCA es el elemento central de la asistencia en materia de adicciones en Castilla-La Mancha, siendo elemental y prioritario la adecuación de los recursos humanos a la demanda asistencial.
 - Los servicios de atención primaria, como recursos más cercanos a la población y más normalizados, deben desempeñar un papel más relevante en materia de drogodependencias, no sólo en detección, sino durante el proceso terapéutico y especialmente en el seguimiento.
 - Siendo las adicciones un problema que afecta a casi todas las áreas de la vida del individuo (salud física y psíquica, relaciones familiares y sociales, formación académica y trabajo, ocio, situación legal, etc.) es necesario que la intervención con las personas con adicciones aborde todos los ámbitos que se encuentren afectados, prioritariamente a través de recursos normalizados, y cuando sea necesario a través de centros y programas específicos.
- Principio de especialización: la existencia de personas con drogodependencia con perfiles diferenciados y/o con problemáticas específicas (menores, mujeres en situación de especial vulnerabilidad, patología dual, exclusión social, etc.) exigen la adaptación de los recursos asistenciales a sus características, lo que implica la mayor especialización de los centros, servicios y programas públicos y privados y la coordinación de los recursos en los procesos asistenciales para estos colectivos.
 - Las prioridades en la intervención con personas con trastornos adictivos sin sustancia, se sitúan en la adecuada detección y derivación de estos pacientes a los recursos ambulatorios de referencia para su tratamiento.

6.2.2. Objetivos

a) Objetivos generales:

1. Mejorar la detección precoz de las adicciones y el acceso a los tratamientos, contrarrestando las dificultades que existen para mujeres y colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
2. Mejorar los resultados de tratamiento de las personas con adicciones y la calidad de vida de los usuarios de drogas.

b) Objetivos específicos:

1. Mejorar la detección precoz de consumos problemáticos de drogas y de otros comportamientos adictivos, reduciendo el período de latencia desde el inicio del consumo hasta el acceso a tratamiento.
2. Potenciar el papel de los equipos de atención primaria en la atención a las adicciones.
3. Contrarrestar las dificultades que existen para la detección, tratamiento y recuperación de personas con adicciones que se encuentran en situaciones de mayor dificultad para recibir la atención adecuada (personas mayores, personas sin hogar, menores de edad, mujeres, personas con discapacidad, inmigrantes, etc.).

4. Facilitar el acceso a tratamiento para personas con problemas jurídico-penales, con especial atención a la población reclusa, y mejorar las condiciones que permitan el cumplimiento de medidas alternativas al internamiento en prisión.
5. Analizar los resultados de la integración de la atención a las personas con problemas de alcohol y drogas en la red asistencial de salud mental, y revisar la estructura de la red de atención a las adicciones.
6. Mantener los recursos asistenciales y mejorar los procesos de intervención para personas con adicciones.
7. Realizar el tratamiento por adicciones de menores en el recurso adecuado, por profesionales especializados, y con recursos adaptados a su edad.
8. Aumentar la adhesión al tratamiento, reduciendo los abandonos y altas voluntarias, y aumentar la proporción de personas que finalizan tratamiento con alta terapéutica. Prevenir la recaída y reducir el número de personas que reinician tratamiento.
9. Realizar un diagnóstico ajustado a las personas con patología dual y una intervención adecuada que atienda a la complejidad de la misma.
10. Adaptar los programas de acercamiento al usuario, de baja exigencia y de prevención de riesgos y de reducción del daño a los nuevos perfiles de consumidores de drogas, especialmente para colectivos de difícil acceso o en situación de especial vulnerabilidad.
11. Facilitar el acceso de personas con adicciones a recursos de formación, empleo, vivienda, etc. para cubrir las necesidades en aquellas áreas deficitarias del individuo o que se han visto afectadas por la adicción.
12. Facilitar la implicación de los familiares en el proceso terapéutico, favoreciendo el asociacionismo y el apoyo mutuo.

6.3. FORMACIÓN.

6.3.1. Principios rectores de la formación en materia de adicciones.

- La formación de los profesionales que intervienen en drogodependencias es esencial para mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones.
- La solución de los problemas planteados por el consumo de drogas es responsabilidad de todos y, consecuentemente, requiere la participación de la sociedad civil. Sin embargo, la participación de personas no profesionales debe implicar actuaciones de calidad, por lo que todos los agentes que intervengan deben disponer de los conocimientos y capacidades necesarias.

6.3.2. Objetivos

a) Objetivos generales:

1. Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales que intervienen en la prevención del consumo de drogas y en la atención a las personas con drogodependencia.
2. Proporcionar una formación adecuada y suficiente a las personas no profesionales (padres, asociaciones, mediadores, etc.) que intervienen en la prevención del consumo de drogas o en la atención a las personas con drogodependencia.

b) Objetivos específicos:

1. Mejorar la formación del profesorado de enseñanza no universitaria, en prevención del consumo de drogas, en la detección e intervención en alumnos de mayor riesgo, y en el manejo y aplicación de los programas de prevención escolar más utilizados en Castilla-La Mancha.
2. Mejorar la formación de los técnicos municipales en el diseño y aplicación de programas de prevención selectiva e indicada.
3. Aumentar los conocimientos y habilidades del personal sanitario (especialmente del personal de atención primaria) para la detección del abuso de drogas y para la intervención preventiva y asistencial incluyendo la reducción de daños.
4. Actualizar los conocimientos en salud mental de los profesionales de las UCA y los conocimientos en drogodependencias de los profesionales de las USM y de las USMIJ.
5. Mejorar la formación del personal sanitario en la atención a colectivos con problemáticas específicas (mujeres, menores, patología dual, etc.).
6. Mejorar la capacitación del movimiento asociativo (asociaciones de padres y madres de alumnos, vecinos, personas con adicciones y sus familiares) para que colaboren en el desarrollo de programas en materia de adicciones.
7. Mejorar la formación del personal de hostelería para la dispensación responsable de alcohol y para su intervención como mediadores en prevención del consumo de drogas.

6.4. INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

6.4.1. Principios rectores de la investigación y los sistemas de información

- La colaboración del Observatorio regional con el Plan Nacional sobre Drogas, ofrece múltiples oportunidades de colaboración tanto en lo que se refiere al sistema de indicadores como a las encuestas. Esta colaboración aporta por un lado, fondos económicos por cada uno de los tres indicadores en cuya recogida participe la comunidad autónoma y por otro, información valiosa de cara a conocer las prevalencias de consumo de drogas en el territorio regional y los problemas asociados a su abuso. En este sentido son especialmente relevantes la encuesta escolar, la encuesta domiciliaria a población general y el indicador de Admisiones a Tratamiento.
- Son de gran importancia las líneas de colaboración y coparticipación en proyectos de investigación con otros organismos nacionales o regionales que permitan captar y gestionar fondos, así como personal investigador. Este principio sería de aplicación especialmente en el ámbito universitario.
- Para desarrollar las tareas de difusión y publicación de las investigaciones, así como el desarrollo de encuentros o cursos formativos, es necesario potenciar la utilización de recursos materiales, tecnológicos y humanos disponibles en la Consejería o en la Administración regional, disminuyendo la dependencia de servicios externos a la Administración.
- Es importante establecer líneas de priorización en función de las necesidades de investigación y de información que requieran los distintos ámbitos de las drogodependencias: legislación y planificación, asistencia y prevención. Esta priorización pasa necesariamente por desarrollar investigaciones que pretendan el conocimiento de aquellos aspectos particulares y diferenciales de la región respecto a otros territorios, así como la aplicabilidad de los resultados a la resolución de problemáticas y necesidades concretas, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- La planificación de los recursos para personas con drogodependencia y otras adicciones, debe partir de una adecuada evaluación de situación y de necesidades, de los factores que, según sustancias o comportamiento adictivos, están influyendo en los resultados terapéuticos y en el reinicio de tratamientos, considerando muy especialmente la perspectiva de género, el análisis diferencial en la infancia y adolescencia, y la comorbilidad con otros trastornos mentales.
- Los programas implantados y las intervenciones realizadas deben ser evaluadas de cara a valorar su eficacia, eficiencia y efectividad, así como para la mejora de las mismas.

6.4.2. Objetivos

a) Objetivos generales:

1. Mantener y mejorar sistemas de información que permitan conocer la evolución del consumo de drogas y sus consecuencias entre la población de Castilla-La Mancha.
2. Disponer de información sistemática y rigurosa sobre asistencia a las adicciones en la región.
3. Potenciar la investigación y su difusión en materia de drogodependencias.

b) Objetivos específicos:

1. Disponer de estudios epidemiológicos periódicos de carácter general y específico para conocer la prevalencia del consumo de drogas y otras adicciones en Castilla-La Mancha.
2. Mantener y mejorar el sistema de indicadores del Plan Nacional sobre Drogas, así como la explotación, análisis y difusión de los datos regionales del mismo.
3. Homogeneizar y sistematizar la recogida de indicadores de atención a las personas con adicciones en los centros de tratamiento, y su análisis.
4. Mejorar los conocimientos sobre el perfil de las personas que están en tratamiento en los dispositivos asistenciales de Castilla-La Mancha, el proceso asistencial que se está realizando con dichos usuarios y sus familiares y los resultados del tratamiento, así como su normalización e incorporación social.
5. Fomentar la investigación en materia de adicciones, en colaboración con la Universidad y otros Organismos.
6. Promover el intercambio y difusión de información e investigación en materia de drogodependencias.

6.5. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

6.5.1. Principios rectores de la coordinación y la participación en materia de adicciones.

- La intervención en materia de adicciones desarrollada por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha debe regirse por el principio de unidad institucional, de manera que se produzca una actuación conjunta y coordinada de todos los departamentos implicados en materia de drogodependencias (asuntos sociales, educación, deporte, juventud, empleo, menores, mayores, mujer, etc.) permitiendo así el mejor aprovechamiento de los recursos y favoreciendo la efectividad de las intervenciones.

- Al mismo tiempo, la necesidad de realizar intervenciones integrales debe mantener la necesaria coordinación con los organismos dependientes de la Administración Central del Estado cuyas competencias tienen incidencia directa en las actuaciones desarrolladas en materia de drogodependencias (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Justicia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Instituciones Penitenciarias, etc.)
- Los ayuntamientos y diputaciones, como administración más cercana a los ciudadanos, deben implicarse en las intervenciones que se realicen en materia de adicciones, de manera que se promoverá la necesaria coordinación con la Administración Local siempre de acuerdo al marco de competencias que establezca la legislación vigente.
- La solución de los problemas asociados a los comportamientos adictivos exige la implicación de toda la sociedad. En este sentido, el movimiento asociativo, en tanto que permite canalizar y articular la participación ciudadana, debe tener un papel activo en la planificación y realización de las intervenciones, participando en su ejecución de manera coordinada con las distintas administraciones.

6.5.2. Objetivos

a) Objetivos generales:

1. Mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones en materia de adicciones mediante el establecimiento de los mecanismos de coordinación que permitan la realización de intervenciones conjuntas de las distintas administraciones y de los distintos departamentos de cada una de ellas.
2. Facilitar la participación y la implicación de la comunidad en la solución de los problemas asociados a los comportamientos adictivos.

b) Objetivos específicos:

1. Participar en los proyectos y actuaciones previstos en el Plan de Acción 2013-2016 elaborado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
2. Favorecer la coordinación interinstitucional y mejorar el aprovechamiento de los recursos existentes para el desarrollo de programas de prevención selectiva e indicada y de educación de calle.
3. Poner en marcha los órganos de participación previstos en la legislación autonómica sobre drogodependencias.
4. Establecer los mecanismos necesarios para contribuir a la financiación de las intervenciones desarrolladas por entidades privadas sin fin de lucro en materia de adicciones.

7.- ACTIVIDADES

7.1. PREVENCIÓN.

1. Mantener, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, al menos un programa escolar de prevención del consumo de drogas y otros comportamientos inadecuados (incluyendo la prevención del juego patológico y del uso inadecuado de las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el juego), que abarque las distintas etapas incluidas en la educación obligatoria.
2. Incluir información sobre las drogas, y especialmente sobre alcohol, tabaco y cannabis, en Internet y/o a través de aplicaciones específicas..
3. Elaborar la normativa necesaria para mejorar la regulación del consumo de alcohol por parte de menores.
4. Aumentar las inspecciones del cumplimiento de la normativa de venta de tabaco y alcohol.
5. Posibilitar la denuncia anónima del incumplimiento de la normativa sobre venta o consumo de drogas a través de procedimientos no presenciales (Internet y teléfono).
6. Coordinar con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes la inclusión de la prevención del consumo de drogas y otros comportamientos adictivos en proyectos de educación en valores.
7. Incorporar contenidos de prevención del consumo de tabaco y alcohol, así como de otros comportamientos adictivos, en los programas de educación del consumidor dirigidos a la comunidad educativa.
8. Impulsar la elaboración y aplicación de códigos éticos en los sectores empresariales vinculados a las actividades, productos y servicios relacionados con las adicciones comportamentales (juego, nuevas tecnologías, compras, etc.).
9. Elaborar una normativa que regule el consumo de alcohol en lugares públicos (práctica del “botellón”), dando uniformidad a las normativas locales sobre la materia.
10. Revisar las indicaciones de consejo médico realizado en Atención Primaria para la reducción del consumo de drogas y generalizar su aplicación.
11. Desarrollar planes de prevención del consumo de drogas en empresas en el marco de la Responsabilidad Social Corporativa.
12. Realizar intervenciones de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral en colaboración con las principales organizaciones sindicales y empresariales.

13. Realizar, en colaboración con la Delegación del Gobierno para el PNSD en el marco del Plan de Acción, un programa de prevención en el sector hostelero (programa de ocio de calidad).
14. Realizar actividades de formación para padres con el fin de aumentar su capacidad para actuar como agentes de prevención del consumo de drogas y otros comportamientos inadecuados.
15. Realizar, en colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, una campaña de concienciación sobre la necesidad de controlar el acceso de los menores a los hipnosedantes prescritos a los adultos.
16. Promover, en el marco de la coordinación con los Planes Locales de Drogas, la realización de campañas de prevención, especialmente del consumo de alcohol, durante las ferias, fiestas patronales y celebraciones de ámbito local.
17. Realizar programas de prevención selectiva e indicada en colaboración con los Ayuntamientos, los cuales incluirán intervenciones preventivas destinadas a jóvenes sancionados por consumo en la vía pública.
18. Identificar las zonas geográficas más vulnerables frente al consumo de drogas mediante las indicaciones desarrolladas en el marco del Plan de Acción sobre Drogas.

7.2. INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ADICCIONES.

1. Creación de un grupo de trabajo para analizar el estado actual de la estructura, recursos y rutas asistenciales de la red de atención a las adicciones y cómo mejorarlos.
2. Mantener unidades ambulatorias especializadas en el tratamiento y la inserción social de personas con adicciones, al menos en condiciones mínimas para el adecuado desarrollo de las intervenciones.
3. Disponer de plazas para desintoxicación en las UHB.
4. Disponer de plazas adaptadas a la demanda en UME “El Alba” especializada en patología dual.
5. Mantener en recursos de internamiento para personas con drogodependencia un número de plazas ajustado a la demanda, y aumentar la especialización y adaptación de dichos dispositivos.
6. Disponer al menos de una vivienda supervisada de apoyo al tratamiento ambulatorio a nivel regional.
7. Colaborar con las entidades privadas sin ánimo de lucro para el funcionamiento de centros y el desarrollo de programas de atención a personas con drogodependencia coordinados con las UCA y complementarios a éstas.

8. Participar en el proyecto de mejora de los procesos de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo en atención primaria y en urgencias hospitalarias (con especial atención a los jóvenes) del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 del PNSD, e implementación piloto de las recomendaciones y procedimientos en servicios del SESCAM.
9. Realizar al menos una campaña de visibilización de los problemas generados por el consumo de alcohol, dirigido a consumidores abusivos y su entorno (especialmente a mujeres consumidoras), que promueva que las personas con problemas soliciten consejo y asistencia a través de atención primaria.
10. Participación en el proyecto del Plan de Acción sobre Drogas de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones, atendiendo especialmente a la patología dual y a las especificidades de la mujer, e implantación de las recomendaciones derivadas del mismo.
11. Elaborar protocolos de atención integrados para intervención en menores con adicciones; y diseñar y poner en marcha, si fuera necesario, recursos adecuados y adaptados a sus necesidades.
12. Establecer procedimientos de intervención con personas que acceden a tratamiento por cannabis.
13. Aumentar la implicación de los DUE de las UCA y dotar de material (preservativos, kits de venopunción) para actividades de educación sanitaria y reducción de daños.
14. Mantener el programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia y actualizar su protocolo.
15. Mantener los programas de educación de calle y de reducción del daño y hacerlos accesibles a colectivos de difícil acceso o en situación de especial vulnerabilidad.
16. Disponer de un programa de asesoría jurídica para personas con adicciones a nivel regional.
17. Promover el tratamiento de personas con adicción como cumplimiento alternativo a penas en prisión, aplicando los mecanismos de mejora que se propongan en el marco del Plan de Acción sobre Drogas, resultantes del estudio sobre medidas alternativas a prisión y sobre los procesos de coordinación de la red de asistencia con las prisiones.
18. Puesta en marcha de los protocolos desarrollados en el marco del Plan de Acción, para diseñar itinerarios personalizados de inserción de personas con drogodependencia en proceso de rehabilitación en los centros de asistencia a personas con drogodependencia y en Instituciones Penitenciarias.
19. Mantener programas de intervención para personas con drogodependencia internas en centros penitenciarios.
20. Realizar intervenciones específicas con el entorno familiar de personas con adicciones.

21. Incluir en actividades de formación e inserción laboral al colectivo de personas con adicciones en tratamiento como grupo prioritario.
22. Promover, en el marco de los Planes Locales de Drogas, la coordinación entre recursos sanitarios, sociales, de empleo y entidades sin ánimo de lucro, para la intervención y el abordaje de las problemáticas que afectan a la persona con un trastorno adictivo, y para la utilización más eficiente de los recursos.
23. Publicar en Internet los recursos existentes en Castilla-La Mancha en materia de adicciones y la forma de acceso a los mismos.
24. Promover entre el personal sanitario castellanomanchego el uso de los dispositivos asistenciales públicos o del programa de atención al médico enfermo (PAIME) para problemas por consumo de sustancias y otras conductas adictivas.
25. Realizar al menos una campaña de promoción de la deshabituación tabáquica en atención primaria.
26. Realizar un seguimiento y promover la implementación de la detección, intervención breve e intervención avanzada en tabaquismo de la cartera de servicios del SESCAM.

7.3. FORMACIÓN

1. Realizar cursos de formación en prevención de las drogodependencias y otros comportamientos de riesgo dirigidos al profesorado no universitario, especialmente en materia de detección e intervención con los alumnos de mayor riesgo.
2. Establecer mecanismos de formación y participación on-line para facilitar a los profesores el intercambio de experiencias preventivas (foros en internet, asesoría on-line, etc.).
3. Realizar cursos de formación sobre prevención selectiva e indicada dirigidos a técnicos de los ayuntamientos.
4. Incluir en los planes de formación de AP y de urgencias hospitalarias del SESCAM cursos de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo
5. Incorporar en los planes formativos del SESCAM la formación de los profesionales de las UCA en el abordaje de la patología dual y en el tratamiento de las dependencias a psicofármacos.
6. Incorporar en los planes formativos del SESCAM la formación de los profesionales de las USM y USMIJ en drogodependencias.
7. Realizar cursos de formación dirigidos al movimiento asociativo y al voluntariado (asociaciones de padres y madres de alumnos, vecinos, familiares de drogodependientes, etc.).

8. Coordinar con las escuelas de hostelería la inclusión en sus programas formativos contenidos relativos a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y del juego patológico.

7.4. INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. Ampliación de las muestras regionales de la encuesta escolar (ESTUDES) y de la encuesta a población general (EDADES) realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas.
2. Analizar en profundidad y realizar un informe sobre el módulo de juego patológico y nuevas tecnologías de la muestra regional de la Encuesta Escolar (ESTUDES 2014-2015).
3. Elaborar estudios o análisis específicos para la detección de conductas de riesgo, especialmente en el consumo de alcohol y adicciones sin sustancia.
4. Análisis de los datos regionales del Indicador de Urgencias Hospitalarias del SEIT de manera sistemática y bienal, así como la publicación de resultados.
5. Realizar el estudio de viabilidad y las labores de coordinación necesarias con el SESCAM para la inclusión de los ítems del indicador de Admisiones a Tratamiento en la Historia Clínica informatizada de las UCA.
6. Sistematizar la recogida y analizar los inicios de tratamiento por adicciones sin sustancia.
7. Mejorar la recogida de los indicadores de tratamiento por adicciones de las UCA/USM.
8. Mantener el sistema de notificación trimestral de las personas en tratamiento con sustitutivos opiáceos, y analizar la evolución de estos tratamientos en la región.
9. Realizar estudios concretos sobre el perfil de las personas que están en tratamiento en los dispositivos asistenciales de Castilla-La Mancha, el proceso asistencial que se está realizando con dichos usuarios y los resultados del tratamiento, con atención específica a las diferencias de género y a la patología dual.
10. Conocer en mayor profundidad, mediante la realización de un proyecto de investigación, el ámbito sociofamiliar de las personas en tratamiento, especialmente los aspectos relacionados con los apoyos familiares y su incorporación a la vida laboral y social.
11. Plantear y coordinar las necesidades de investigación detectadas en el presente plan con los programas de doctorado e investigación de los centros universitarios que tengan relación con los distintos aspectos de las adicciones.

12. Realizar proyectos de investigación en colaboración con la Universidad y otros organismos en relación a las drogodependencias y adicciones sin sustancia.
13. Elaborar un informe bienal, en el que se recoja de manera sistemática el análisis de la información regional referida tanto a los indicadores como a los resultados de las encuestas, así como su publicación y difusión digital.
14. Mantenimiento, actualización permanente y mejora de la página Web del Observatorio, como principal vehículo de comunicación y difusión de la investigación y formación en materia de drogodependencias.
15. Propiciar encuentros para el intercambio de conocimientos en relación a la investigación, prevención y tratamiento en adicciones y publicar dichas experiencias en la Web del Observatorio.

7.5. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN.

1. Participar en los grupos de trabajo organizados por la Delegación del Gobierno para el PNSD para el desarrollo de las actuaciones previstas en la Estrategia Nacional 2013-2016.
2. Realizar una convocatoria anual de subvenciones para entidades locales destinada a la financiación de programas de prevención selectiva e indicada y de educación de calle.
3. Constituir los órganos de participación previstos en la legislación autonómica sobre drogodependencias.
4. Realizar una convocatoria anual de subvenciones para entidades privadas sin fin de lucro destinada a programas y centros de atención a personas con drogodependencia.

8. AGENTES IMPLICADOS, CALENDARIO DE EJECUCIÓN E INDICADORES DE EVALUACIÓN.

PREVENCIÓN			
ACTIVIDAD	AGENTE	TEMPORALIZACIÓN	INDICADORES
1. Mantener, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, al menos un programa escolar de prevención del consumo de drogas y otros comportamientos inadecuados (incluyendo la prevención del juego patológico y del uso inadecuado de las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el juego), que abarque las distintas etapas incluidas en la educación obligatoria.	Consejería de Educación, Cultura y Deportes Entidad contratada	2016-2017	Nº de centros participantes Nº profesores participantes Nº alumnos participantes
2. Incluir información sobre las drogas, y especialmente sobre alcohol, tabaco y cannabis, en Internet y/o a través de aplicaciones específicas.	DGSPC Empresa externa	2016	Nº de visitas a las web con información sobre drogas Nº de aplicaciones elaboradas Nº de descargas de las aplicaciones elaboradas
3. Elaborar la normativa necesaria para mejorar la regulación del consumo de alcohol por parte de menores.	DGSPC Servicio Jurídico	2018	Nº de sanciones Nº de inspecciones Nº de denuncias
4. Aumentar las inspecciones del cumplimiento de la normativa de venta de tabaco y alcohol.	DGSPC (Consumo)	2016-2018	Nº de inspecciones realizadas
5. Posibilitar la denuncia anónima del incumplimiento de la normativa sobre venta o consumo de drogas a través de procedimientos no presenciales (Internet y teléfono).	DGSPC Serv. Jurídico	2017-2018	Nº de denuncias recibidas
6. Coordinar con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes la inclusión de la prevención del consumo de drogas y otros comportamientos adictivos en proyectos de educación en valores.	Consejería Educación, Cultura y Deportes	2017-2018	Nº de proyectos que integran prevención
7. Incorporar contenidos de prevención del consumo de tabaco y alcohol, así como de otros comportamientos adictivos, en los programas de educación del consumidor dirigidos a la comunidad educativa	DGSPC (Consumo)	2017-2018	Nº de centros que aplican contenidos de prevención Nº de alumnos que reciben contenidos de prevención
8. Impulsar la elaboración y aplicación de códigos éticos en los sectores empresariales vinculados a las actividades, productos y servicios	CECAM DGSPC	2017	Nº de códigos éticos elaborados Nº de empresas que aplican códigos éticos

relacionados con las adicciones comportamentales (juego, nuevas tecnologías, compras, etc.).			
9.Elaborar una normativa que regule el consumo de alcohol en lugares públicos (práctica del “botellón”), dando uniformidad a las normativas locales sobre la materia.	DGSPC Serv. Jurídico	2017	Nº de sanciones Nº de inspecciones Nº de denuncias
10.Revisar las indicaciones de consejo médico realizado en Atención Primaria para la reducción del consumo de drogas y generalizar su aplicación.	SESCAM	2016	Nº de sanitarios que aplican consejo médico revisado
11.Desarrollar planes de prevención del consumo de drogas en empresas en el marco de la Responsabilidad Social Corporativa.	CECAM DGSPC Empresas	2017-2018	Nº de empresas que desarrollan planes de prevención
12.Realizar, en colaboración con la Delegación del Gobierno para el PNSD en el marco del Plan de Acción, un programa de prevención en el sector hostelero (programa de ocio de calidad)..	Empresarios de hostelería DGPND	2016-2018	Nº de establecimientos participantes
13.Realizar actividades de formación para padres con el fin de aumentar su capacidad para actuar como agentes de prevención del consumo de drogas y otros comportamientos inadecuados.	DGSPC Entidad contratada	2016-2018	Nº de actividades de formación realizadas Nº de padres participantes
14.Realizar, en colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, una campaña de concienciación sobre la necesidad de controlar el acceso de los menores a los hipnosedantes prescritos a los adultos	Colegios Farmacéuticos DGSPC	2017	Nº de soportes editados Nº de farmacias adheridas a la campaña
15. Promover, en el marco de la coordinación con los Planes Locales de Drogas, la realización de campañas de prevención, especialmente del consumo de alcohol, durante las ferias, fiestas patronales y celebraciones de ámbito local.	DGSPC Ayuntamientos	2017-2018	Nº de subvenciones para campañas de prevención en fiestas Nº de ayuntamientos participantes Nº de soportes editados
16. Realizar programas de prevención selectiva e indicada en colaboración con los Ayuntamientos, los cuales incluirán intervenciones preventivas destinadas a jóvenes sancionados por consumo en la vía pública.	DGSPC Aytos	2016-2018	Nº de ayuntamientos con programas de prev selectiva e indicada Nº de jóvenes participantes
17. Identificar las zonas geográficas más vulnerables frente al consumo de drogas mediante las indicaciones desarrolladas en el marco del Plan de	DGSPC	2017	Nº de zonas geográficas identificadas

Acción sobre Drogas			
18. Realizar intervenciones de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral en colaboración con las principales organizaciones sindicales y empresariales.	DGSPC Organizaciones sindicales y empresariales	2016-2018	Nº de intervenciones realizadas Nº de empresas participantes

INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ADICCIONES			
ACTIVIDAD	AGENTE	TEMPORALIZACIÓN	INDICADORES
1. Creación de un grupo de trabajo para analizar el estado actual de la estructura, recursos y rutas asistenciales de la red de atención a las adicciones y cómo mejorarlos.	SESCAM DGSPC	2016-2018	Realizado informe de análisis y propuestas
2. Mantener unidades ambulatorias especializadas en el tratamiento y la inserción social de personas con adicciones, al menos en condiciones mínimas para el adecuado desarrollo de las intervenciones.	SESCAM	2016-2018	Establecidas las condiciones mínimas Nº de unidades que cumplen condiciones Nº de unidades especializadas Nº de profesionales/perfil Tasa pacientes/profesional Nº usuarios Tasa de altas terapéuticas/total altas
3. Disponer de plazas para desintoxicación en las UHB.	SESCAM	2016-2018	Nº de desintoxicaciones en UHB Lista de espera para desintoxicación
4. Disponer de plazas adaptadas a la demanda en UME "El Alba" especializada en patología dual.	SESCAM	2016-2018	Nº de personas atendidas Lista de espera para ingreso
5. Mantener en recursos de internamiento para personas con drogodependencia un número de plazas ajustado a la demanda, y aumentar la especialización y adaptación de dichos dispositivos.	Fundación Socio sanitaria	2016-2018	Nº de plazas Nº de usuarios Tiempo de espera para ingreso Nº de recursos que han aumentado la especialización.
6. Disponer al menos de una vivienda supervisada de apoyo al tratamiento ambulatorio a nivel regional.	DGSPC Entidad subvencionada o contratada	2016-2018	Nº viviendas Nº plazas en vivienda Nº profesionales Nº beneficiarios Nº días de estancia Nº altas terapéuticas en vivienda
7. Colaborar con las entidades privadas sin ánimo de lucro para el funcionamiento de centros y el desarrollo de programas de atención a personas con drogodependencia coordinados con las UCA y complementarios a éstas.	DGSPC Entidades subvencionadas	2016-2018	Nº Entidades subv Nº Programas Nº Centros Nº Profesionales Nº Personas atendidas en los centros y programas

8. Participación en el proyecto del Plan de Acción sobre Drogas de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones, atendiendo especialmente a la patología dual y a las especificidades de la mujer, e implantación de las recomendaciones derivadas del mismo.	DGPNSD SESCAM	2016-2018	Nº de procedimientos implementados
9. Realizar al menos una campaña de visibilización de los problemas generados por el consumo de alcohol, dirigido a consumidores abusivos y su entorno (especialmente a mujeres consumidoras), que promueva que las personas con problemas soliciten consejo y asistencia a través de AP.	SESCAM	2018	Nº de campañas realizadas Nº de centros donde se han desarrollado Nº de personas a las que han llegado las campañas
10. Participar en el proyecto de mejora de los procesos de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo en atención primaria y en urgencias hospitalarias (con especial atención a los jóvenes) del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 del PNSD, e implementación piloto de las recomendaciones y procedimientos en servicios del SESCAM.	DGPNSD DGSPC SESCAM	2016-2017	Nº reuniones Nº de centros/servicios en los que se implementa Nº de adultos y jóvenes en los que se diagnostica trastorno adictivo en AP/urgencias Nº de adultos y jóvenes en los que se aplican las recomendaciones y procedimientos en AP/urgencias Nº de adultos y jóvenes derivados desde AP/urgencias a UCA/USM/USMIJ
11. Elaborar protocolos de atención integrados para intervención en menores con adicciones; y diseñar y poner en marcha, si fuera necesario, recursos adecuados y adaptados a sus necesidades.	SESCAM	2016-2017	Protocolo elaborado para menores Nº de recursos específicos para menores Nº de plazas para menores en recursos específicos Nº de menores atendidos en recursos específicos
12. Establecer procedimientos de intervención con personas que acceden a tratamiento por cannabis.	SESCAM	2017	Procedimientos elaborados
13. Aumentar la implicación de los DUE de las UCA y dotar de material (preservativos, kits de venopunción) para actividades de educación sanitaria y reducción de daños.	SESCAM	2016-2018	Nº de DUE implicados en actividades de educación sanitaria y de reducción de daños
14. Mantener el programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia y actualizar su	DGSPC SESCAM COF	2016-2018	Nº personas en programa de dispensación en oficina

protocolo.			de farmacia N° de farmacias participantes
15. Mantener los programas de educación de calle y de reducción del daño y hacerlos accesibles a colectivos de difícil acceso o en situación de especial vulnerabilidad.	DGSPC SESCAM Ayuntamientos	2016-2018	N° programas N° entidades N° Ayuntamientos N° beneficiarios
16. Disponer de un programa de asesoría jurídica para personas con adicciones a nivel regional.	DGSPC Entidad subvencionada o contratada	2016-2018	N° personas atendidas N° expedientes gestionados
17. Promover el tratamiento de personas con adicción como cumplimiento alternativo a penas en prisión, aplicando los mecanismos de mejora que se propongan en el marco del Plan de Acción sobre Drogas, resultantes del estudio sobre medidas alternativas a prisión y sobre los procesos de coordinación de la red de asistencia con las prisiones.	IIPP Juzgados SESCAM DGSPC Entidad subvencionada o contratada.	2016-2018	N° de protocolos elaborados Guía elaborada N° de abogados informados N° de personas derivadas a las UCA/USM para tratamiento como cumplimiento alternativo
18. Puesta en marcha de los protocolos desarrollados en el marco del Plan de Acción, para diseñar itinerarios personalizados de inserción de personas con drogodependencia en proceso de rehabilitación en los centros de asistencia a personas con drogodependencia y en Instituciones Penitenciarias.	SESCAM IIPP	2017	N° centros con protocolo implementado N° itinerarios diseñados
19. Mantener programas de intervención para personas con drogodependencia internas en centros penitenciarios.	IIPP Fundación Socio- sanitaria	2016-2018	N° CP con programas N° profesionales y dedicación a los programas N° de participantes
20. Realizar intervenciones específicas con el entorno familiar de personas con adicciones.	SESCAM D.G. ACCIÓN SOCIAL Y COOPERACIÓN D.G. FAMILIAS y MENORES	2016-2018	N° programas N° personas con adicciones atendidas N° familiares atendidos N° profesionales
21. Incluir en actividades de formación e inserción laboral al colectivo de personas con adicciones en tratamiento como grupo prioritario.	SEPECAM D.G. ACCIÓN SOCIAL Y COOPERACIÓN	2016-2018	N° actividades N° personas con adicciones participantes
22. Promover, en el marco de los Planes Locales de Drogas, la coordinación entre recursos sanitarios, sociales, de empleo y entidades sin ánimo de lucro, para la intervención y el abordaje de las problemáticas que afectan a la persona con un trastorno adictivo, y para la utilización más eficiente de los recursos.	DGSPC Ayuntamientos	2016-2018	N° ayuntamientos participantes N° reuniones de coordinación N° entidades involucradas N° documentos elaborados

23. Publicar en Internet los recursos existentes en Castilla-La Mancha en materia de adicciones y la forma de acceso a los mismos.	DGSPC	2018	Publicado en Internet
24. Promover entre el personal sanitario castellanomanchego el uso de los dispositivos asistenciales públicos o del programa de atención al médico enfermo (PAIME) para problemas por consumo de sustancias y otras conductas adictivas	SESCAM	2018	Nº campañas difusión realizadas Nº sanitarios atendidos
25. Realizar al menos una campaña de promoción de la deshabituación tabáquica en atención primaria.	SESCAM	2018	Nº de campañas realizadas Nº de centros donde se han desarrollado Nº de personas a las que han llegado las campañas
26. Realizar un seguimiento y promover la implementación de la detección, intervención breve e intervención avanzada en tabaquismo de la cartera de servicios del SESCAM.	SESCAM	2017-2018	Nº screening realizados Nº protocolos descargados

COLOCAR AQUÍ EL APARTADO DE FORMACIÓN

INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
ACTIVIDAD	AGENTE	TEMPORALIZACIÓN	INDICADORES
1. Ampliación de las muestras regionales de la encuesta escolar (ESTUDES) y de la encuesta a población general (EDADES) realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas.	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-Nº informes obtenidos - Nº bases de datos
2. Analizar en profundidad y realizar un informe sobre el módulo de juego patológico y nuevas tecnologías de la muestra regional de la Encuesta Escolar (ESTUDES 2014-2015)	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016	-Nº informes obtenidos
3. Elaborar estudios o análisis específicos para la detección de conductas de riesgo, especialmente en el consumo de alcohol y adicciones sin sustancia.	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-Nº de estudios
4. Análisis de los datos regionales del Indicador de Urgencias Hospitalarias del SEIT de manera sistemática y bianual, así como la publicación de resultados.	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-Nº informes realizados. -Nº informes publicados

5. Realizar el estudio de viabilidad y las labores de coordinación necesarias con el SESCAM para la inclusión de los ítems del indicador de Admisiones a Tratamiento en la Historia Clínica informatizada de las UCA.	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2017	- Fecha finalizac. Informes. - Fechas reuniones
6. Incorporar la recogida de los casos de tratamiento por adicciones sin sustancia.	SESCAM Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016 2017	-Nº UCA que recoge Adicc. sin sustancia
7. Mejorar la recogida de los indicadores de tratamiento por drogodependencia de las UCA/USM.	SESCAM DGSPC	2016 2017	-Nº UCA/USM que cumplimentan todos los indicadores
8. Mantener el sistema de notificación trimestral de las personas en tratamiento con sustitutivos opiáceos, y analizar la evolución de estos tratamientos en la región.	SESCAM DGSPC	2016-2017	-Nº centros notificadores. -Nº de informes realizados
9. Realizar estudios concretos sobre el perfil de las personas que están en tratamiento en los dispositivos asistenciales de Castilla-La Mancha, el proceso asistencial que se está realizando con dichos usuarios y los resultados del tratamiento, con atención específica a las diferencias de género y a la patología dual.	SESCAM Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-Nº de estudios
10. Conocer en mayor profundidad, mediante la realización de un proyecto de investigación, el ámbito sociofamiliar de las personas en tratamiento, especialmente los aspectos relacionados con los apoyos familiares y su incorporación a la vida laboral y social.	SESCAM	2016-2018	Nº de estudios
11. Plantear y coordinar las necesidades de investigación detectadas en el presente plan con los programas de doctorado e investigación de los centros universitarios que tengan relación con los distintos aspectos de las adicciones.	DGSPC Observatorio de Drogodependencias de CLM Universidad de CLM	2016-2018	-Nº departam. Univer. coord. -Nº proyectos coordinados

12. Realizar proyectos de investigación en colaboración con la Universidad y otros Organismos en relación a las drogodependencias y adicciones sin sustancia.	Universidad de CLM OO.AA. Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	- N° de proyectos realizados en colaboración.
13. Elaborar un informe bienal, en el que se recoja de manera sistemática el análisis de la información regional referida tanto a los indicadores como a los resultados de las encuestas, así como su publicación y difusión digital.	Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016 2018	-N° informes realizados. -N° informes publicados
14. Mantenimiento, actualización permanente y mejora de la página Web del Observatorio, como principal vehículo de comunicación y difusión de la investigación y formación en materia de drogodependencias.	DGSPC Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-Fechas de actualización de la Web.
15. Propiciar encuentros para el intercambio de conocimientos en relación a la investigación, prevención y tratamiento en adicciones y publicar dichas experiencias en la Web del Observatorio.	DGSPC Observatorio de Drogodependencias de CLM	2016-2018	-N° de encuentros . -N° publicac. con contenidos de jornadas.
FORMACION			
ACTIVIDAD	AGENTE	TEMPORALIZACIÓN	INDICADORES
1. Realizar cursos de formación en prevención de las drogodependencias y otros comportamientos de riesgo dirigidos al profesorado no universitario, especialmente en materia de detección e intervención con los alumnos de mayor riesgo.	DGSPC Consejería de Educación, Cultura y Deportes	2016-2018	N° cursos N° participantes
2. Establecer mecanismos de formación y participación on-line para facilitar a los profesores el intercambio de experiencias preventivas (foros en internet, asesoría on-line, etc.).	DGSPC	2016-2018	N° cursos N° participantes

3. Realizar cursos de formación sobre prevención selectiva e indicada dirigidos a técnicos de los ayuntamientos.	DGSPC	2017	Nº cursos Nº participantes
4. Realizar cursos de formación para personal de atención primaria destinados a mejorar su capacidad para detectar consumos en menores y problemas asociados al consumo en adultos, así como para intervenir a lo largo de los procesos de tratamiento y de seguimiento de drogodependencias, en colaboración con las UCA.	SESCAM	2017	Nº cursos Nº participantes
5. Incorporar en los planes formativos del SESCAM la formación de los profesionales de las UCA en el abordaje de la patología dual y en el tratamiento de las dependencias a psicofármacos.	SESCAM	2017	Nº cursos Nº participantes
6. Incorporar en los planes formativos del SESCAM la formación de los profesionales de las USM y USMIJ en drogodependencias.	SESCAM	2017	Nº cursos Nº participantes
7. Realizar cursos de formación para el movimiento asociativo y el voluntariado (madres y padres de alumnos, vecinos, familiares, etc).	DGSPC DG de Acción Social y Cooperación	2016-2018	Nº cursos Nº participantes
8. Coordinar con las escuelas de hostelería la inclusión en sus programas formativos contenidos relativos a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y del juego patológico.	DGSPC	2017	Nº Escuelas de hostelerías contactadas

COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN			
ACTIVIDAD	AGENTE	TEMPORALIZACIÓN	INDICADORES
1. Participar en los grupos de trabajo organizados por la Delegación del Gobierno para el PNSD para el desarrollo de las actuaciones previstas en la Estrategia Nacional 2013-2016.	DGPND DGSPC	2015-2016	* N° de grupos de trabajo en los que participa la DGPDC
2. Realizar una convocatoria anual de subvenciones para entidades locales destinada a la financiación de programas de prevención selectiva e indicada y de educación de calle.	DGSPC	2015-2017	* N° de subvenciones concedidas a entidades locales
3. Constituir los órganos de participación previstos en la legislación autonómica sobre drogodependencias	DGSPC	2016	* N° de reuniones de los órganos de participación celebradas.
4. Realizar una convocatoria anual de subvenciones para entidades privadas sin fin de lucro destinada a programas y centros de atención a personas con drogodependencia.	DGSPC	2015-2017	* N° de subvenciones concedidas a entidades privadas.

DGSPC Dirección General de Salud Pública y Consumo.
 CECAM Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha.
 SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
 DGPND Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 IIPP Instituciones Penitenciarias.
 COF Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

ANEXOS.

ANEXO I. Composición de la Comisión Técnica Regional de Drogodependencias.

La Comisión Técnica Regional de Drogodependencias es uno de los órganos de coordinación previstos en el artículo 46 de la Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos para la coordinación, evaluación y seguimiento de los diferentes programas del Plan Regional de Drogas.

Presidente: Titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.

Secretario: Titular del Servicio competente en materia de adicciones de la Consejería de Sanidad.

Vocales: * Titulares de los siguientes Servicios de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha:

- Servicio de Promoción de la salud. (C. de Sanidad)
- Coordinación de Inspección y Alertas de Consumo. (C. de Sanidad)
- Coordinación de Información, Formación y Educación del Consumidor. (C. de Sanidad)

- Servicio de Participación y Atención Ciudadana. (C. de Sanidad)

- Servicio de Inspección. (C. de Sanidad)

- Servicio de Familia, Infancia y Menores. (C. de Bienestar Social)

- Servicio de Programas Sociales Básicos. (C. de Bienestar Social)

- Servicio de Acción e Integración Social. (C. de Bienestar Social)

- Servicio de Fomento del Empleo. (C. de Economía, Empresas y Empleo)

- Servicio de Juventud y deporte. (C. de Educación, Cultura y Deporte)

- Servicio de Programas y Atención a la Diversidad. (C. de Educación, Cultura y Deportes)

- Dirección Regional de Salud Mental (SESCAM)

* Un técnico designado por la Fundación Socio sanitaria de Castilla-La Mancha.

* Un técnico designado por la Delegación del Gobierno en Castilla-La Mancha.

* Dos técnicos designados correspondientes a ayuntamientos de Castilla-La Mancha que tengan Plan Municipal de Drogas.

* Un técnico designado por las organizaciones no gubernamentales que trabajen en drogodependencias en Castilla-La Mancha.

* Otras personas cuya asistencia, a juicio de la presidencia de la comisión, se considere pertinente en función de los temas a tratar.

ANEXO II. Composición de la Comisión Interlocal de Drogodependencias.

La Comisión Interlocal de Drogodependencias es uno de los órganos de coordinación previstos en el artículo 47 de la Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos para la coordinación, evaluación y seguimiento de los diferentes Planes Locales de Drogas y de las actuaciones y programas que se realicen en materia de drogodependencias.

Presidente: Titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.

Secretario: Titular del Servicio competente en materia de adicciones de la Consejería de Sanidad.

Vocales: * Alcaldes-Presidentes de los Ayuntamientos de Castilla-La Mancha que disponen de Plan Local de Drogas.
* Otras personas cuya asistencia, a juicio de la presidencia de la comisión, se considere pertinente en función de los temas a tratar.

ANEXO III. Composición del Consejo Asesor de Drogodependencias.

El Consejo Asesor de Drogodependencias es el órgano colegiado de carácter consultivo, previsto en el artículo 48 de la Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, a través del cual se promueva la participación de la comunidad. Estará compuesto por representantes de las Administraciones Públicas, así como representantes de las asociaciones y organizaciones sociales más relevantes relacionadas con las drogodependencias.

Presidente: Titular de la Consejería de Sanidad.

Secretario: Titular del Servicio competente en materia de adicciones de la Consejería de Sanidad.

Vocales: * Titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad.

* Titular de la Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección sanitaria de la Consejería de Sanidad.

* Titular de la Dirección General de Familia y Menores de la Consejería de Bienestar Social.

* Titular de la Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM.

* Titular de la Dirección General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

* Titular de la Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

* Titular de la Dirección General de Programas de Empleo de la Consejería de Economía, Empresas y Empleo.

* Titular de la Dirección General de Juventud y Deporte de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

* Titular de la dirección de la Fundación Socio sanitaria de Castilla-La Mancha.

* Un representante de la Administración de Justicia en Castilla-La Mancha.

* Un representante de la Administración Periférica del Estado en Castilla-La Mancha designado por la Delegación del Gobierno en Castilla-La Mancha.

* Un representante de la Universidad de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia de la Federación de Municipios y Provincias de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Colegio de Psicólogos de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Colegio Oficial de Educadores Sociales de Castilla-La Mancha.

* Titular de la presidencia del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Castilla-La Mancha.

* Titular de la Secretaría General de dos organizaciones sindicales de Castilla-La Mancha.

- * Titular de la presidencia de la Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha.
- * Titular de la presidencia de la Federación de Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla-La Mancha.
- * Titular de la presidencia de dos asociaciones que trabajen en drogodependencias en Castilla-La Mancha.
- * Titular de la presidencia de la Confederación e Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos de Castilla-La Mancha (CEAPA).
- * Titular de la presidencia de la Confederación Católica de Padres de Familia y Padres de Alumnos de Castilla-La Mancha (CONCAPA).
- * Titular de la presidencia de la Confederación Regional de Asociaciones de Vecinos de Castilla-La Mancha.
- * Otras personas cuya asistencia, a juicio de la presidencia del consejo, se considere pertinente en función de los temas a tratar.

BORRADOR