



**X PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE  
DROGODEPENDENCIAS Y OTROS  
TRANSTORNOS ADICTIVOS**

2023 -2027





## ÍNDICE

0.	INTRODUCCIÓN	003
1.	<b>EVALUACIÓN DEL IX PLAN</b>	004
1.	1. EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN	004
2.	2. EVALUACIÓN DEL PROCESO	005
3.	3. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	006
4.	4. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA	020
5.	5. ANÁLISIS DAFO	021
2.	<b>MARCO NORMATIVO</b>	022
1.	1. MARCO EUROPEO Y NACIONAL	023
2.	2. MARCO AUTONÓMICO	027
3.	<b>EVALUACIÓN DE NECESIDADES</b>	036
1.	1. ANÁLISIS SITUACIÓN MUNICIPAL	036
2.	2. ANÁLISIS DE NECESIDADES	049
3.	3. NECESIDADES METODOLÓGICAS TRANSVERSALES	059
4.	<b>OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS</b>	062
1.	1. EJES ESTRATÉGICOS	064
2.	2. OBJETIVOS GENERALES	068
3.	3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	069
5.	<b>ACTUACIONES</b>	072
1.	1. PREVENCIÓN AMBIENTAL	073
2.	2. PREVENCIÓN FAMILIAR	078
3.	3. PREVENCIÓN ESCOLAR	081
4.	4. PREVENCIÓN INDICADA	087
6.	<b>COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>	091
1.	1. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO DEL PLAN	092
2.	2. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES	093
7.	<b>CRONOGRAMA</b>	096
8.	<b>SISTEMA DE EVALUACIÓN</b>	098
9.	<b>PRESUPUESTO</b>	113

ANEXO I: INFORME EVALUACIÓN IX PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDÈNCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

ANEXO II: DIAGNÓSTICO / EVALUACIÓN IX PLAN DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

ANEXO III: ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS



## 0. INTRODUCCIÓN

El Ayuntamiento de Sagunto ha sido pionero en asumir la responsabilidad institucional de la atención y prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos desde mediados de los 80 del pasado siglo XX. Este grave problema sociosanitario ha tenido un fuerte impacto en nuestra comunidad y desde los Servicios Sociales municipales se han ido encauzando diversas iniciativas que fueron evolucionando desde diversos modelos de centros de atención y rehabilitación, pasando por programas de índole comunitaria, hasta la creación en 1998 de la Unidad de Prevención Comunitaria, posteriormente denominada Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas.

A raíz de la creación de esta Unidad técnica especializada empiezan a implementarse sucesivos Planes Municipales de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, el primero de ellos se hizo en 1999 y más de 20 años después, enfrentamos la tarea de sacar adelante el X Plan con la misma visión y con un recorrido operativo consolidado en nuestra comunidad. Desde aquel primer Plan, la situación ha ido modificándose, si bien es cierto que los modelos de consumo de drogas no se han modificado sustancialmente, sí que hemos tenido que aprender a lidiar con otros trastornos adictivos como son la ludopatía y el uso abusivo de las TIC. Desde la especialización técnica y la profesionalización de la prevención, con programas avalados por la evidencia científica, hemos ido haciendo frente al surgimiento de estas nuevas adicciones, así como las que ya existían previamente, pudiendo ofrecer a la ciudadanía de Sagunto los recursos de ayuda que se demandaban en cada momento.

El actual Plan podemos considerarlo como de 3ª generación ya que en él hemos conseguido aunar un mejor conocimiento de la población y sus necesidades, una evaluación exhaustiva de los planes anteriores, una metodología participativa desde la evaluación, al diseño de la programación; y un diseño de la intervención bajo criterios y estándares basados en la evidencia científica, además de un encaje armónico e integrado entre distintos planes estratégicos desarrollados a nivel municipal, como son: el Plan de infancia y adolescencia, el plan de juventud o el Plan integral de Servicios Sociales, por ejemplo.



# 1. EVALUACIÓN DEL IX PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS

El sistema de evaluación previsto en el IX PMPDOTA se diseñó para recopilar la información más relevante relativa al desarrollo de éste, que nos permitiese hacer una valoración de su desarrollo. Tal y cómo habíamos recogido en el diseño, hemos evaluado la planificación, el proceso y el resultado, en base al sistema de indicadores que han ido nutriendo de datos el sistema. El informe completo de esta evaluación figura en el ANEXO I de este Plan. Este sistema estandarizado, evaluado por la técnica de la UPCCA, ha sido complementado por el proceso de evaluación participativa que se ha recogido en el “Diagnóstico/Evaluación IX Plan de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos” (informe completo en el ANEXO II de este Plan).

La información recogida a continuación presenta un resumen de la información más relevante de ambos informes, que nos puede dar una idea aproximada de la evaluación global del IX PMPDOTA.

## 1. EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

El sistema de evaluación permanente del IX PMPDOTA fue diseñado para hacer los reajustes que se determinasen necesarios en la programación, adecuándola a aquellos cambios que se considerasen más oportunos en cada momento.

A fin de mejorar el desarrollo del Plan de manera global, hemos ido introduciendo, a lo largo de estos 7 años, algunas modificaciones en las acciones programadas, en los objetivos específicos, en los indicadores de evaluación y en la calendarización. Estas son las desviaciones de la propuesta original:



## DESVIACIONES ENTRE LA PLANIFICACIÓN Y EL DESARROLLO

El principal desajuste, respecto a la planificación original fue la necesidad de prorrogar la duración del Plan 3 años, ya que no tuvimos en cuenta la necesidad de pausar algunas de las acciones para desarrollar la evaluación y la nueva programación y a esto se sumó la pandemia de COVID 19, que interrumpió el proceso participativo de elaboración del nuevo Plan.

5

Al margen de esto, se han ido introduciendo cambios, tanto en los objetivos específicos, como en el diseño de las acciones, en los indicadores de evaluación y en la calendarización, justificados por:

- La evolución en la demanda de servicios condicionada por el cambio de necesidades emergentes
- La evaluación participativa de programas y acciones
- Se han eliminado los indicadores que hacían referencia a la tasa de cobertura porque resulta imposible calcular el total de población que podría ser susceptible de esta intervención, sobre todo teniendo en cuenta que es una cifra que cada año varía.
- Se finaliza el desarrollo de algunas acciones para priorizar el proceso de evaluación y programación
- Se interrumpen algunas acciones como consecuencia de la pandemia de COVID 19 y las posteriores restricciones
- La necesaria adaptación a los cambios producidos en programas y recursos intersectoriales

Estos cambios no deben ser entendidos como errores de planificación, sino como fortalezas, dejando patente el grado de flexibilidad del Plan.

## 2. EVALUACIÓN DEL PROCESO

La Evaluación de Proceso valora el grado de cumplimiento del Plan de acuerdo con lo previsto y las posibles desviaciones que se hayan podido producir.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

Se han realizado el 90% de las acciones planificadas. Por ejes estratégicos:

- **EJE 1: SENSIBILIZACIÓN SOCIAL HACIA EL CAMBIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL:** **86%**
- **EJE 2: INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON POBLACIÓN DE RIESGO:** **95%**
- **EJE 3: CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA:** **80%**
- EJE 4: ESTUDIO E INNOVACIÓN: **100%**

Las principales razones por las que no se ha llegado a realizar una actividad han sido las siguientes:

1. Porque se había planificado, pero su realización sobrepasa nuestra competencia exclusiva y no hemos conseguido implicar a las personas objetivo de la actividad.
2. Como consecuencia de las restricciones impuestas por la pandemia de COVID 19



## 3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se ha recogido una compilación resumida de la evaluación cualitativa de todos los objetivos específicos (para ampliar información, consultar ANEXO I) y se ha complementado con la evaluación participativa desarrollada en 2021 (ANEXO II).

6

### EJE 1: SENSIBILIZACIÓN SOCIAL HACIA EL CAMBIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL

#### OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1: Formar al menos 30 mediadores sociales de diferentes sectores de población en prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos

Las y los mediadores juveniles formados durante estos años han sido una pieza esencial para el programa, gracias al trabajo realizado por el Departamento de juventud, ya que este Departamento formó la estructura: la plataforma de trabajo con los y las corresponsales, y desde la UPCCA sólo tuvimos que desarrollar los contenidos formativos y dinamizar este grupo para el desarrollo de las campañas. La experiencia para los y las corresponsales y para las técnicas que participamos fue muy gratificante y la evaluación del impacto cualitativo de las campañas (aunque no se haya medido de manera formal) indica que, los grupos con los que trabajaron los y las mediadoras, mostraban más permeabilidad a los contenidos preventivos, simplemente porque venían de un “igual” referente que se expresaba con sus códigos y canales que les son comunes. Otro de los impactos cualitativos de la intervención es que teníamos la oportunidad de formar y dar responsabilidad preventiva a un grupo de adolescentes que a partir de ahí tomaban conciencia de su papel como agente de cambio social y se les hacía protagonistas por una conducta positiva (salían en prensa, les felicitaban los responsables políticos, les reforzaban en los centros educativos, etc...). El paso que nos falta dar ahora es volver a captar a esos y esas corresponsales que han ido creciendo en el programa y que ya son jóvenes adultos y adultas, para que sean formadores de mediadores.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2: Impulsar al menos 1 campaña anual de sensibilización frente al problema de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, desde la iniciativa social.

Las campañas fueron diseñadas y desarrolladas por los y las mediadoras y consistían en: exposiciones, juegos, dinámicas grupales, etc... Cada uno de ellos y ellas creó la actividad con la que se sentía más cómodo y cómoda y se desarrollaron en los grupos de 2º de ESO con la colaboración de los centros respectivos. Son campañas basadas en la interacción personal de las que no ha quedado una producción concreta. Consideramos que el margen de mejora de este tipo de acciones está precisamente en que podrían concretar una acción productiva, como por ejemplo un mural, vídeo, publicación, etc...que extienda la sensibilización a un público indirecto que no ha podido beneficiarse de la dinámica interactiva.



La valoración de los destinatarios de las campañas se llevó a cabo mediante un cuestionario muy sencillo en el que se medía el grado de satisfacción con la actividad en una escala de 0 a 5, siendo la media de puntuación por encima de 4 SOBRE 5 (4,3 / 4,7)

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3: Atender el 100% de la demanda de información sobre las drogodependencias que la población del municipio presente a la UPCCA

7

La mayor parte del trabajo de difusión colectiva en información sobre prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos, se desarrolla en el marco de la intervención desde Servicios Sociales. El hecho de que la UPCCA esté integrada en este Departamento, favorece su rentabilización como recurso de prevención específica con grupos de riesgo.

En cuanto a los contenidos desarrollados, estos se han ido ajustando, no sólo a la demanda sino al perfil de las personas participantes, a la valoración de necesidades detectadas, etc..., pero todos ellos se han ceñido a la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos. Hemos detectado una tendencia de demanda creciente en relación con el uso problemático de TICs, no tanto por el incremento de problemas relacionados con esto, como por la percepción social de la relevancia de este problema.

Las acciones informativas son valoradas con una media de 4.8 sobre 5

Como en el caso de “escuelas de padres y madres” la metodología de Charlas de difusión colectiva empieza a estar en desuso, o, al menos, desactualizada y habría que ir diseñando nuevos formatos de intervención preventiva.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4: Desarrollar una campaña de sensibilización hacia conductas potencialmente adictivas en menores

La campaña “Dales Tiempo a Crecer” se crea con la finalidad de desarrollar intervenciones preventivas de información y sensibilización comunitaria dirigidas a retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol. Se inicia en 2016 con un estudio de la situación e intenta su desarrollo estratégico a través de las familias, en primer lugar. En 2018 tuvimos que reconducir la campaña por la demanda apremiante que surgió en torno al uso problemático de TICs.

En esta campaña, decidimos respetar su esencia de protección hacia la infancia (Dales tiempo a crecer) y centrarnos en la demanda que estábamos recibiendo, es decir, aquello que sí era vivido como un problema por parte de la sociedad. De ahí surgió el cambio de dirección de la campaña hacia la prevención del uso problemático de TICs que dio origen a la Guía para familias que se editó en 2019 y que tuvo un gran impacto sobre la población, no sólo por los 3000 ejemplares editados, también por la evaluación cualitativa que se hizo con un grupo piloto de familias, en la que se determinó: que el contenido lo valoraban como “muy interesante”, que las técnicas y consejos les parecían sencillos y aplicables y después de 3 meses, 4 de las 5 familias en seguimiento habían puesto en práctica alguno de los consejos recogidos en la guía..



Este cambio de estrategia nos ha permitido crear un espacio de información que en el siguiente Plan deberemos rentabilizar, no abandonando la idea de retomar la prevención del consumo abusivo de alcohol y otras posibles adicciones, pero siempre con la mirada puesta en la población más vulnerable, como son los niños, niñas y adolescentes.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1.5: Consolidar el programa de Prevención Escolar en Educación Secundaria en al menos 8 de los 10 centros de Educación Secundaria de la localidad

8

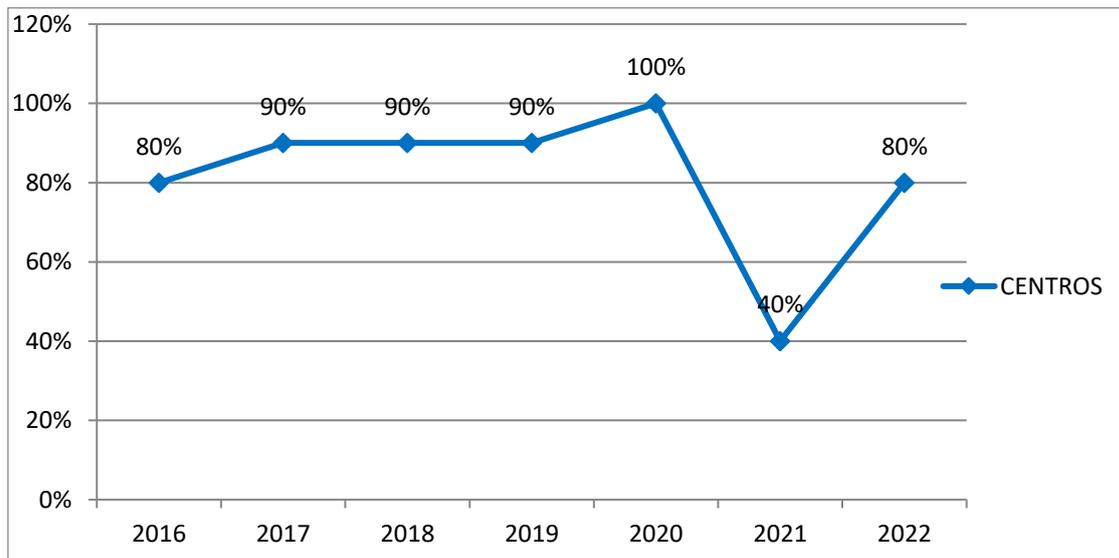
El Programa de Prevención Escolar en Educación Secundaria está plenamente consolidado en 9 de los 10 centros educativos de la localidad, incluso podemos afirmar que, si no hubiésemos paralizado las acciones por la pandemia, estaríamos hablando de estabilidad en el 100%, porque el último centro que faltaba había solicitado la intervención.

Hemos conseguido crear un espacio a la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos en las aulas de secundaria y la fórmula para conseguirlo ha sido: escuchar las necesidades de la comunidad educativa y dar respuesta a ellas. Durante muchos años se ha invertido mucho en materiales, en programas autoaplicados y olvidamos a los principales agentes de prevención: el alumnado y el profesorado. De esta forma, los materiales se iban almacenando sin haber sido apenas utilizados. Ni siquiera la formación de docentes se ajustaba a la realidad, ya que seguíamos formándolos en programas autoaplicados, pero la realidad era que las plantillas de los centros educativos eran muy inestables y cuando formabas a un grupo, el curso siguiente no contabas con el mismo grupo y tenías que volver a empezar desde cero. Además, se daba la circunstancia de que los materiales ofertados eran valorados negativamente, tanto por parte del profesorado, como por parte del alumnado.

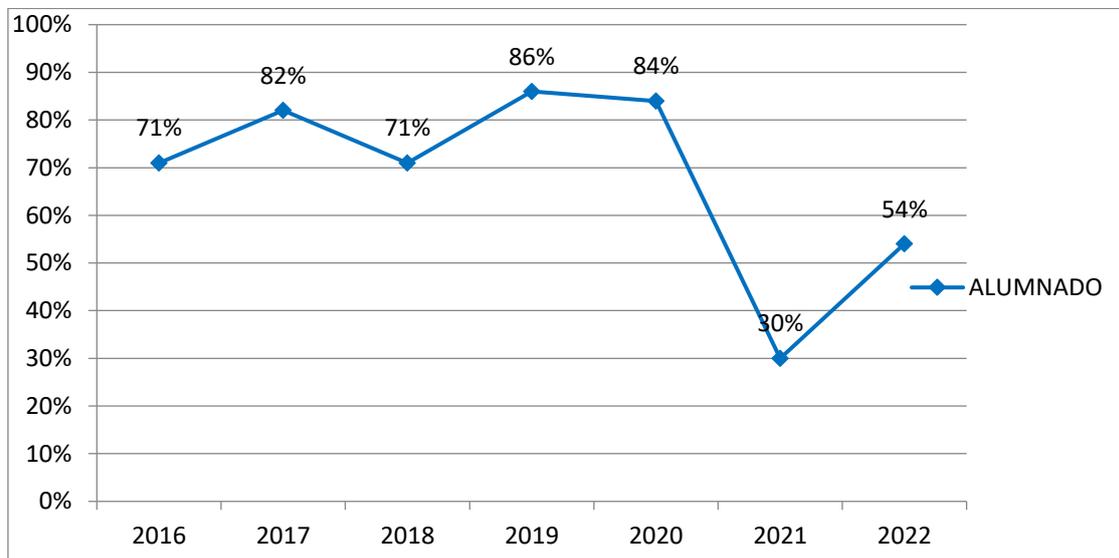
El hecho de que hayamos configurado un programa flexible, diseñado en base a las necesidades de cada grupo/aula, con garantía de profesionalidad y fiabilidad contrastada y con metodologías dinámicas, ha favorecido el reconocimiento profesional, por parte de los centros educativos, de la labor desarrollada por la técnica de la UPCCA y eso ha facilitado que la cobertura de centros y alumnado haya sido creciente hasta la declaración del Estado de Alarma y la suspensión de actividades por la pandemia de COVID 19. Como contrapartida, tenemos que valorar que el programa depende totalmente de la figura profesional de la técnica de la UPCCA y la necesaria presencialidad en las aulas, prácticamente a tiempo completo, de octubre a junio, condiciona la disponibilidad profesional para el resto de las acciones del programa.



## TASA DE COBERTURA DE CENTROS



## TASA DE COBERTURA DE ALUMNADO



**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.6:** Impulsar un programa de Educación para la Salud en educación primaria en al menos 2 centros de educación primaria de la localidad

Esta acción se ha desarrollado durante 7 cursos escolares. El punto de partida en el curso 2015 / 2016 era la total ausencia de programas estructurados, en educación primaria que trabajasen la Educación para la Salud. Desde el primer momento, la UPCCA decidió apostar por el trabajo intersectorial con



otros departamentos del Ayuntamiento de Sagunto, ya que desde hacía muchos años se venía viendo la necesidad de estructurar y organizar una oferta unificada de programas dirigidos a la educación primaria, que debían ser coordinados por el Departamento de Educación.

En una primera fase, se crearon las bases del grupo promotor coordinado por el Departamento de Educación y se revisaron los diferentes programas para adaptarlos a las características de la oferta que habíamos diseñado. Esta revisión de programas conlleva un estudio en profundidad de la adaptabilidad de los contenidos y metodologías a la población objetivo y posibles dificultades de su implantación.

En una segunda fase se creó una “parrilla” de oferta unificada en la que se incorporó la selección de programas propuestos por la UPCCA y en el curso 2019/2020 conseguimos introducir las primeras acciones a través de programas como “Prevenir para Vivir” y “Cuentos para Conversar”. La llegada de la pandemia de COVID 19 impidió que se pudiese hacer una evaluación efectiva de la aplicación de estos programas. Posteriormente hemos seguido ofertando la cartera de programas de la Conselleria de Sanitat, pero en el último curso ningún colegio los ha solicitado, a ello contribuye que Conselleria se retrasa en el envío de los materiales, lo que descuadra la programación de aula y que no siempre se puede satisfacer la demanda al 100%.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1.7: Desarrollar al menos 1 Escuela de Prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos para padres y madres por curso

La necesidad de trabajar con las familias la información, la sensibilización y la formación en prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos está constatada y es pertinente una intervención en este sentido. Ahora bien, es necesario reconocer que la metodología tradicional de “escuela de padres y madres” no está respondiendo a la realidad de las familias, el poder de convocatoria es escaso, la asistencia muy limitada y el impacto de la intervención mínimo.

Considero que debemos explorar nuevas vías para hacer llegar la información y la formación hasta el público objetivo que son las familias, como pueden ser:

- “píldoras informativas”
- Difusión a través de web, plataformas streaming y redes sociales
- Materiales de difusión: guías, posts, vídeos cortos, blogs, etc...
- Encuentros en línea



## EJE 2: INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON POBLACIÓN DE RIESGO

### OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1: Complementar el Programa de Prevención Escolar universal en Secundaria con al menos 2 acciones preventivas específicas adaptadas para alumnado más vulnerable

11

La creciente demanda durante estos 7 años de este modelo de intervención, complementaria a la prevención universal, justifica la pertinencia de esta. De hecho, ha sido esencial, para la implantación y estabilidad del programa de secundaria.

El principal problema para la aplicación de programas “estándar” es la enorme diversidad que se aglutina en las aulas, si cualquier profesional intenta aplicar de manera rígida las propuestas de los programas, se va a encontrar con innumerables dificultades. Afortunadamente, nuestro programa flexible era aplicado por una profesional con formación específica en la materia que adaptaba los contenidos a las necesidades y realidades diversas del aula.

Durante el desarrollo del Plan se ha atendido el 100% de la demanda de adaptación de contenidos preventivos para adaptarlos a perfiles específicos del alumnado. Esta intervención estaba integrada dentro del normal desarrollo del programa en los diferentes centros, por lo que no requiere de una implementación extraordinaria de recursos. En todo caso, enriquece el desarrollo del programa.

El alumnado con necesidades específicas que se ha beneficiado de esta intervención ha sido creciente en proporción a la flexibilidad del programa. Pasamos de los 192 alumnos y alumnas de 2016 (cuando todavía intentábamos que el profesorado aplicase el programa Órdago), a los y las 775 alumnos y alumnas en 2020. Las características de este grupo de alumnado, que los convierte en personas especialmente vulnerables y que hacen que se requiera una adaptación de contenidos y metodologías, son:

- Necesidades educativas especiales
- Inicio precoz del consumo de drogas
- Problemas de conducta
- Alto índice de absentismo escolar

Aunque este tipo de intervenciones se desarrolla también en aulas de ESO, los y las principales beneficiarias se ubican en la Formación Profesional Básica y el Programa Aula Compartida, llegando a tener una cobertura de más del 80% de este tipo de programas.

En cuanto a los contenidos desarrollados, dado el perfil de alumnado, en este tipo de intervenciones se combinan los contenidos de prevención universal con contenidos específicos de disminución de daño y riesgo.

Por su parte, los destinatarios hacen una valoración positiva de la intervención, puntuándola una media de 3.7 en una escala que mide el grado de satisfacción con la actividad de 0 a 5. A nivel cualitativo, hemos podido observar una mejor adaptabilidad a las actividades propuestas y una



mayor permeabilidad a los contenidos preventivos de la formación y por tanto un impacto mayor que con las actividades standard de los programas universales.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2: Impulsar al menos 4 acciones preventivas basadas en “habilidades para la vida” en los programas de Aula d’*Esplai* del Departamento de Servicios Sociales

12

Este objetivo se diseñó con la finalidad de introducir una metodología de trabajo basada en el desarrollo de “habilidades para la vida”, en un contexto donde se trabaja con menores que se ajustan a un perfil de prevención específica. Su grado de cumplimiento ha ido inevitablemente unido a las fluctuaciones e inestabilidades que este tipo de programas tienen dentro de la programación de Servicios Sociales.

Sin lugar a duda, el objetivo de impulsar esta forma de trabajo se ha conseguido. Hemos desarrollado formación de profesionales, hemos diseñado programas de actividades basadas en esta metodología, hemos desarrollado sistemas de intervención y evaluación, etc... Pero, por encima de todo, hemos conseguido desarrollar una mirada positivista de la intervención educativa con menores en espacios no formales.

El desarrollo de las acciones lo podemos dividir en 2 fases:

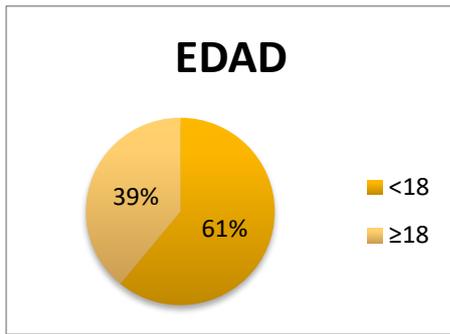
- 1ª fase (2016 y 2017), las acciones se basaban en 2 talleres específicos (teatro y habilidades para la vida)
- 2ª fase (2018 y 2019), las acciones se integran en el programa *Espai Obert*, donde se recogen éstas, entre otras acciones

Como forma de enriquecer el programa de actividades, hemos incorporado módulos de acciones que se desarrollaban paralelamente y de manera conjunta entre los menores y las familias, llevando el entrenamiento en HHVV a la intervención educativa familiar.

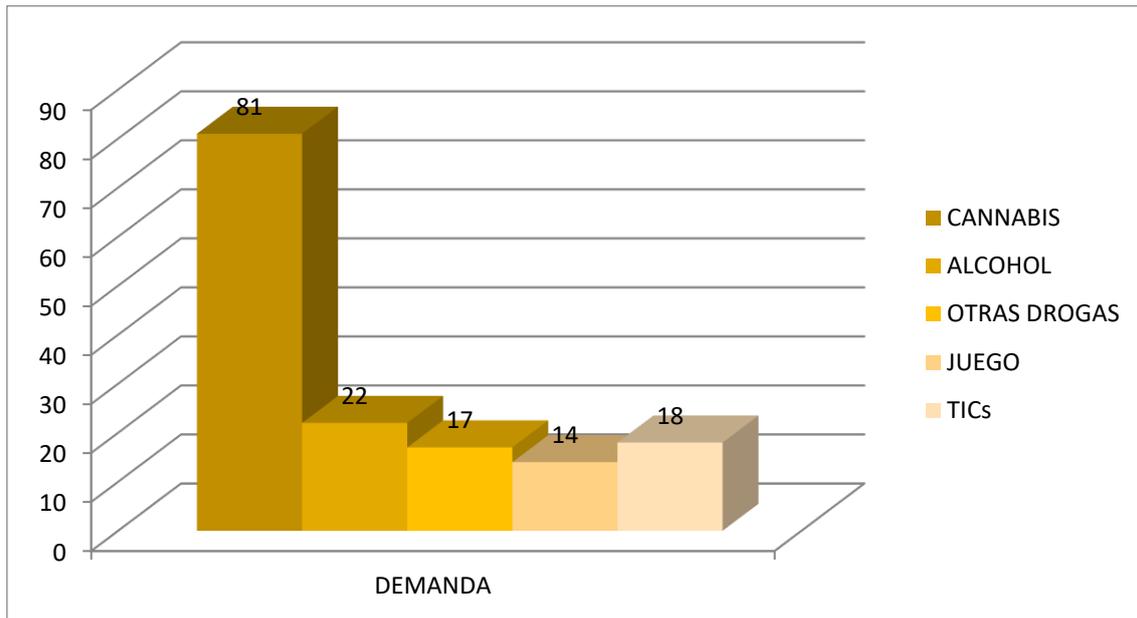
## OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3: Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de intervención en prevención específica de las drogodependencias y otros trastornos adictivos

El servicio de atención individual y/o familiar ha atendido durante estos 7 años el 100% de la demanda recibida, un total de 152 casos atendidos, incluso, durante el confinamiento decretado por el Estado de Alarma, se mantuvo la operatividad de este servicio, supliendo la atención directa por atención telefónica.

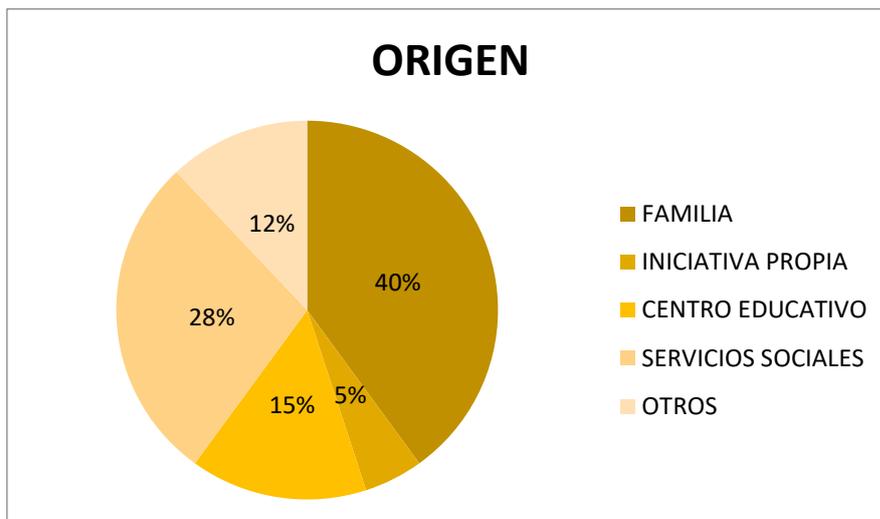
Aunque el servicio está dirigido fundamentalmente a jóvenes y adolescentes, también atiende al resto de la población. El perfil de las personas atendidas es el siguiente:



## MOTIVO DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN:



## ORIGEN DE LA DEMANDA:





Los casos suelen llegar al Servicio de Atención a través de la demanda de algún familiar y derivados desde Servicios Sociales. Respecto a los Centros Educativos, se ha venido observando que la derivación al Servicio, nunca se hace por los cauces oficiales (no se utiliza el protocolo PREVI). En este sentido, consideramos que los factores que obstaculizan el desarrollo del citado protocolo podrían ser:

- El nivel de responsabilidad que se le requiere al centro como promotor del protocolo
- El desconocimiento del protocolo
- La falta de confianza en la intervención propuesta

Los datos recogidos apuntan a una elevada tasa de adherencia a la intervención ya que, entre los menores de edad atendidos, finalizan la intervención el 69% y entre los adultos, la finalizan el 68%.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4: Desarrollar al menos 4 talleres de prevención específica como medida sustitutiva o complementaria ante condenas y/o sanciones administrativas

El taller de prevención del consumo de drogas dirigido a personas que están cumpliendo medidas sustitutivas, ha sido diseñado sobre un patrón de disminución de daño y riesgo y orientado, fundamentalmente, a la seguridad vial.

Además, nuestro taller se complementa con información sensibilizadora sobre el proceso de adicción y las vías de acceso a tratamiento y, de hecho, este es uno de sus principales activos, ya que alguna de las personas que realiza el taller, al finalizarlo, ha sido derivada a tratamiento a petición propia.

Se han desarrollado los 4 talleres previstos, en colaboración con el servicio de Trabajos en Beneficio de la Comunidad del Ayuntamiento de Sagunto. 36 personas, en cumplimiento de este tipo de condenas, lo han desarrollado en su totalidad, con una buena asimilación de los contenidos, lo que quiere decir que el diseño se adapta a la población objetivo, tanto en contenidos como en metodología.

En 2022 además hemos introducido otro tipo de talleres adaptándonos a la demanda emergente, concretamente con un menor condenado a tareas socioeducativas relacionadas con el buen uso de TIC. Se ha desarrollado en colaboración con el técnico de medidas judiciales de menores en medio abierto y la experiencia ha resultado muy positiva tanto para los técnicos como para el menor implicado.

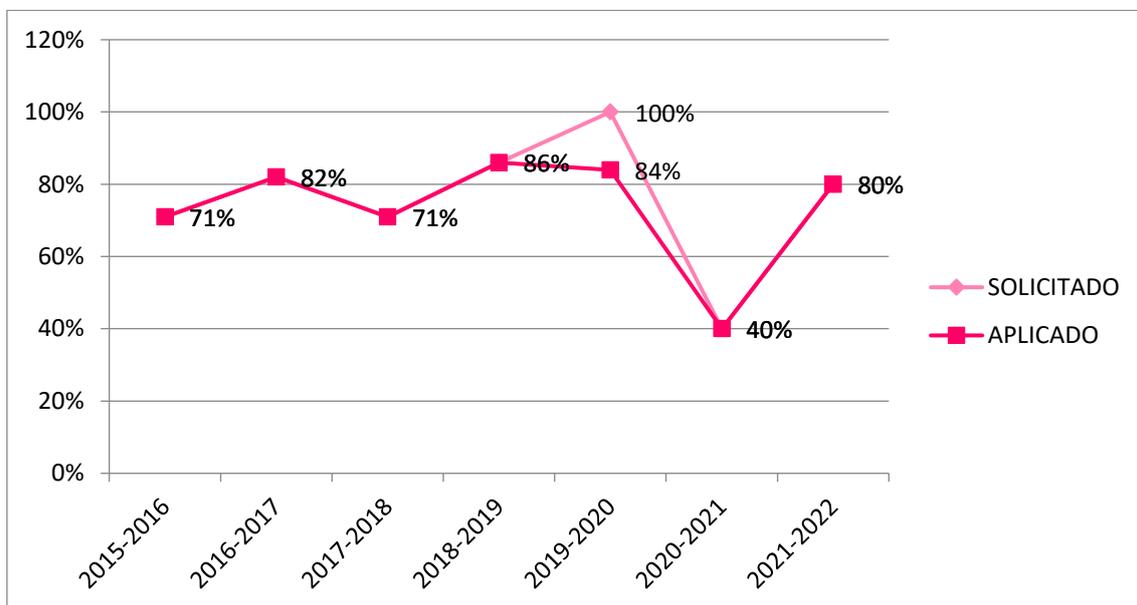
Los y las destinatarias del taller valoran positivamente la acción formativa, los contenidos y la labor docente, puntuándola en una escala de 0 a 5 con una media de 4.5.

## EJE 3: CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

### OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1: Incrementar la cobertura del Programa de Prevención Escolar, tanto el universal como el selectivo, en 8 de los 10 centros de Educación Secundaria Obligatoria de la localidad

15

Para evaluar el cumplimiento de este objetivo hemos analizado la evolución de la tasa de cobertura en centros de educación secundaria. Es obvio que hemos superado las expectativas de este objetivo. Desafortunadamente, durante los cursos 2019 / 2020 y 2020 / 2021 no hemos podido responder a toda la demanda por las restricciones consecuentes a la pandemia de COVID 19. Pero podemos observar en el siguiente gráfico como durante el curso 2021 / 2022 estamos empezando a recuperar cierta normalidad.



### OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2: Ofertar dos niveles de intervención (universal y selectiva) para cada una de las áreas de intervención

En el diseño anual de la oferta de programas y acciones de prevención en diferentes ámbitos, se ha equilibrado la oferta de prevención universal y selectiva. Especialmente en el programa de prevención escolar, hemos diseñado una oferta contemplando los dos niveles de intervención, sujetos a demanda. El modelo de intervención desarrollado y la metodología empleada, permite hacer adaptaciones y dar respuesta a las demandas de intervención selectiva y universal.

### OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3: Sistematizar la evaluación de la intervención preventiva anualmente y al finalizar el periodo de 4 años

El establecimiento previo de indicadores de evaluación basados en los objetivos específicos de cada programa nos ha permitido evaluar la eficacia de cada uno de ellos y por tanto del plan general.



Además de la eficacia, ha tenido especial relevancia la evaluación de la eficiencia del proceso de implementación de cada uno de los programas, relacionando los recursos empleados con los resultados conseguidos.

Las áreas evaluadas han sido:

16

## EVALUACION DE LA PLANIFICACION

- Incorporando los reajustes que se han ido determinando como necesarios en la programación, adecuándola a aquellos cambios que se han considerado como relevantes.

## EVALUACION DEL PROCESO

- Se ha ido valorando el grado de cumplimiento del Plan de acuerdo con lo previsto y las posibles desviaciones que se han ido produciendo. Asimismo, se han incorporado criterios de eficiencia en esta valoración por lo que se relacionaba la actividad desarrollada con los recursos invertidos en la implementación de esta.

## EVALUACION DE RESULTADOS

- En esta se ha valorado el cumplimiento de los objetivos específicos y las estrategias de prevención, a través del sistema de indicadores,.

La utilidad de la evaluación desarrollada se ha demostrado en los continuos ajustes de programación que nos han permitido, durante estos 7 años, crear un Plan flexible y adaptado a nuestra realidad municipal. Todos los instrumentos diseñados por nosotros, así como los procesos de evaluación se han desarrollado con criterios de eficacia y eficiencia. No ha sido así con el sistema de registro de la Conselleria de Sanitat (SISNOP) que se ha demostrado inoperativo, ineficaz e ineficiente, pero seguimos estado obligados a cumplimentarlo, dedicando a ello una media de 150 horas anuales.

### OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4: Desarrollar al menos una acción preventiva en cada uno de los sectores representados en la Comisión Mixta para la Prevención de Drogodependencias

La Comisión Mixta para la Prevención de Drogodependencias es el ejemplo de cómo la evaluación nos permite reorientar la intervención para no abandonar la estrategia, pero sí reajustar procesos y objetivos, ajustándolos a la realidad. Esta Comisión partía de una línea estratégica de intersectorialidad a fin de que la responsabilidad de la intervención preventiva se repartiese entre distintos sectores y departamentos de acción municipal.



Ha sido enormemente complicado y, en ocasiones, hasta cierto punto imposible, establecer líneas de coordinación estable para desarrollar acciones preventivas con todas las áreas propuestas y menos darle el formato de Comisión. Es por ello por lo que nos planteamos el trabajo por sectores, identificando aquellos con los que resultaba más operativa la coordinación y trabajando con ellos de manera aislada.

## EJE 4: ESTUDIO E INNOVACIÓN

### OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1: Desarrollar al menos 2 acciones de estudio e investigación en profundidad de las características del municipio en cuanto a consumo de drogas y otros trastornos adictivos

En el diseño del Plan se había previsto un objetivo mínimo de 2 acciones de estudio e investigación que se ha ido ampliando. Hay que tener en cuenta que son proyectos de estudio e investigación muy complejos que normalmente se alargan durante 2 años como mínimo.

Durante estos 7 años, ha irrumpido con fuerza en el panorama de la prevención de adicciones el uso problemático de TIC y el juego entre adolescentes y la mayor parte de las acciones de estudio se han dirigido hacia estos fenómenos, lógicamente. Se ha colaborado con la Conselleria de Sanitat y la Universitat de València en 2 estudios sobre uso de TIC y juego patológico; se llevó a cabo un sondeo sobre el uso de Smartphone entre el alumnado de ESO; 1 estudio sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas en la población escolar; y para cerrar el Plan, hemos llevado a cabo un proyecto de estudio a través de informadores clave que nos permita hacer un diagnóstico global de la situación municipal y en base a esta información, diseñar líneas estratégicas para el nuevo Plan. Un total de 5 proyectos sobre los 2 previstos.

### OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2: Utilizar los medios TIC para el desarrollo de al menos una de las acciones de cada programa

Incorporar los medios TIC en el desarrollo de las acciones de intervención preventiva, ya no es sólo una mejora cualitativa, es una necesidad. Las acciones de comunicación y coordinación se hacen ya sobre una base telemática y más en la era post-covid, todas las reuniones del curso 2020 y 2021 se han hecho en línea.

Progresivamente, se ha ido fomentando también la formación en línea de las familias y como hemos comentado en el apartado de escuela de padres y madres, esta vía es la que se adivina como más operativa de cara al próximo Plan.

Se ha utilizado también el método en línea para la formación especializada, lo que ha mejorado la accesibilidad a los cursos de formación, que de otro modo no se hubiesen podido desarrollar.

De hecho, consideramos que el mayor margen de mejora que podemos incorporar de cara al nuevo Plan es el crecimiento de la acción preventiva utilizando las herramientas TIC. Utilizar los canales y



códigos adecuados para tener un impacto en la población objetivo de las acciones preventivas es fundamental y esto pasa por la rentabilización de la comunicación digital. La sociedad actual nos lanza el reto de adaptar los contenidos preventivos a los formatos que los nuevos canales de comunicación cotidianos requieren.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 4.3: Introducir al menos una estrategia de prevención innovadora

18

El IX PMDOTA fue diseñado como un permanente laboratorio en el que el estudio y la evaluación retroalimentan la intervención preventiva. Cada año, se han ido incorporando varias iniciativas innovadoras para dar respuesta a las necesidades cambiantes de una población en continua evolución. Nuestra materia de trabajo está en constante cambio y, por tanto, los objetivos, la metodología y los contenidos de la intervención preventiva deben adaptarse a estos cambios. En este sentido, tener un Plan que estructura su intervención tomando como base las prestaciones profesionales y no materiales, permite dar la flexibilidad necesaria a la intervención. Es la profesional del UPCCA, en colaboración con los recursos municipales y la propia comunidad la que va dando forma a la intervención preventiva en base al diagnóstico realizado y los recursos disponibles.



## EL IX PMPDOTA EN CIFRAS

### EJE 1: SENSIBILIZACIÓN SOCIAL HACIA EL CAMBIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL

- 158 PERSONAS MEDIADORAS FORMADAS EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES, CON UN IMPACTO POTENCIAL SOBRE 2.525 PERSONAS
- 26 SESIONES DE DIFUSIÓN INFORMATIVA SOBRE ADICCIONES CON GRUPOS DIVERSOS DE POBLACIÓN A LAS QUE ASISTEN EN TOTAL 284 PERSONAS
- UNA CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN CON 87 INTERVENCIONES A TRAVÉS DE INFORMADORES CLAVE Y 3000 EJEMPLARES DE LA GUÍA PARA FAMILIAS REPARTIDAS
- 2600 ALUMNOS Y ALUMNAS DE MEDIA Y 200 SESIONES POR CURSO
- MÁS DE 200 PADRES Y MADRES FORMADOS EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES

19

### EJE 2: INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON POBLACIÓN DE RIESGO

- 427 ALUMNOS Y ALUMNAS Y 44 SESIONES DE MEDIA POR CURSO EN PREVENCIÓN SELECTIVA
- 227 NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPAN EN TALLERES DE HABILIDADES PARA LA VIDA
- 152 PERSONAS ATENDIDAS EN PREVENCIÓN INDICADA
- 5 TALLERES DESARROLLADOS COMO MEDIDA JUDICIAL SUSTITUTIVA EN EL QE PARTICIPAN 37 PERSONAS

### EJE 3: CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

- SE LLEGA A ALCANZAR EL 100% DE LA COBERTURA DE CENTROS (PRE-PANDEMIA)
- SE OFERTAN 2 NIVELES DE PREVENCIÓN EN TODOS LOS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
- 7 INFORMES/MEMORIA ANUALES Y 1 INFORME FINAL
- 6 TÉCNICOS MUNICIPALES DE DIFERENTES ÁREAS COLAORAN DE MANERA ESTABLE EN EL DESARROLLO DEL PLAN

### EJE 4: ESTUDIO E INNOVACIÓN

- COLABORACIÓN CON 2 ESTUDIOS DIRIGIDOS DESDE CONSELLERIA DE SANITAT
- SONDEO USO DE SMARTPHONE
- 2 ESTUDIOS EN POBLACIÓN ESCOLAR: JUEGO Y CONSUMO DE DROGAS
- 1 INFORME SOBRE SALAS DE JUEGO
- ESTUDIO EVALUACIÓN DE NECESIDADES
- 12 CONTENIDOS INNOVADORES



## 4. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA

El Diagnóstico/ evaluación del IX Plan de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos se desarrolló con una metodología participativa, a través de grupos focales con informadores clave y un fórum joven. En ambos procesos se estudiaron indicadores de evaluación del Plan y las principales conclusiones extraídas del estudio son:

- Una de las conclusiones más contundentes que se extrae del estudio es la opinión generalizada de la normalización del consumo de drogas entre la población de Sagunto, especialmente entre la población joven y el desequilibrio de los recursos para hacer frente a esto, tanto sociales, como sanitarios e incluso fuerzas de orden público.
- Es necesario incrementar el nivel participativo en las acciones de prevención, se propone que se trabaje sobre la implicación de agentes sociales como comercios y empresas locales, así como familias y escuelas. En este sentido se considera de especial importancia el papel de actores sociales como la hostelería, discotecas, salones de juego y locales que vendan alcohol.
- Se destacan aspectos estructurales de vulnerabilidad de nuestra comunidad y se reclaman políticas sociales de reducción de la pobreza, de fomento del empleo (especialmente el empleo juvenil) y de lucha contra la exclusión social. La población pone de relieve la necesidad de promover la salud mental, ya que encuentran una relación intrínseca entre salud mental y adicciones.
- Otra de las líneas de acción que proponen que debiese contemplarse en la prevención es el ocio saludable, ya que se considera que en Sagunto el tiempo de ocio, especialmente entre la población más joven, está inherentemente asociado al consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas.
- Las acciones de prevención municipal tienen escaso impacto público y son poco conocidas, por lo que se debería hacer un mayor esfuerzo en la difusión de las acciones. Se echa en falta un plan de comunicación innovador y fuerte que capte la atención de la juventud.
- El área de prevención escolar sigue siendo necesaria, pero la acción en este ámbito debería diversificarse, no comunicar sólo en términos científicos, sino recoger una perspectiva cultural y social. Se considera muy importante que estas actividades formativas capten los intereses de la juventud y deben ser más participativas, en las actuales prima la visión adulta. En este ámbito, se recomienda evitar planes monótonos que se repitan cada curso.
- Se destaca la necesidad de una formación sobre adicciones para profesorado, familias y, en general, profesionales que trabajen con niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- Se considera necesario mejorar el trabajo en red y la transversalidad.
- Especialmente las personas jóvenes reclaman un espacio de información /orientación físico o virtual al que poder acudir en caso de necesidad.
- El estudio participativo recogió carencias en el IX Plan en cuanto a perspectiva de género, siendo esta muy necesaria a la hora de analizar la realidad y crear acciones.

## 5. ANÁLISIS DAFO

Analizando toda la información recogida, podríamos resumir la evaluación del IX PMDOTA en el siguiente esquema DAFO

21

### DEBILIDADES

- No recoge estrategias de prevención ambiental
- No hemos consolidado una estructura intersectorial
- Limitación de recursos
- Carencias en perspectiva de género
- Uso integrado de TIC
- Carencias en el eje estratégico de ocio saludable
- Carencia de una estrategia de comunicación

### AMENAZAS

- El uso de canales y medios tradicionales nos distancia de la población general y acabamos centrándonos en la población vulnerable
- La participación tiene margen de mejora, si no conseguimos motivar, dinamizar, promover la acción comunitaria va a ser difícil promover cambios estructurales
- Debemos aceptar el reto de salir de la visión científica y la perspectiva adulta.
- Falta de impacto social de las acciones de prevención
- La estabilidad de algunos programas puede llegar a ser monotonía y dificultar la innovación y la flexibilidad

### FORTALEZAS

- Profesionalización y solvencia técnica
- Confiabilidad y prestigio
- Flexibilidad para adaptarse a las necesidades
- Retroalimentación continua de la evaluación
- Respaldo institucional municipal y autonómico
- Financiación estable
- Protocolos de colaboración estables con Departamentos y entidades
- Adaptación de contenidos a prevención específica
- Desarrollo de prevención indicada
- Control de calidad
- Desarrollo de estudio/investigación para alimentar la práctica
- Reciclaje técnico constante
- Innovación y desarrollo

### OPORTUNIDADES

- Estabilidad del programa de prevención escolar
- Sinergias con algunos Departamentos y áreas municipales
- Las estructuras participativas ya consolidadas en el municipio
- Sensibilidad social hacia este problema
- Voluntad política de colaborar y sacar adelante la planificación de la prevención en adicciones
- La normativa vigente

## 2. MARCO NORMATIVO

El *X Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos* es el instrumento básico para la planificación de los objetivos y actuaciones que, en el ámbito de la prevención de adicciones, se desarrollan a nivel municipal en el ejercicio de las competencias propias de la administración local y en un marco amplio de actuaciones que van desde las directrices de la Estrategia Europea sobre Drogas, pasando por la Estrategia Nacional planteada por el Plan Nacional sobre drogas, hasta llegar a la legislación básica de la Comunitat Valenciana en esta materia, con el fin de:

- prevenir la aparición de trastornos adictivos
- Promocionar hábitos de vida saludables y de rechazo del consumo de drogas

### MARCO LEGISLATIVO NACIONAL DE REFERENCIA

- **CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA**, de 27 de diciembre de 1978
- **REAL DECRETO-LEY 17/2017**, de 17 de noviembre, por el 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, para transponer la directiva 2014/40/UE del parlamento europeo y del consejo, de 3 de abril de 2014
- **REAL DECRETO 840/2011**, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas
- **LEY ORGÁNICA 4/2015**, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana
- **REAL DECRETO 1079/1993**, de 2 de julio, que regula la remisión administrativa de penas en materia de drogas
- **LEY 7/85**, reguladora de las Bases de Régimen Local.
- **LEY 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego.**
- **REAL DECRETO 958/2020**, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego.

### MARCO LEGISLATIVO AUTONÓMICO DE REFERENCIA

- La **LEY 10/2014** de Salud de la Comunitat Valenciana, modificada posteriormente por la **Ley 8/2018**, de 20 de abril.
- La **LEY 26/2018** de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana
- La **LEY 1/2020** de regulación del juego y de prevención de la ludopatía en la Comunitat Valenciana



- La **LEY 3/2019** de Servicios Sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana
- La **LEY 8/2010**, de 23 de junio, de la Generalitat, de Régimen Local de la Comunitat Valenciana
- La **LEY 27/2013**, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local
- La **LEY 2/2015**, de 2 de abril, de Transparencia, Buen Gobierno y Participación Ciudadana de la Comunitat Ciudadana.
- La **LEY 6/2018**, de 12 de marzo, por la que se modifica la Ley 14/2010, de 2 de febrero, de la Generalitat Valenciana de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos.
- **DECRETO 132/2010**, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana.
- **DECRETO 89/2018**, de 29 de junio, del Consell, de acreditación de programas de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos y de regulación del Comité de personas expertas.
- **DECRETO 57/2006**, de 21 de abril, del Consell, por el que se desarrolla en el ámbito de la Comunitat Valenciana, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco
- **DECRETO 105/2019**, de 5 de julio, del Consell, por el que establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las consellerías de la Generalitat, desarrollado a su vez por el
- **DECRETO 185/2020**, de 16 de noviembre, del Consell, de aprobación del Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. **Este Decreto ha sido desarrollado a su vez, por la orden 3/2022**, de 22 de abril, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública
- **Orden 4/2015**, de 3 de diciembre, por la que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones en materia de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, posteriormente modificada por la Orden 3/2020, de 9 de junio.

El presente PMDOTA está sólidamente fundamentado en el marco legislativo de referencia citado anteriormente y se estructura, concretamente en:

- los principios rectores, determinados por el marco legislativo europeo y nacional
- La estructura organizativa y competencial determinada por la legislación autonómica

## 1. MARCO EUROPEO Y NACIONAL

Desde el nivel nacional y supranacional (europeo), se ha intentado marcar una estrategia común sobre drogas y adicciones, estableciendo unos principios básicos de lo que debe ser la intervención en este ámbito, es decir que se ha creado un marco estratégico para intentar hacer frente a este problema. Dentro de este marco estratégico, la prevención ocupa un lugar destacado.



## ESTRATEGIA EUROPEA

La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2021-2025, contempla los servicios de prevención de adicciones dentro del capítulo II: REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGA. Con esta finalidad de reducción de demanda, la estrategia europea propone una serie de acciones prioritarias que incluyen la prevención ambiental, universal, selectiva e indicada. El objetivo global de estas intervenciones debe ser “contribuir al desarrollo sano y seguro de niños y jóvenes y a una reducción del consumo de drogas ilegales. También tiene como finalidad posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de drogas”.

24

Establece como áreas estratégicas prioritarias:

1. Facilitar, implantar y, en caso necesario, ampliar la disponibilidad de intervenciones y estrategias de prevención universales y medioambientales empíricamente contrastadas para los entornos y grupos destinatarios, con el fin de mejorar la resiliencia y de reforzar las habilidades para la vida y las opciones de vida saludable
2. Facilitar, implantar y, en caso necesario, ampliar la disponibilidad de intervenciones de prevención específicas empíricamente contrastadas destinadas a los jóvenes y otros grupos vulnerables.
3. Facilitar, implantar y, en caso necesario, ampliar la disponibilidad de medidas de intervención temprana empíricamente contrastadas.
4. Difundir entre los responsables políticos y los profesionales las pruebas científicas más recientes sobre prevención y proporcionarles formación al respecto.
5. Abordar la conducción bajo los efectos de drogas.

Esta Estrategia recoge también, aunque no estén dentro del capítulo de prevención, algunas directrices que promueven:

- Garantizar el acceso a tratamientos y servicios asistenciales y reforzarlos.
- Medidas de disminución de daño y riesgo que contemplan la prevención de enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas, la prevención de sobredosis y muertes, la promoción de la participación en la sociedad civil y la oferta de alternativas a las sanciones coercitivas.

## ESTRATEGIA NACIONAL

La Estrategia Nacional de Adicciones (ENA 2017-2024) pretende ofrecer un marco de referencia para el desarrollo de planes y programas relacionados con las adicciones, desde un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia.

Los valores básicos que sustentan y dan forma a esta estrategia son:

- Enfoque de salud pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad
- Universalidad
- Coherencia y colaboración entre Administraciones públicas
- Atención a la diversidad
- Corresponsabilidad social y responsabilidad pública



En coherencia con estos valores, sus principios rectores son:

- Equidad
- Perspectiva de género
- Transparencia
- Evidencia científica
- Participación
- Intersectorialidad e interdisciplinariedad
- Calidad
- Eficiencia y sostenibilidad

La ENA entiende la prevención y reducción del riesgo como un área de actuación dentro de su primera meta: “Hacia una sociedad más saludable e informada”. Esta estrategia marca el objetivo de la intervención preventiva como la reducción de los factores de riesgo y el incremento de los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas adictivas; y establece tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada) que deben desarrollarse no sólo con las personas, sino en los contextos sociales en los que se producen las conductas potencialmente adictivas. En relación con la reducción del riesgo, lo entiende como la disminución de los efectos negativos de una conducta potencialmente adictiva y pretende que este tipo de intervenciones pueda ser adaptada para aplicarse a los consumos de jóvenes y adolescentes y al tratamiento de otras conductas adictivas en las que la evitación es prácticamente imposible o inadecuada (TICs)

Por otra parte, la ENA plantea que “la prevención en España tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos”, marcando una directriz clara de fomento de las intervenciones de prevención ambiental. Además de esto, considera necesario “aumentar la cobertura de los programas preventivos, garantizando la cobertura universal de aquellos avalados por la evidencia”. Asimismo, plantea la necesidad de hacer frente a nuevos retos, como son: “las nuevas formas de adicción sin sustancia, especialmente el juego patológico, la percepción de normalidad en el consumo de alcohol y cannabis por parte de menores, las presiones hacia la legalización del cannabis o la aparición continua de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de las drogas”. Por último, propone la necesaria adaptación de las respuestas preventivas a los nuevos contextos y formas de relación, especialmente las redes sociales, aprovechando las oportunidades que ofrecen para la prevención.

En coherencia con esta visión de la prevención, la ENA plantea los siguientes objetivos estratégicos:

- Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
- Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.



- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

En coherencia con los objetivos señalados, la ENA establece que la población diana prioritaria de la prevención son los menores y jóvenes y aquellos grupos de población adulta donde se dan un riesgo mayor de consumo de drogas, a los que denomina colectivos vulnerables.

## 1.1. PRINCIPIOS RECTORES

Del análisis de los principios básicos que plantean estos documentos y entendiendo que cada uno de ellos se adapta a su posición estratégica dentro de un ámbito territorial y político diferente, hemos extraído aquellos componentes que se pueden adaptar a nuestro ámbito de intervención municipal, estos son:

1. **Responsabilidad pública y coordinación intersectorial.** Permitiendo un enfoque y un abordaje multifactorial y multidisciplinar y fomentando la optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.
2. **Equidad.** Garantizando la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, que se desarrollan bajo criterios de proximidad a la ciudadanía y de adaptación a las características singulares de diferentes grupos poblacionales.
3. Fomento de la **participación social**, mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto a fin de promocionar hábitos saludables, el rechazo del consumo de drogas y otros tipos de trastornos adictivos y la solidaridad con los afectados y priorizando la intervención preventiva con grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.
4. Establecimiento de criterios de eficacia, eficiencia y evaluación continua de los resultados de las actuaciones y programas, desarrollando una intervención profesional especializada y basada en la evidencia científica bajo normas de **calidad**.
5. Equilibrar la intervención preventiva mediante el fomento de las medidas de **prevención medioambiental**, entre las que se incluyen la reducción de la presencia y promoción de las conductas susceptibles de generar adicción, la promoción de la conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentando la percepción del riesgo.
6. Ampliar la cobertura de los programas preventivos, garantizando la **universalidad** de aquellos avalados por la evidencia.
7. **Adaptabilidad** de la intervención preventiva a los nuevos contextos y formas de relación, especialmente las redes sociales.
8. Enfoque de **salud pública integral**, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad, promocionando conducta y hábitos de vida saludables.



9. Atención a la **diversidad**, incluyendo en la programación la prevención Universal, selectiva e indicada y aplicable no sólo al consumo de drogas sino a otras conductas adictivas. En este sentido, deben cobrar especial relevancia las intervenciones en reducción del riesgo, tanto en colectivos vulnerables como en conductas en las que la evitación es imposible o inadecuada.
10. Priorizar la **protección de la infancia y adolescencia**, otorgándole la consideración de colectivos especialmente vulnerables, limitando la accesibilidad de los menores a las drogas y otras conductas susceptibles de adicción y fomentando la detección e intervención precoz ante el desarrollo de adicciones.
11. Incorporar la **Perspectiva de Género** en los programas de prevención de adicciones
12. Planificar la intervención preventiva con criterios de eficiencia, sostenibilidad y transparencia.

Estos principios rectores deben garantizar una intervención preventiva orientada a conseguir una meta común, que en el III Plan Estratégico de la Comunitat Valenciana se define como *Misión*:

- *“disminuir la vulnerabilidad frente a todas las drogodependencias y otros trastornos adictivos y paliar sus consecuencias”*

## 2. MARCO AUTONÓMICO

El marco legislativo autonómico define básicamente qué es la prevención, al tiempo que hace una propuesta metodológica y de contenidos a desarrollar y estructura el régimen organizativo y competencial.

### 2.1. DEFINICIÓN

En la Comunitat Valenciana, la ley marco que regula la intervención en adicciones es **la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana**, modificada posteriormente por la **Ley 8/2018, de 20 de abril**.

Respecto a la prevención de drogodependencias la Ley 10/2014, en su artículo 62.1, la define como un conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o se conviertan en un problema para la persona o su entorno. Por otra parte, cuando se habla en esta Ley de otros trastornos adictivos, se refiere concretamente a: adicciones conductuales que puedan generar una dependencia similar a la de las sustancias químicas y con las mismas repercusiones en el entorno familiar, social y económico y cita concretamente el juego patológico y el uso de nuevas tecnologías, tales como teléfono móvil, videojuegos, internet o contenidos virtuales (art. 76), concretamente, en la Comunitat Valenciana se ha desarrollado legislativamente la prevención del trastorno de adicción al juego a través de la **Ley de regulación del juego y prevención de la ludopatía (1/2020)**



## 2.2. METODOLOGÍA

El marco legislativo autonómico, en la Comunitat Valenciana, cuando entra a tratar la materia de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos, la ubica en el **ámbito sociosanitario**, ya que podríamos definir las adicciones como un problema de salud física y mental que tiene un impacto directo en la salud social de los individuos y su entorno, o como un problema de salud social del individuo y su entorno, que tiene un impacto negativo en la salud física y mental. Es por ello por lo que hablamos de la necesidad de una **perspectiva holística** y de una **metodología multidimensional e interdisciplinar** a la hora de planificar la prevención de adicciones en el ámbito comunitario.

28

Por una parte, La Ley de Salud (10/2014), en línea con la **visión integral de los problemas de salud**, la perspectiva **inclusiva** y la **atención a la diversidad**, propone el **enfoque comunitario** y próximo a la ciudadanía de la prevención y otorga a los municipios un papel protagonista en su desarrollo e implementación.

Por otra parte, la Ley de Servicios Sociales Inclusivos (3/2019) parte de la definición de “los servicios sociales como aquellos prestados directamente a las personas, que ejercen una función de prevención y de **cohesión social** y que tratan de facilitar la inclusión en la sociedad y de garantizar la realización de sus derechos fundamentales”, definición que casa a la perfección con nuestra misión preventiva. Concretamente, la atención primaria de Servicios Sociales, entre otros rasgos característicos (art. 15), tiene un enfoque comunitario y está orientada a la prevención e intervención con personas, familias o unidades de convivencia, grupos y comunidades. Es innegable que las adicciones en su conjunto se configuran como un factor de exclusión, por sí mismas y ligadas a los innumerables problemas sociales que generan, por tanto, su prevención es materia competencial ineludible desde el Sistema Público de Servicios Sociales.

En esta visión amplia y multidimensional de los problemas de salud, el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana apuesta por una reorganización de los cuidados clínicos para una atención integrada y continuada que combine los distintos niveles asistenciales y **centre su atención en el paciente y su entorno familiar**. Además, reconoce la necesidad de actuar en el ámbito poblacional fomentando la PREVENCIÓN y el empoderamiento de la ciudadanía y de los pacientes mediante intervenciones que faciliten la **participación** y la incorporación de **activos en salud comunitarios**. Este cambio de paradigma se apoya en las siguientes ideas:

- La toma de decisiones basada en la evidencia
- Enfoque de salud poblacional
- Foco en la prevención
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- Flexibilidad / adaptabilidad
- Integración, como núcleo duro y fractal del modelo

Tanto la Ley de Salud, como la Ley de Servicios Sociales Inclusivos hacen referencia a la **prevención universal**, así como a la **específica e indicada** a través de la priorización de acciones preventivas



dirigidas a **colectivos vulnerables**, sin llegar a entrar reglamentariamente en ese concepto de vulnerabilidad. Ahora bien, implícitamente, en su desarrollo, se delimita la población objetivo prioritaria en prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos ya que recogen específicamente los contenidos preventivos a desarrollar con la infancia y adolescencia, otorgándoles directamente la condición de vulnerabilidad. De hecho, el IV Plan de Salud en la línea estratégica 4: *cuidar la salud en todas las etapas de la vida*, concretamente en el punto 4.2: *promover la salud en la adolescencia y la juventud*, se hace referencia explícita al consumo de sustancias psicoactivas e identifica la adolescencia y la juventud como etapas de alta vulnerabilidad para el desarrollo de estos problemas. Por esta razón, entre otras, la **Ley 26/2018**, de 21 de diciembre, de derechos y garantías de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana, no puede dejar de recoger esta materia y en el capítulo VI, donde habla del derecho a la salud, hace referencia explícita a la necesidad de universalizar las actuaciones de promoción de la salud dirigidas a la población infantil y juvenil y entra en la consideración de que no deben basarse sólo en la difusión de **información**, sino en el **fomento de habilidades y capacidades** que favorezcan comportamientos saludables.

Por otra parte, la Ley 26/2018 cuando habla de prevención específica e indicada, recoge la necesidad de que los recursos y servicios asistenciales que atiendan a los niños, niñas y adolescentes que presentan problemas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos deban garantizar que las intervenciones terapéuticas se ajusten al perfil y características de las personas menores de edad, con **enfoque en los factores psicosociales**, especialmente en aquellas personas menores de edad que presentan problemas de salud mental.

## 2.3. POTESTAD SANCIONADORA

Tanto la **Ley 10/2014**, de Salud de la CV, como la **Ley Orgánica 4/2015**, de Protección de la Seguridad Ciudadana, como la **Ordenanza Municipal de Medidas para Fomentar y Garantizar la Convivencia Ciudadana en el Espacio Público de Sagunto** (en vigor desde el 1 de mayo de 2012), garantizan la competencia municipal de velar por el cumplimiento de las medidas de control y ejercer la potestad sancionadora y la adopción de medidas cautelares y definitivas, entre otras, para limitar y/o impedir el consumo de alcohol en la vía pública.

Merece especial atención, en el marco de este Plan Municipal, el consumo de alcohol en la vía pública, entendiéndose que esta práctica es ejercida por un número considerable de menores y jóvenes de la localidad, población especialmente vulnerable y grupo objetivo prioritario de la intervención preventiva que este Plan articula y desarrolla. Por ello se recoge en el artículo 46 de la citada Ordenanza Municipal que:

*“La Administración Municipal facilitará a los residentes en el término municipal, asesoramiento y orientación sobre la prevención del consumo abusivo de alcohol, y en su caso del tratamiento de las situaciones de adicción y de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas.*

*Con tal fin promoverá e impulsará campañas informativas que conciencien sobre los efectos del consumo abusivo de alcohol a fin de modificar hábitos y actitudes en relación con su consumo. Estas*



*campañas divulgativas se dirigirán a grupos diana de la población, enfatizando lo positivo de la no ingestión abusiva de alcohol.*

*Se dispensará una protección especial en este campo a los niños y jóvenes, y población general, para ello se diseñarán acciones en el ámbito de la información, formación, educación para el ocio, etc. Que tiendan a lograr los indicados fines preventivos en este colectivo, preferentemente mediante el diseño de programas preventivos basados en el conocimiento de la realidad en la que se va a intervenir, coordinados por la Administración competente y realizados conjuntamente por los Técnicos Municipales de drogodependencias, y Centros Escolares, Culturales, Deportivos y todas aquellas instituciones que dispongan de infraestructuras destinadas a un público compuesto principalmente por menores de 18 años.”*

La reconversión de medidas sancionadoras en intervenciones preventivo-educativas cuando la infracción sea cometida por menores de edad viene respaldada, no sólo por la ordenanza municipal, sino por la propia Ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana (art. 111.2) donde prevé que estas sanciones podrán ser sustituidas por cursos formativos de concienciación sobre el consumo de alcohol y otras drogas, en los términos que se establezcan reglamentariamente. Además, esta Ley establece un protocolo específico de protección y atención de menores que deban ser atendidos en servicios sanitarios por consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas, a fin de reclamar el necesario ejercicio de la responsabilidad educativa a los padres o tutores y poniendo a su disposición el asesoramiento y / o intervención terapéutica más adecuada para cada caso.

Por su parte, la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana, permite hacer extensiva este tipo de intervenciones al consumo de otras sustancias, cuando en su Disposición adicional quinta sobre “Suspensión de sanciones pecuniarias impuestas por infracciones en materia de consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas cometidas por menores de edad” dice que las multas que se impongan a los menores de edad por la comisión de infracciones en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y sus representantes legales, aquéllos accedan a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación.

## 2.4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y RÉGIMEN COMPETENCIAL

La Ley de Salud 10/2014 establece que las administraciones públicas, en su ámbito competencial, desarrollarán, promoverán, apoyarán, fomentarán, coordinarán, controlarán y evaluarán los programas y actuaciones en materia de prevención. Concretamente, esta competencia recae específicamente en la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, tal y como recoge el **DECRETO 105/2019**, de 5 de julio, del Consell, por el que establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las consellerías de la Generalitat, desarrollado a su vez por el **DECRETO 185/2020**, de 16 de noviembre, del Consell, de aprobación del Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, desarrollado a su vez, por la orden 3/2022, de 22 de abril, de la



Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, en cuyo artículo 12 crea la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención, a la que corresponde planificar, dirigir, controlar, coordinar y supervisar entre otros, al **Servicio de Promoción de Conductas Saludables y Prevención de Adicciones y Drogodependencias**, al que se le asignan las siguientes funciones, sin perjuicio de las que corresponden al Servicio de Salud Mental respecto de las Unidades de Conductas Adictivas:

- a) Coordinación de las unidades, servicios y programas de prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- b) Preparación y tramitación de los convenios, conciertos y subvenciones en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- c) Tramitación de los expedientes de acreditación y registro de los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias.
- d) Tramitación de los expedientes sancionadores en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- e) Las demás funciones de gestión administrativa en relación con las unidades, servicios y programas de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.
- f) Proponer indicadores alineados con los acuerdos de gestión, su seguimiento y evaluación, en el ámbito de la actividad del servicio.

No obstante, resulta evidente que estamos hablando de un problema multifactorial y, por tanto, se debe abordar desde distintas áreas y estructuras territoriales. Es por ello por lo que, en el marco de la Ley de Salud, se arbitra el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana como el instrumento estratégico de planificación y programación de las políticas de salud (art. 12). En el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (vigente hasta 2020) se contemplan, a su vez, 2 planes/estrategias sectoriales que tienen competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, como son: la Estrategia Autonómica de Salud Mental (2016 - 2020) y el Plan Estratégico de Drogodependencias. A estas 2 estrategias se le sumará en el futuro, desde otro ámbito, la Estrategia Valenciana Integral de Prevención y Tratamiento del juego patológico. El objetivo de estas estrategias autonómicas es, precisamente, crear sinergias competenciales y estructurar los recursos entre las distintas administraciones a quienes compete la intervención en drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Como hemos ido viendo, desde la perspectiva multidimensional del problema de las adicciones y la respuesta estratégica comunitaria, es absolutamente necesario coordinar la intervención de recursos sanitarios, educativos y de servicios sociales, prioritariamente, en el contexto más próximo a la población destinataria de la intervención preventiva: el municipio. En línea con esta estrategia, la citada Ley de Salud otorga a los municipios la responsabilidad de desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud en el ámbito familiar, comunitario y educativo, que considera prioritarias, a través de planes, programas y proyectos de acción local en salud, que deberán alinearse con las estrategias, objetivos y acciones del plan de salud vigente y se ejecutarán de manera coordinada con los servicios asistenciales y de salud pública.



## LA COMPETENCIA MUNICIPAL EN PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

La competencia municipal en materia de prevención de drogodependencias está determinada por diversas leyes:

32

Por un lado, tanto la Ley **27/2013**, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, como la Ley **8/2010**, de 23 de junio, de la Generalitat, de Régimen Local de la Comunitat Valenciana contemplan que:

- Los municipios, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, pueden promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de los vecinos
- Los municipios valencianos tienen competencia propia, entre otras (33.3.h.), en protección de la salubridad pública
- Las Leyes Sectoriales de la Generalitat asegurarán a los municipios su derecho a intervenir en cuantos asuntos afecten directamente al círculo de sus intereses, atribuyéndoles las competencias que proceda en atención a las características de la actividad pública de que se trate y a la capacidad de gestión de la entidad local, de conformidad con los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos

La Ley **10/2014**, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, es la Ley sectorial que desarrolla las competencias municipales en **Salud Pública** y la define como *el conjunto de las actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para promover, proteger y recuperar la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.*

La Ley 10/2014 establece específicamente que las competencias en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos de los municipios de más de 20.000 habitantes son (6.3.a):

1. **La aprobación y ejecución de un plan municipal sobre trastornos adictivos**, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos en el Plan Estratégico sobre Trastornos Adictivos de la Generalitat, que incluirá programas de prevención, así como de información y asesoramiento a través de las unidades destinadas a la prevención comunitaria de conductas adictivas.
2. **La coordinación** de los programas municipales de prevención en materia de trastornos adictivos que se desarrollen exclusivamente en su ámbito territorial.
3. **El fomento de la participación social y de las instituciones sin ánimo de lucro** que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el plan municipal sobre trastornos adictivos.
4. La **constitución de unidades** destinadas a la **prevención comunitaria de conductas adictivas**, dotándolas de los medios técnicos y humanos necesarios

También se reconoce en la Ley **26/2018** de **derechos y garantías de la infancia y la adolescencia** en el art. 169.d) y h) que es competencia de las entidades locales: *La prevención y protección de la salud*



de niños, niñas y adolescentes mediante las competencias que tengan atribuidas en materia de drogodependencias y La prevención de las situaciones de desprotección infantil y adolescente.

## LA UNIDAD DE PREVENCIÓN COMUNITARIA EN CONDUCTAS ADICTIVAS (UPCCA) COMO HERRAMIENTA BÁSICA DE LA PREVENCIÓN MUNICIPAL

33

El último Plan Estratégico de Drogodependencias aprobado fue el III, que tenía una vigencia hasta 2015, sin que hasta la fecha se haya aprobado uno nuevo. El III Plan Estratégico en Drogodependencias consolidó la estructura de la red socio-asistencial en la Comunitat Valenciana en materia de drogodependencias, dividiéndola en 3 ejes:

- PREVENCIÓN
- TRATAMIENTO INTEGRAL
- ATENCIONES ESPECIALES

En el eje correspondiente a prevención incluía la prevención universal, selectiva e indicada, cuya competencia recae en las Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas, como recurso municipal de proximidad y herramienta orgánica y estructural clave para el desarrollo de los planes municipales de drogodependencias.

En la línea de garantizar una intervención profesional especializada, bajo criterios de eficacia, eficiencia, calidad y evaluación de resultados desde la evidencia científica, la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana dispone que la intervención municipal en prevención de drogodependencias debe desarrollarse desde la **Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA)**. Este recurso viene regulado por el **Decreto 132/2010**, de 3 de septiembre, del Consell sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana. Concretamente en su artículo 3.10 define a las Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA) como *servicios especializados de titularidad local que desarrollan programas de prevención con el objeto de reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y otras conductas adictivas, así como promover hábitos de vida saludables*.

Las UPCCA deben estar autorizadas por el órgano competente de la Generalitat en materia de drogodependencias. Esta autorización se regula en el citado Decreto **132/2010** y consiste en un acto administrativo mediante el que se reconoce que los centros y servicios de atención y prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos reúnen los requisitos mínimos para desarrollar su actividad y proporcionar a las personas afectadas por este tipo de problemas, la atención necesaria.

El Ayuntamiento de Sagunto dispone de una UPCCA desde el 1 de octubre de 1998, que contaba con Acreditación Definitiva de la Dirección General de Drogodependencias de la Conselleria de Sanitat nº V/98/015, por Resolución de fecha 7 de diciembre de 2001. Esta Acreditación fue homologada como Autorización a raíz de la publicación del Decreto 132/2010 e inscrita con el nº ACD/9007 en el Registro de Centros y Servicios de Atención y Prevención de las Drogodependencias de la Comunitat



Valenciana, por Resolución de 28 de febrero de 2011. Esta Autorización, a su vez, fue prorrogada en 2 ocasiones por Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanitat, la última en fecha 13 de marzo de 2019, por lo que continúa vigente hasta 2023.

Para el mantenimiento de la UPCCA, el Ayuntamiento de Sagunto cuenta con una subvención anual de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, que viene regulada por la **Orden 4/2015**, de 3 de diciembre, por la que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones en materia de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, posteriormente modificada por la Orden 3/2020, de 9 de junio. Por tanto, las acciones contempladas en el Plan Municipal deben cumplir con las condiciones que se estipulen por ésta, mediante las Resoluciones que anualmente convoquen las citadas subvenciones. Concretamente, además de la Autorización de la UPCCA y del preceptivo informe vinculante de la Conselleria de Sanitat para la aprobación del Presente Plan Municipal (Ley 10/2014):

- Se debe someter a la aprobación previa de la Dirección General competente cualquier material de información o divulgación que se utilice como apoyo de la intervención preventiva.
- Se debe justificar la realización del proyecto y/o actividad para la que se solicite subvención.
- Se debe facilitar las actuaciones de comprobación, seguimiento y supervisión de la Dirección General competente, al objeto de conocer cualquier aspecto de la actividad objeto de la subvención.
- Se debe presentar una memoria anual de las actividades realizadas

Todas estas medidas de autorización y supervisión nos permiten garantizar que la intervención preventiva se desarrolla bajo los estándares de calidad requeridos.

La UPCCA del Ayuntamiento de Sagunto está integrada en el Departamento de Servicios Sociales y se integra en la atención primaria de carácter específico que “se caracteriza por la singularidad de la atención e intervención requerida y ofrecida en función de la naturaleza de las situaciones y de la intensidad de las prestaciones” (**Ley 3/2019**), estando especialmente indicada para el problema que suponen las adicciones, cuya intervención requiere de un alto grado de especificidad.

Los programas de prevención de adicciones contemplados en el Plan Municipal y desarrollados por la UPCCA, en colaboración con los equipos de intervención de Servicios Sociales permitirán complementar y enriquecer algunas de las funciones propias de la atención primaria específica:

- Intervención integral en el núcleo familiar o relacional
- Implementación de programas y actuaciones que favorezcan la inclusión social de grupos vulnerables
- Los Planes personalizados de intervención social
- Desarrollo de estrategias promoción de actuaciones formativas, ocupacionales, socioeducativas y de inclusión social
- Asesoramiento, prevención y rehabilitación, en su caso, ante situaciones de vulnerabilidad o riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas



De hecho, la Prevención está recogida en esta Ley (art. 36.e) como prestación profesional garantizada dentro del Catálogo de prestaciones del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y la define como: “las actuaciones de sensibilización y promoción dirigidas a la ciudadanía del ámbito territorial de referencia, actuando sobre factores asociados a distintas necesidades o fenómenos sociales, con objeto de evitar su aparición, reaparición o permanencia en el tiempo. Con la finalidad de promover el ejercicio de los derechos sociales, así como las actuaciones comunitarias y de voluntariado social, se desarrollarán actuaciones individuales, familiares, grupales y comunitarias”.

Por último, aunque no menos importante, la acción preventiva desarrollada por la UPCCA, se consolida como una pieza clave en la protección de la infancia y la adolescencia, cuya competencia corresponde a la atención primaria de servicios sociales, tal y como se recoge en la Ley 26/2018 (art. 170). Esta Ley dedica su CAPITULO II a la acción preventiva, a la que otorga categoría de acción prioritaria, ya que incide en aquellos factores que convierten a las personas menores de edad en vulnerables frente a la exclusión, los conflictos con la ley y los problemas de conducta, en general.

## 3. EVALUACIÓN DE NECESIDADES: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN LOCAL

El estudio diagnóstico de la situación municipal nos permite:

1. Identificar y priorizar las necesidades sobre las que se dirige la acción planificada
2. Seleccionar la metodología y procedimientos más adecuados
3. Programar la evaluación en base al diagnóstico inicial

A la hora de hacer una evaluación diagnóstica de necesidades hemos combinado el análisis cualitativo y cuantitativo. Nuestro objetivo, en cualquier caso, era aproximarnos a la realidad municipal en cuanto a consumo de drogas y otras adicciones, pero también analizar la incidencia en nuestra comunidad de los factores de riesgo y protección avalados por la evidencia científica. Para este fin hemos desarrollado:

- Un análisis macrosocial cualitativo a través de grupos focales combinados con entrevistas en profundidad a informadores clave y un análisis cualitativo participativo, a través de un fórum con población joven del municipio. Los resultados de todos estos procesos participativos se han recogido en el informe “Diagnóstico /Evaluación IX Plan de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos” (ANEXO II).
- Un estudio cuantitativo sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas en la población adolescente del municipio (ANEXO III).
- La valoración técnica de la trabajadora social de la UPCCA que recoge, tanto el estudio descriptivo de los factores de riesgo y protección del municipio, como la evaluación técnica de la información aportada por el Diagnóstico/Evaluación participativo.

Todos estos procesos han producido una ingente cantidad de datos que han sido analizados para detectar las necesidades y priorizar aquellas sobre las que vamos a intervenir, conformando la base sobre la que se estructura el presente Plan.

### 1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN MUNICIPAL

Sagunto reúne una serie de características estructurales y sociodemográficas que pueden llegar a convertirse en Factores de Riesgo para la proliferación de trastornos de tipo adictivo si no se interviene adecuadamente para controlar su impacto sobre la población, pero también tiene algunos

factores de protección que han de ser rentabilizados y potenciados para así desarrollar una prevención eficaz.

## 1.1. CONTEXTO SOCIAL

### → CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES

Las características territoriales del municipio de Sagunto le convierten en un factor de riesgo en sí mismo por las siguientes razones:

- Tiene un buen sistema de comunicaciones y es de fácil acceso por tierra y por mar, lo que lo convierte en una zona estratégica de introducción y distribución de “sustancias ilegales”
- Está situado en la Costa Mediterránea, configurándose como lugar de atracción turística y por tanto centro de actividades lúdico-festivas relacionadas con la “marcha nocturna” y, por tanto, relacionadas con el consumo de sustancias (legales e ilegales) susceptibles de abuso.
- El hecho de ser cabeza de comarca le convierte en lugar de referencia no sólo para la comarca del Camp de Morvedre sino para muchos pequeños municipios de su entorno. Hecho que potencia los dos factores mencionados anteriormente.



En el caso de que a lo urbano degradado correspondiera inexorablemente lo social desviante, deberíamos analizar determinadas características de este municipio que se podrían identificar como degradación urbana. En primer lugar, podríamos situar la existencia de núcleos aislados caracterizados por sus dificultades de acceso a los recursos normalizados que los convertirían en “marginales” por esta razón, sin tener en cuenta el factor económico que pudiera interpretarse de este concepto. Cabría mencionar núcleos aislados de primera residencia como: Racó de L’Horta (Bajo vías), Las Balsas (Clot del Moro), Baladre y San José. En estos barrios el clima social y la identidad del lugar facilitarían la autopercepción del individuo como marginal con todo lo que ello pueda conllevar. La adaptación ecológica del fenómeno droga a su carácter proscrito le lleva a dirigirse hacia zonas semiprivadas, donde se desarrollan comportamientos que, en otro lugar, serían inmediatamente objeto de control social.

Una de las principales características socio-geográficas de Sagunto es su división en dos núcleos de población separados por 7 Km, esta dispersión de la población dificulta la accesibilidad a los recursos, así como también introduce la necesidad de duplicar algunas acciones con el consiguiente incremento del presupuesto.



DigiAtlas.com

## ➔ CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A nivel demográfico, la población de Sagunto se configura de la siguiente manera:

- Número total de habitantes del municipio: 71.333
- Distribución por edad y sexo (10/08/2021):

GRUPO EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-9	3106	2807	5913
10-19	4076	3646	7722
20-29	3596	3354	6950
30-39	4318	4317	8636
40-49	6242	5980	12222
50-59	5125	5164	10289
60-69	4143	4618	8761
70-79	2864	3556	6420
80-89	1353	2180	3533
90 y más	274	614	888
TOTAL	36097	36236	71333

Fuente: PMH 10 / 08 / 2021

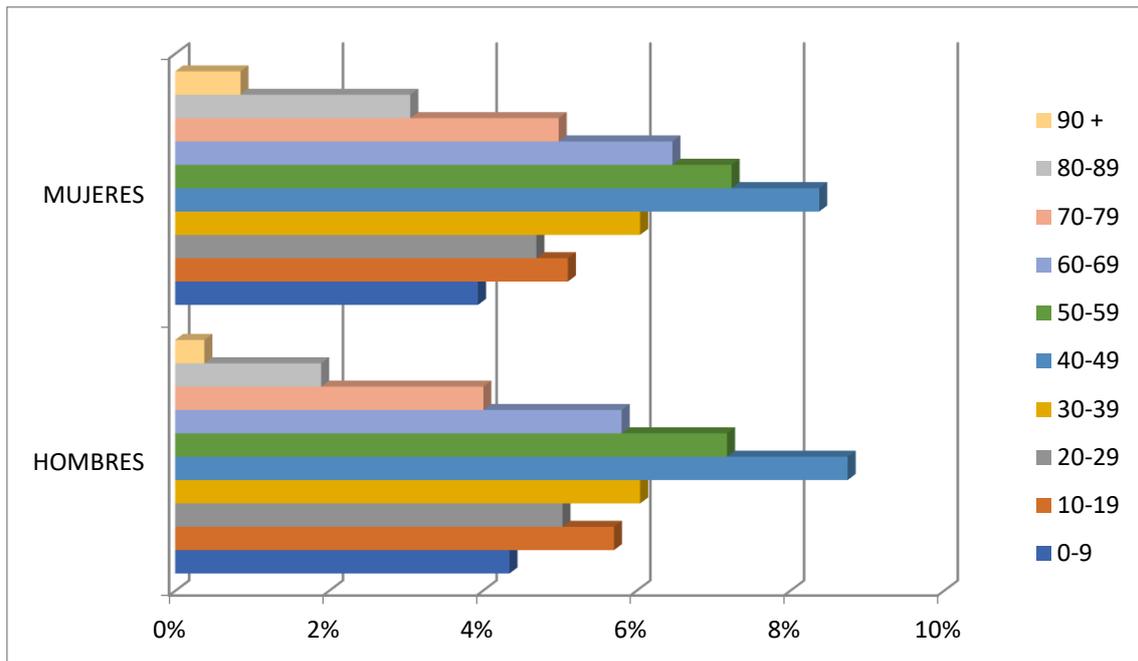


Gráfico de elaboración propia

En primer lugar, debemos destacar como factor importante que es una población muy numerosa y dispersa en su ubicación lo que nos obliga a planificar acciones dirigidas a un amplio número de población con unos recursos limitados. Este complejo tapiz de población diversa tiene especial relevancia en la elaboración del presente Plan, porque, fundamentalmente, ha de recoger necesidades diversas y grupos de población de características diferenciadas que requieren de una adaptación de las intervenciones que han de planificarse pensando en la diversidad y bajo un principio de flexibilidad.

Una población tan amplia y heterogénea está expuesta a continuas influencias que le hacen evolucionar. Los cambios de tendencia en el consumo de drogas y en lo que se refiere a otras conductas adictivas son muy frecuentes entre nuestra comunidad. Conocer no sólo estos cambios sino los factores que inciden en ellos es una tarea costosa y laboriosa que muchas veces requiere más recursos de los que somos capaces de implementar.

Sagunto tiene un elevado índice de envejecimiento (133.50%, datos INE 2020) y una edad media de 44.24 años (INE 2020). Por otra parte, la tasa bruta de natalidad está decreciendo en los últimos años y ha pasado de ser de un 8.22 en 2016 a un 7.15 por cada 1000 habitantes en 2019 (INE), al tiempo que la tasa bruta de mortalidad se ha incrementado de un 9.75 por cada 1000 habitantes en 2016 a un 10.34 en 2019 (INE). Este elevado índice de envejecimiento determina la priorización de recursos comunitarios hacia las personas mayores

## ➔ POBLACIÓN VULNERABLE

En este contexto entenderemos como población vulnerable, aquella que reúne determinados factores de riesgo que le hacen más proclive a desarrollar trastornos adictivos. Es enormemente complejo definir grupos de población concretos como vulnerables en este sentido, pero es necesario hacer una aproximación para determinar las necesidades y diseñar la prevención específica e



indicada adaptándola al perfil de la población diana. Hemos contemplado los siguientes criterios para delimitar la población vulnerable del municipio:

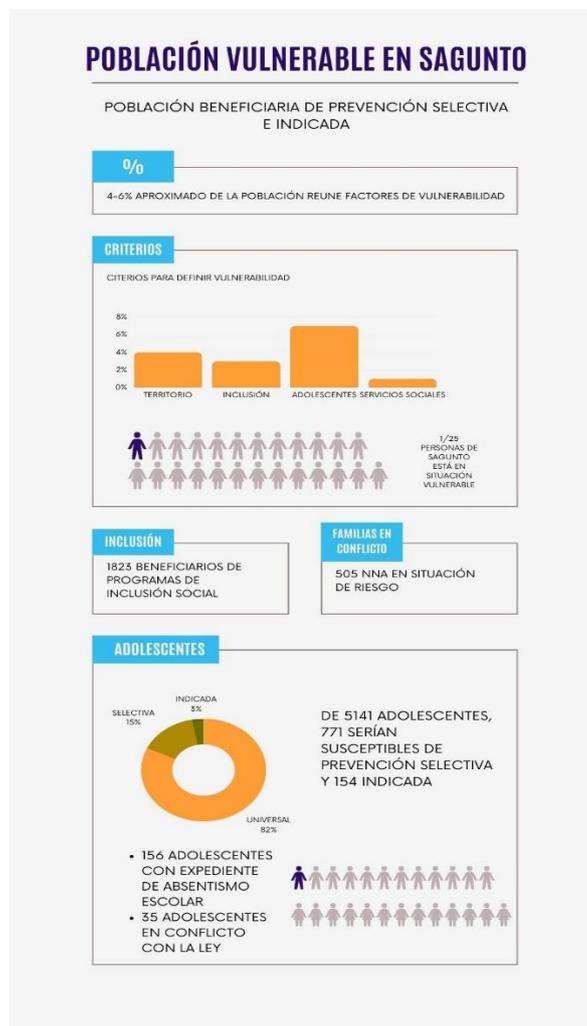
- En la Ley 3/19 de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana ya se introduce el concepto de “espacios vulnerables” y los define como lugares que, por sus características urbanísticas/residenciales, sociales, laborales o económicas condicionan la calidad de vida de la población que en ellos reside, llegando a convertirse en un factor de riesgo, sin que por ello sea condicionante determinista de la aparición, entre otros, de trastornos de tipo adictivo, ni que exima al resto de la población de reunir esos mismos factores de riesgo. En la evaluación/diagnóstico participativo hemos podido observar cómo la población del municipio identifica estas zonas como áreas de actuación prioritaria para la prevención y se identifica a las personas que viven en ellas como especialmente vulnerables, dando lugar al fenómeno conocido como **ESTIGMATIZACIÓN DEL TERRITORIO**. Una primera aproximación de la población del municipio de Sagunto que podría reunir estas características nos da un volumen aproximado, cuantitativamente hablando, de la población vulnerable por razón de residencia: unas 3000 personas (4% de la población total del municipio) de nuestro municipio podrían estar sometidas a estos estresores socio-urbanísticos que los convierten en población vulnerable y, por lo tanto, susceptible de prevención selectiva.
- Otro de los criterios objetivos para determinar el volumen de población que reúne características de vulnerabilidad social es el número de personas **beneficiarias de programas de inclusión social**, concretamente beneficiarios de Renta Valenciana de Inclusión, que son un total de 1.823 personas, el 3% de la población (datos de agosto 2021).
- Si definimos grupos de población vulnerable en base a la edad, hemos de señalar a las **personas adolescentes** como grupo diana prioritario para desarrollar la acción preventiva, si dentro de este grupo seleccionamos la horquilla de población que va de los 12 a los 18 años, tenemos 5.141 habitantes, de estos, según el estudio sobre conductas adictivas desarrollado por la UPCCA en 2020 en este grupo de edad, alrededor del 15% podía ser susceptible de considerarse vulnerable: 771 y, por tanto, diana de prevención selectiva de diferentes trastornos adictivos y el 3%: 154, podría incluso, entrar en un perfil de prevención indicada.
- Dentro de este grupo de niños, niñas y adolescentes, aquellos que presentan problemas de **absentismo** conformarían un subgrupo específico en situación de riesgo. Durante el curso 2020/21 se han abierto 156 expedientes por absentismo escolar a adolescentes entre 12 y 16 años, presentando, la mayor parte de ellos y ellas, problemas relacionados con conductas potencialmente adictivas.

- NNA en **situación de riesgo** sobre los que se ha intervenido en 2021

	Desde el equipo de atención primaria de carácter básico	Desde el equipo de atención primaria específica (EEIA)
Con valoración de riesgo	406	80
Con declaración de riesgo	12	7

Fuente: informe remitido al Síndic de Greuges en la investigación de oficio núm. 20221585-Protección jurídica de la infancia y la adolescencia, por acuerdo de la Junta de Gobierno Local del Ayuntamiento de Sagunto de 5/8/22”

- **Adolescentes en conflicto con la ley (ACL):**
  - 35 adolescentes ejecutan medidas judiciales en medio abierto (año 2021)
- Consumo de **drogas** y delitos contra la **seguridad en el tráfico:**
  - El 24% de los casos atendidos en el Programa de Trabajos en Beneficio de la Comunidad en 2021, se correspondían con delitos contra la seguridad en el tráfico por consumo de alcohol



## ➔ EMPLEO Y ACTIVIDAD ECONÓMICA:

En el informe estudio de necesidades se recoge que la mayor parte de las empresas existentes en el municipio pertenecen al sector servicios (83.77%), seguidas del sector construcción (11,68%) y de la industria (4,55%). Dentro del sector servicios, la actividad principal es la relacionada con el comercio, el transporte y la hostelería (37,98%).

42

La tasa de paro de Sagunto es del 12,87% (agosto 2021), un 1.12% por encima de la media de la comarca. En el estudio diagnóstico realizado por el Ayuntamiento de Sagunto en 2015 se destacaron problemas socioeconómicos como el endeudamiento hipotecario y la exclusión social, concentrados en determinadas zonas del municipio. Además, actualmente nos encontramos en una situación en la que tenemos un amplio grupo de población con carencia de formación profesional adecuada, que ha perdido su trabajo por el grave deterioro de la ocupación industrial y de la construcción en la comarca, como consecuencia de las sucesivas crisis y el decrecimiento económico que hemos ido encadenando desde 2008 y que se ha visto agravado tras la pandemia de COVID 19. Esta situación de inestabilidad laboral está considerada un importante factor de riesgo asociado al consumo de drogas y, en este momento debemos sumarle otro factor adicional como es: la falta de expectativas de acceso al empleo de la población joven.

## ➔ FIESTAS Y ESPACIOS DE OCIO

Sagunto tiene un patrimonio cultural en cuanto a fiestas populares y celebraciones enormemente rico ya que, al configurarse como una zona repoblada con población inmigrante de toda España, se ha ido ampliando el catálogo de fiestas populares propias, con otras importadas de otros lugares. Así pues, a lo largo de todo el año podemos encontrar celebraciones populares, como son:

- Fiestas patronales en honor a los Santos de la Piedra (se celebran en el núcleo de Sagunto)
- Fiestas patronales en honor a Nuestra Sra. De Begoña (se celebran en el núcleo del Puerto)
- Fallas
- Semana Santa
- Moros y cristianos
- San Antonio
- San Juan



A estas celebraciones se suman las fiestas de barrio, como son: el Salt, Sants de la Pedra, Santa Ana, Almardà, Barrio Obrero, Barrio de los Ríos, San Ramón, Biensa y Barrio de los Metales.

Todas ellas son una expresión cultural y mantienen el vínculo relacional y el sentimiento de identidad y pertenencia característico del vecindario, pero también tienen en común que el concepto de fiesta se ha configurado incorporando estructuralmente el consumo, especialmente de alcohol, pero también de otras drogas. Y esta situación es muy difícil de revertir sin contar con la participación de



sus principales protagonistas. Este es uno de los factores con mayor impacto sobre la normalización del consumo de alcohol.

En cuanto a espacios de ocio, entendidos estos como espacios a los que acude la población con fines de relación y esparcimiento social, podemos hacer una división entre espacios de ocio formales e informales:

- **FORMALES:**
  - Zona de la playa en Puerto de Sagunto con numerosos restaurantes, bares y una discoteca
  - Zona del casco antiguo de Sagunto con numerosos bares y restaurantes
  - Espacios institucionales donde se desarrollan actividades de ocio alternativo como el Casal Jove o la casa de la Juventud
  - Zona de la Alameda y cines Alucine en núcleo de Puerto de Sagunto
  - Centro Comercial L'Epicentre y restaurantes cercanos
  - Centro Comercial VidaNova Parc
- **INFORMALES**
  - Parques y plazas donde se congregan especialmente familias con hijos menores
  - Playas
  - Espacios habilitados para picnic
  - Zonas en las que se reúnen los jóvenes para, principalmente, hacer botellón, como el aparcamiento de la discoteca Cocoa, zona de "la curva" en el paseo de la playa y otras zonas diseminadas en ambos núcleos

Hemos hecho esta diferenciación entre espacios formales y no formales, porque el modelo de consumo de alcohol es diferente entre ellos, los que se identifican como espacios claramente de abuso y de problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas son los espacios informales, donde no hay límites sociales y la conducta predominante y socialmente normativa es la de abuso, incluso entre menores de edad.

## 1.2. SALUD

### ➔ RIESGOS SOBRE LA SALUD:

No contamos con un diagnóstico de salud municipal actualizado, por lo que nos debemos ceñir a los datos del INE sobre causas de muerte más frecuentes en la Comunidad Autónoma entre enero y mayo 2020. Al margen del COVID 19, entre las principales causas de muerte de la población de la Comunidad Valenciana se encuentran enfermedades relacionadas con el hábito tabáquico y el consumo abusivo de alcohol, como son las enfermedades respiratorias, cardiovasculares y el cáncer. Esto coincide con el diagnóstico recogido en el IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana, donde además se matizaba que entre los 15 y los 34 años la mortalidad se relacionaba con causas externas como los accidentes de tráfico, mientras que el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y las enfermedades isquémicas del corazón ocupan los primeros lugares entre los hombres de edad adulta. Entre las mujeres de 35 y 54 años, el cáncer de mama junto con el de tráquea, bronquios y pulmones causan un 23,6% de las muertes.



Merece una mención especial en este apartado que los accidentes de tráfico sean la principal causa de muerte en los hombres de 15 a 30 años y la segunda para mujeres de la misma edad, sin que se pueda llegar a concluir que los accidentes vienen motivados por el consumo de drogas, sí que se intuye que pueda haber una estrecha relación entre ambos, ya que según la Dirección General de tráfico, el consumo de alcohol y otras drogas está relacionado con aproximadamente el 30% de los casos de muerte por accidente de tráfico.

## ➔ INDICADORES RELACIONADOS CON CONDUCTAS ADICTIVAS

Ante la ausencia de estudios epidemiológicos de la población global del municipio, vamos a analizar algunos datos que nos pueden permitir una aproximación a la situación real:

1. Datos del Plan Nacional sobre Drogas referentes a la Comunidad Valenciana
2. Estudio de consumo de drogas y otros trastornos adictivos entre el alumnado de educación secundaria del municipio de Sagunto

### *Datos nacionales y de la Comunitat Valenciana en población de 15 a 64 años*

El Informe 2021 de la encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) que realiza el Plan Nacional sobre Drogas recoge la siguiente información sobre la Comunidad Valenciana en referencia a las sustancias más consumidas entre la población de 15 a 64 años:

#### Edad de inicio:

- Tabaco: 16.4
- Tabaco diario: 18.4
- Bebidas alcohólicas: 16.2
- Cannabis: 18.4

#### Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas:

- Alguna vez en la vida: 95.8%
- Últimos 12 meses: 84.5%
- Últimos 30 días: 70.4% (por encima de la media española)
- Borracheras en los últimos 12 meses: 22.6%
- Borracheras en los últimos 30 días: 7% (=media nacional)
- Binge dinking: 16% (por encima de la media española)

- Botellón: 10.6% (por encima de la media española)

#### Prevalencia del consumo de tabaco

- Alguna vez en la vida: 77.7%
- Últimos 12 meses: 44.6%
- Últimos 30 días: 41.7%
- A diario últimos 30 días: 36.5% (por encima de la media española)

#### Prevalencia del consumo de cannabis

- Alguna vez en la vida: 44.8%
- Últimos 12 meses: 13.4%
- Últimos 30 días: 10.3% (por encima de la media española)

Por otra parte, el informe sobre adicciones comportamentales 2019, también del Plan Nacional sobre drogas, recoge que, a nivel nacional, entre la población de 15 a 64 años:



- El 3,4% presenta patrón de juego problemático, el 0.5 trastorno de juego leve, el 0.2 moderado y el 0.2 grave
- Prevalencia de usuarios de internet con riesgo elevado de tener un posible uso compulsivo 2.9% (datos de 2017)

## Datos del estudio sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas en alumnado de enseñanza secundaria del municipio de Sagunto

45

En las conclusiones de este estudio desarrollado por la UPCCA en el municipio durante 2020 (ANEXO III) se recoge la siguiente información respecto a los indicadores de riesgo y protección observados entre la población de 12 a 18 años del municipio, así como las diferencias de género observadas:

### **INDICADORES DE RIESGO:**

- Se observa un elevado consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Esta tríada por separado o combinada está presente en la vida de un gran número de las personas adolescentes encuestadas. Esta situación está contribuyendo a la construcción normativa de una conducta propia de esta franja de edad, impidiendo que la información sobre el riesgo de esta llegue a interiorizarse en la población general.
- En el caso del alcohol resulta especialmente alarmante que más de la mitad haya consumido alcohol y que empiecen a hacerlo con 13 años. Además, se inician en el consumo de alcohol en un patrón de abuso, buscan la borrachera, no el consumo moderado y esto se repite con cierta periodicidad (varias veces al año como mínimo). La práctica del botellón (consumo de alcohol en atracón en un espacio público) se ha instaurado como habitual desde los 13 años, lo que se considera de especial riesgo porque es un contexto de consumo de alcohol sin límites ni control, dónde la presión de grupo actúa potenciando las conductas de abuso.
- El consumo de tabaco se incrementa de nuevo, pese a venir experimentando un descenso progresivo desde el año 2000. Es posible que la irrupción de los cigarrillos electrónicos e incluso algunas tendencias extendidas a través de las redes sociales hayan podido tener una incidencia en este incremento, pero habría que estudiarlo en profundidad. Hay una asociación evidente entre el consumo de alcohol y tabaco, como rituales ocasionales que aparecen de manera paralela, pero en el caso del tabaco, no tarda en convertirse en consumo diario.
- Especialmente en el consumo de tabaco, resulta evidente que el alumnado tiene información sobre los perjuicios que esta conducta origina sobre la salud, pero eso no impide que fumen, lo que ratifica la idea de que la información es necesaria pero no suficiente para hacer una prevención eficaz.
- El modelo de consumo de cannabis es claramente adictivo para, al menos, el 10% de las personas consumidoras de esta sustancia, ya que se instaura rápidamente y pasa de consumo ocasional a consumo habitual, de hecho, hay sólo 8 puntos porcentuales de diferencia entre el consumo de “alguna vez en la vida” y el de “los últimos 30 días”.
- Sorprende y resulta significativo el consumo de hipnosedantes en población tan joven, incluso siendo con receta médica y debería ser considerado como indicador de salud mental



comunitaria, porque la indicación terapéutica de estos medicamentos son los cuadros de ansiedad y/o depresión.

- Otras drogas ilegales tienen poca incidencia, pero están presentes. Incluso las denominadas “nuevas sustancias” están abriéndose hueco entre la población de estudio.
- Existe una percepción de normalidad en el consumo que no se compensa con consecuencias negativas. Claramente están fallando los sistemas de control de la oferta y no estamos protegiendo a los menores de la exposición al consumo de drogas en edades muy sensibles. El alcohol lo compran en comercios legales y lo consumen en la vía pública; tabaco y cannabis se consumen en contextos escolares; las familias son conocedoras del consumo que hacen sus hijos e hijas en un elevado porcentaje de los casos. En definitiva, un control deficiente de la conducta contraria hacia la salud que crea una norma subjetiva de tolerancia, fomentando el consumo.
- El ocio nocturno está instaurado entre la mayoría de las personas adolescentes del municipio y además lo hacen con cierta regularidad y hasta altas horas de la madrugada. Este modelo de ocio está muy relacionado con el consumo de drogas, especialmente el alcohol.
- Hemos podido detectar entre un 15 y un 35% de alumnado que presenta diversos problemas relacionados con el consumo de drogas. Aunque lo más frecuente son las peleas familiares, también encontramos: problemas de memoria, dificultad para concentrarse en el centro educativo el día después de haber salido, episodios de resaca, expulsiones del centro, etc...Y, en relación con esto, queremos poner de relieve, que, aunque con baja incidencia, se detectan casos de relaciones sexuales no consentidas, sin el uso adecuado de profilaxis e incluso déficit de control sobre las mismas y arrepentimiento al día siguiente.
- Sin llegar a hablar de adicción, hemos podido determinar que el 28% de la muestra juega a videojuegos más de lo que sería saludable. Entre un 15 y un 30% del alumnado encuestado podría estar haciendo un **uso problemático**.
- Se ha determinado entre un 3 y un 7% la incidencia de juego con dinero desde los 15 años. En este caso, cualquier incidencia de esta conducta se considera como riesgo, es decir que no hace falta jugar mucho o jugar grandes cantidades de dinero, ya que estamos hablando de población adolescente. Además, hemos podido determinar que el tipo de juegos más jugado entre el alumnado son los de mayor riesgo de adicción, sobre todo apuestas deportivas y hemos detectado entre un 2 y un 3% de **jugadores problema**.
- Como ocurría con el consumo de drogas, la incidencia acumulada de juego de apuesta evidencia la debilidad de los sistemas de control y protección de menores.
- Una media del 15% del alumnado podría entrar en parámetros de uso problemático de internet. Concretamente se disparan los porcentajes entre el 15 y el 20% en la conexión para evitar sentimientos negativos, el consejo de reducción del entorno significativo, Dormir menos, deseo de conexión, reconocimiento del abuso y reducción de la atención en quehaceres diarios. A estos indicadores hay que sumarle el 37% que utiliza internet para ver contenido “adulto”.

## **FACTORES DE PROTECCIÓN:**

Nuestro análisis no sería completo, si de los datos analizados no destacásemos los factores de protección que hemos detectado, como son:

- Un 95% de la muestra aprueba todas las asignaturas.
- Un 47% nunca ha consumido ningún tipo de droga.



- El 72% de las personas de la muestra que fuman, se han planteado la necesidad de dejar de hacerlo y el 42% lo ha intentado.
- El 13% de las personas de la muestra que fuman cannabis han iniciado algún tipo de tratamiento para reducir o dejar este consumo.
- La mayor parte de las personas encuestadas practica algún deporte, lee y tiene hobbies de crecimiento y desarrollo personal
- Entre el 71 y el 85% hace un uso moderado de videojuegos
- Cerca del 90% de encuestados nunca han jugado con dinero
- El 37% hace un uso moderado de internet

### **DIFERENCIAS DE GÉNERO:**

Además de las conclusiones sobre datos globales, la disgregación de datos por sexo y su análisis para detectar tendencias relacionadas con el género nos ha permitido extraer las siguientes conclusiones:

- Consumen drogas tanto chicos como chicas, en ese sentido podemos considerarla una conducta igualitaria, no se observan tendencias claramente diferenciadas en consumo de sustancias, cantidad y frecuencia; salidas nocturnas, grado de conocimiento del consumo por parte de las familias, et. Ahora bien, sí que hemos podido observar algunos matices interesantes sobre los que habría que profundizar con una investigación cualitativa.
- Aunque no hay grandes diferencias, hay más chicas que chicos que consumen drogas “legales” (aunque a estas edades sean todas ilegales) y más chicos que chicas que consumen drogas ilegales. En la misma línea, las chicas tienen más normalizado en su entorno el consumo de drogas legales y los chicos los de drogas ilegales.
- Las chicas son más precoces e inician el consumo de drogas a edades más tempranas y puntúan más alto en la incidencia de problemática asociada al consumo. En este sentido, consideramos que sería necesaria una aproximación cualitativa que nos aporte más información al respecto porque son numerosas las interpretaciones de estos datos. Es posible que empiecen antes a consumir drogas porque se relacionan con chicos más mayores que consumen y es posible también que su consumo no sea más problemático que el de los chicos, sino que sean más sinceras a la hora de reconocerlo. En cualquier caso, posteriores estudios cualitativos deberían permitirnos profundizar en estas variables.
- Se detectan más iniciativas y herramientas de control del consumo entre las chicas, posiblemente porque son más conscientes del grado de problematismo de su consumo.
- Respecto a la conducta sexual, son los chicos mayoritariamente los que reconocen perder el control con el consumo de drogas y arrepentirse al día siguiente, pero son las chicas en mayor medida las que reconocen no utilizar medios de profilaxis y ser víctimas de agresión sexual en una proporción de 3 a 1
- A diferencia de otras conductas estudiadas, el uso de videojuegos tiene una mayor prevalencia entre los chicos, juegan más y de una manera más problemática que las chicas.
- El juego de apuesta es más frecuente entre los chicos, sobre todo el juego presencial.
- En relación con la conducta en internet, las chicas puntúan bastante más alto en todos los indicadores de uso problemático, menos en uno: sentimientos de acoso, amenaza o creencia de haber sufrido acoso escolar a través de internet. Por otra parte, son los chicos los que visitan con más frecuencia páginas sólo para adultos.



## 1.3. RECURSOS

El municipio de Sagunto cuenta con una red amplia de recursos sociales y sanitarios para intervenir desde distintos ámbitos con los Trastornos Adictivos.

Dispone de una Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de la Conselleria de Sanitat, que permite una atención especializada desde el ámbito sanitario. Este recurso se vio complementado con el Centro De Día de Atención en Drogodependencias, éste es un recurso que atiende a todo el Departamento de salud y el Ayuntamiento de Sagunto se ocupa de la cesión del local y del mantenimiento de las instalaciones donde está ubicado.

En el área de prevención, Sagunto cuenta con una Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA,) con una trabajadora social experta en drogodependencias y otros trastornos adictivos al frente, que desarrolla y coordina la intervención comunitaria en prevención de adicciones. La UPCCA es el principal “activo” especializado con el que cuenta el Plan Municipal de adicciones, su perfil técnico permite la flexibilidad necesaria para el amplio abanico de acciones que contempla y la versatilidad necesaria para adaptarse a diferentes grupos de población y marcos de actuación. La trayectoria profesional y los 24 años de experiencia de este servicio facilitan enormemente el carácter comunitario de este Plan y la colaboración intersectorial necesaria para su desarrollo.

Por su parte, la atención social está garantizada por los Servicios Sociales municipales, e integrada dentro de ellos, está la UPCCA. De esta manera en el municipio de Sagunto tenemos cubiertos los tres ámbitos de intervención: Prevención, tratamiento y reinserción. El hecho de que la UPCCA esté integrada dentro del Departamento de Servicios Sociales, refuerza la intervención que desde esta Unidad se lleva a cabo, ya que forma parte de una infraestructura sólida y cuenta con el apoyo de todos los servicios propios de este Departamento.

A pesar de que hemos valorado como ventaja que existan recursos sociales y sanitarios especializados en adicciones en nuestra población, hay que reconocer que se quedan limitados ante el volumen de población que tenemos, por lo que sigue siendo necesario plantear una intervención intersectorial que permita difundir y ampliar el impacto de las intervenciones. De hecho, para el desarrollo de este Plan contamos además con:

- Departamento de Educación
  - 6 centros públicos de educación secundaria
- Departamento de Juventud
  - 4 centros concertados de primaria y secundaria
- Área de Igualdad
- Área de Actividad Física i Salud
- Fuerzas de seguridad:
  - Policía local
  - Policía nacional
  - Guardia civil
- Centros educativos
  - 14 centros públicos de educación primaria

## ANÁLISIS DAFO SITUACIÓN MUNICIPAL



## 2. ANÁLISIS DE NECESIDADES

El análisis DAFO de la situación municipal de Sagunto, nos delimita un marco de actuación con unos condicionantes muy concretos y partiendo de este marco, podremos entender mejor el diagnóstico de necesidades que se ha llevado a cabo y la priorización de estas para estructurar el presente Plan. En este análisis diagnóstico, la visión que del problema tiene la población ha tenido un peso específico. Aunque en anteriores planes habíamos contado con la visión de informadores clave para hacer el diagnóstico-evaluación de necesidades, en esta ocasión hemos querido formalizar ese estudio como un espacio de participación de la población en el Plan.

Del informe final del Diagnóstico / Evaluación, podemos destacar la siguiente información de interés:

- La población sitúa el foco del problema con las adicciones en nuestro municipio en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, así como en el juego patológico
- Se relaciona de manera directa el grado de desarrollo del Bienestar Social y concretamente la falta de este, con la aparición de problemas como las adicciones entre sectores vulnerables socialmente.
- Se identifica a los jóvenes, determinados sectores profesionales y personas con problemas económicos y que viven en zonas vulnerables como el perfil de personas que desarrollan adicciones.
- Se tiene asociado el consumo problemático de drogas con el ocio nocturno y las fiestas (fallas y fiestas patronales).
- Se percibe una normalización en determinadas conductas adictivas por la relajación del control social sobre ellas.
- Preocupa bastante el consumo de drogas y otras conductas adictivas a edades muy tempranas.
- Existe la percepción de que el problema está muy extendido y en evolución ascendente.



- Se hace mucho hincapié en la carencia de ofertas de ocio y tiempo libre saludable para la población joven.
- Se destacan los problemas socioeconómicos y falta de expectativas vitales como factores estresores que inciden en las adicciones.
- Las personas jóvenes consideran necesario promover la salud mental entre la población.
- Necesidad de combinar la acción formativa e informativa con medidas de control del medio y con aspectos socioculturales que tienen influencia en el desarrollo de adicciones.

El análisis de este informe es muy completo y recoge las necesidades percibidas y expresadas por la población. Desde la metodología comunitaria, ésta debe ser la base del desarrollo del programa ya que surge de la comunidad, se desarrolla con ella y es evaluado con la comunidad también. Ahora bien, la intervención profesional permite canalizar esa visión del problema, dándole la base científica que una programación basada en la evidencia requiere, por lo que se considera necesario incorporar algunos matices a las necesidades señaladas en el citado estudio.

Con toda la información recogida en el diagnóstico participativo, así como en la evaluación del plan anterior y en el estudio descriptivo de los factores de riesgo y protección del municipio (en el que se ha incorporado el estudio sobre consumo de drogas y otras conductas adictivas en la población adolescente y la observación profesional de la técnica de la UPCCA), se ha llevado a cabo una delimitación y una priorización de las necesidades sobre las que vamos a intervenir en el presente Plan.

FUENTE	EVALUACIÓN IX PLAN	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	ANÁLISIS SITUACIÓN MUNICIPAL
CONCLUSIONES	Estrategia con necesidad de renovación por la evolución de códigos y canales para mejorar el impacto informativo	Necesidad de acciones formativas, informativas y sensibilizadoras	Desconocimiento generalizado de la verdadera naturaleza de los trastornos adictivos
	Programa de prevención escolar plenamente consolidado con amplia demanda y cobertura	Necesidad de acciones formativas diversas y adaptadas a las personas jóvenes	Tendencia a identificar con el estereotipo y simplificación del problema
	Mejora la intervención en la medida que damos respuesta a las demandas de información y formación	Necesidad de una formación sobre adicciones para profesorado, familias y, en general, profesionales que trabajen con niños, niñas, adolescentes y jóvenes.	
	Necesidad de incorporar medios TIC	Las personas jóvenes reclaman un espacio de información /orientación.	



FUENTE	EVALUACIÓN IX PLAN	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	ANÁLISIS SITUACIÓN MUNICIPAL
CONCLUSIONES	Las acciones diseñadas para grupos selectivos tienen mayor impacto que las actividades standard de los programas universales y permeabilidad de la población objetivo a los contenidos preventivos.	Identificación de sectores vulnerables relacionados con problemas socioeconómicos y falta de expectativas vitales	Entre el 4 y el 6% de la población reúne factores de vulnerabilidad de diversa índole que podrían incidir en la aparición de trastornos adictivos
	Los contenidos selectivos flexibles adaptados por la técnica de la UPCCA son una de las fortalezas del Plan.	Se destacan aspectos estructurales de vulnerabilidad de nuestra comunidad y se reclaman políticas sociales de reducción de la pobreza, de fomento del empleo (especialmente el empleo juvenil) y de lucha contra la exclusión social.	Dificultad de acceso a los recursos de atención en conductas adictivas y desadaptación de los recursos al perfil de personas adictas
	Prevención indicada se nutre mayoritariamente de la derivación de Servicios Sociales.	La población pone de relieve la necesidad de promover la salud mental, ya que encuentran una relación intrínseca entre salud mental y adicciones.	



FUENTE	EVALUACIÓN IX PLAN	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	ANÁLISIS SITUACIÓN MUNICIPAL
CONCLUSIONES	La cobertura y el impacto de la acción sensibilizadora o informativa de la intervención preventiva es mínima frente a la construcción normativa social favorable al consumo	Se percibe una opinión generalizada de la normalización del consumo de drogas, especialmente entre la población joven y el desequilibrio de los recursos para hacer frente a esto, tanto sociales, como sanitarios e incluso fuerzas de orden público.	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población adolescente, así como otras conductas potencialmente adictivas como el juego
		Carencia sistemas de control y facilidad de acceso a las sustancias	Edades tempranas de inicio

	Promoción del consumo abusivo, especialmente en espacios de fiesta	La extensión del consumo entre adolescentes está contribuyendo a la construcción normativa de una conducta propia de esta franja de edad, impidiendo que la información sobre el riesgo de esta llegue a interiorizarse en la población general.
	Imagen positiva del consumo	Patrón de consumo abusivo de alcohol en la población adolescente. La práctica del botellón se ha instaurado como habitual desde los 13 años.
		Relajación social generalizada de límites y normas restrictivas.
		Aceptación social de determinados modelos consumo de drogas y otras conductas adictivas



**NORMALIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS POTENCIALMENTE ADICTIVAS**

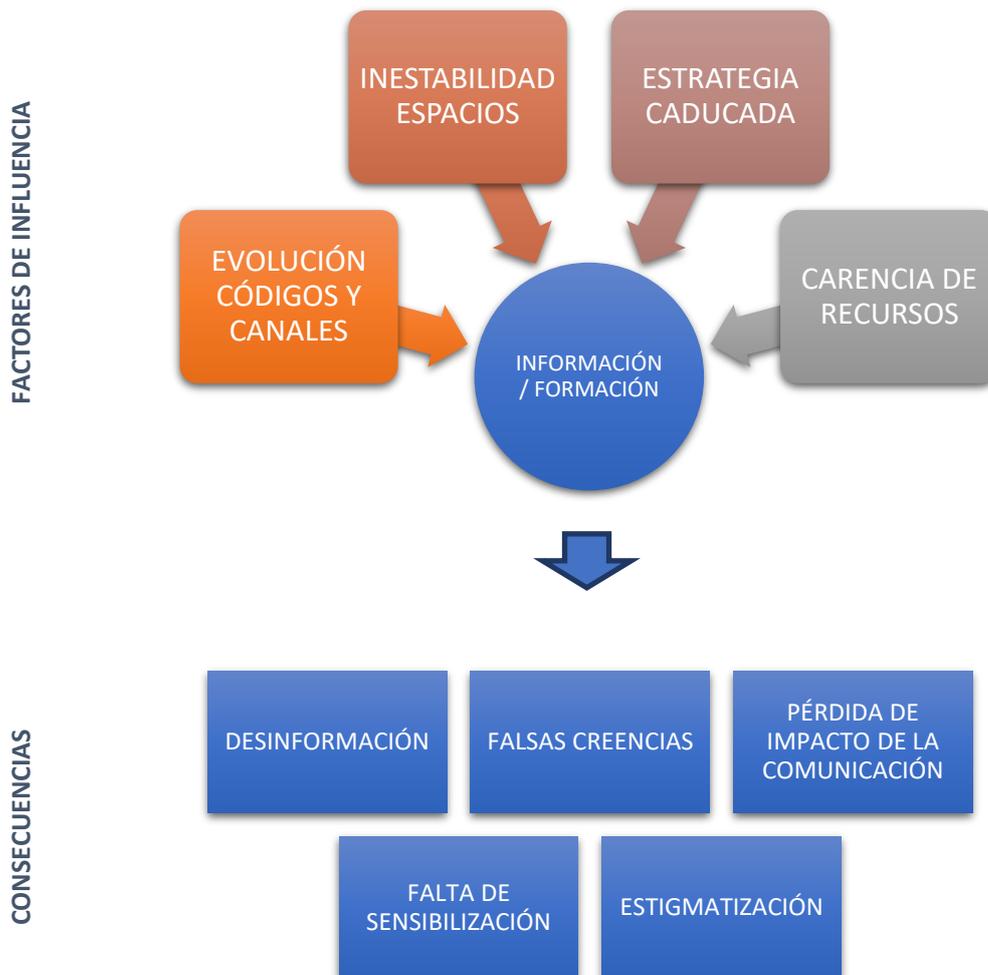
FUENTE	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	ANÁLISIS SITUACIÓN MUNICIPAL
<b>CONCLUSIONES</b>	Asociación consumo problemático de drogas y espacios de ocio nocturno	concepto de fiesta se ha configurado incorporando estructuralmente el consumo, especialmente de alcohol, pero también de otras drogas.
	Carencia de ofertas de ocio y tiempo libre saludable para la población joven	concepto de fiesta estructuralmente asociado al consumo, especialmente de alcohol, pero también de otras drogas.
		El ocio nocturno está instaurado entre la mayoría de las personas adolescentes del municipio y además lo hacen con cierta regularidad y hasta altas horas de la madrugada. Este modelo de ocio está muy relacionado con el consumo de drogas, especialmente el alcohol
		Falta de espacios de socialización saludables



**CARENCIA DE ALTERNATIVAS DE OCIO SALUDABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

La atención de estas 4 necesidades básicas va a dar forma al presente PMPDOTA y para orientar la mejor manera de actuar sobre ellas vamos a proceder a analizarlas para identificar tanto los factores de riesgo que inciden sobre su aparición, como las consecuencias que producen y que son visibles en nuestro entorno social.

## 2.1. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN



Tal y como se recoge en el Diagnóstico / Evaluación, el problema de los trastornos adictivos preocupa mucho a nuestra población, sin embargo, existe una tendencia a simplificar este consumo problemático y reducirlo al estereotipo clásico, de hecho, el estudio participativo identifica el perfil de adicto con la vulnerabilidad social y económica cuando nos enfrentamos a un problema mucho más complejo, prueba de ello es que los nuevos perfiles de adicciones con y sin sustancia no responden al perfil de vulnerabilidad socio-económica tradicional. Comparto plenamente la necesidad de sensibilización y concienciación porque evidentemente no hay una conciencia clara entre nuestra población de la verdadera naturaleza de los trastornos adictivos.



En nuestra comunidad se han normalizado determinadas conductas que pueden ser un problema incipiente o un trastorno ya consolidado, como son el consumo de alcohol, tabaco y cannabis o el uso problemático de TICs y el juego, mientras identificamos señales de alerta en colectivos o áreas urbanas estigmatizadas por su vulnerabilidad social. En este sentido, no comparto la necesidad de hacer una prevención específica basada en el lugar de residencia, pero sí la necesidad de implementar intervenciones de prevención selectiva dirigidas a sectores (que no áreas) vulnerables.

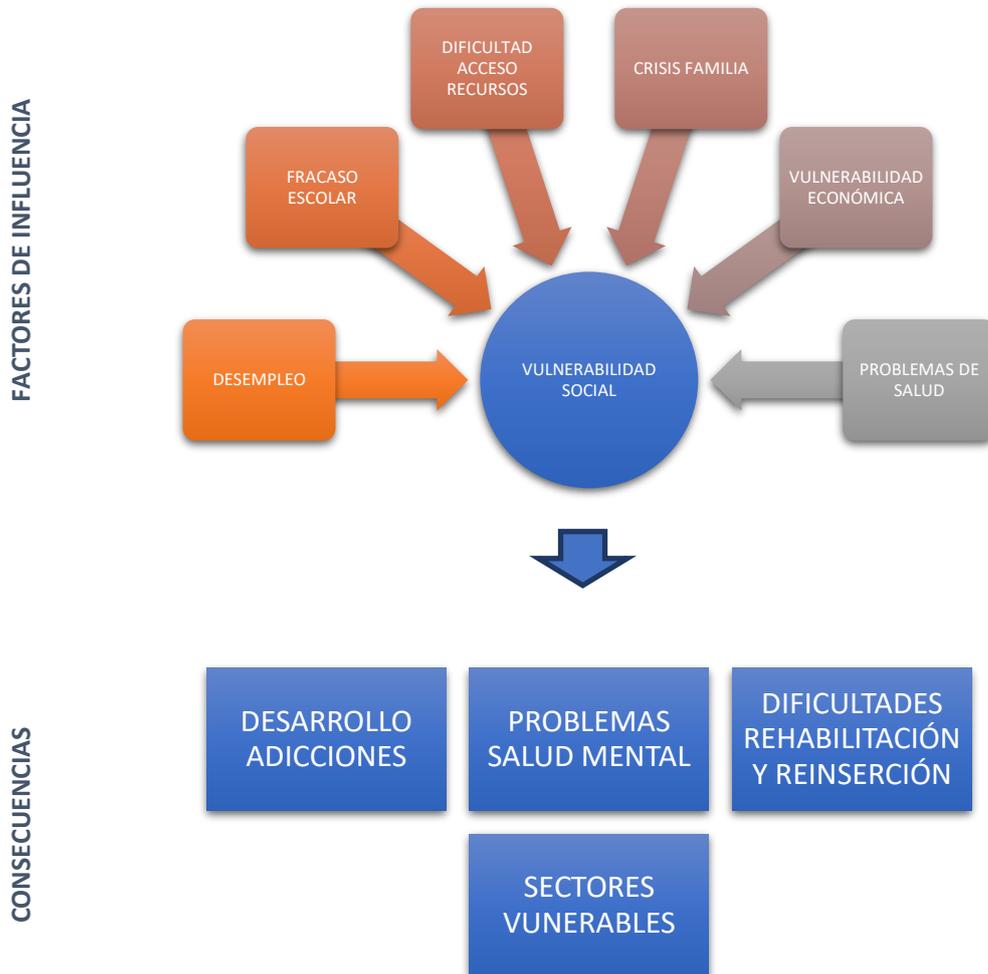
Como hemos señalado en la evaluación del Plan anterior, la tarea de hacer llegar la información a la población objetivo y conseguir que esta tenga el impacto deseado, no es una tarea fácil. Hemos de diseñar el mensaje acorde al código que entiende cada grupo de población objetivo, hemos de buscar el canal adecuado, además el receptor debe tener la sensibilidad necesaria para recibir bien el mensaje y considerar al emisor con la autoridad necesaria para escuchar el contenido. Al mismo tiempo, tenemos que neutralizar todas las interferencias que dificultan la recepción del mensaje, como son: la desinformación a través de los *mass media*, las falsas creencias, las creencias sociales normativas, las rutinas y usos sociales asentados, el deseo de mantener conductas contrarias a la salud, etc... Y frente a todos estos retos, muchas veces nos encontramos con una grave carencia de recursos técnicos que hacen que la batalla resulte desequilibrada, por buscar una analogía, a veces sentimos que nos han enviado a apagar un incendio con una pistola de agua. Pero no cabe ninguna duda que la información introduce cambios en los sistemas sociales, ya que supone adquirir consciencia y eso es el motor del cambio.

Por todo ello, desde el punto de vista técnico, la sensibilización surge a partir de la información y la formación, sólo desde la movilización de los estereotipos hacia el conocimiento real, objetivo, científico y contrastado, conseguiremos cambiar actitudes y crear sensibilidad social. En este sentido, la sensibilización debería dirigirse hacia la promoción de la salud comunitaria, contemplando, de manera amplia, todos los problemas de salud (física, mental y social) asociados a las adicciones.

En cuanto a formación e información, se comparte plenamente la visión recogida en el informe, de hecho, los anteriores planes municipales han destinado gran cantidad de recursos en este ámbito ya que se considera un eje estratégico prioritario. Ahora bien, sigue siendo un reto encontrar la plataforma, el canal y el código adecuado para llegar a todos los sectores de población. Actualmente tenemos la posibilidad de utilizar canales de comunicación que nos permiten llegar de una manera directa, eficaz y rápida a un amplio sector de la población, el conocimiento y rentabilización de estos recursos pueden ofrecernos la posibilidad no sólo de llegar a sectores prioritarios de intervención, sino que facilita que adaptemos los códigos de comunicación para que la información genere mayor impacto.

De la evaluación de Planes anteriores, se extrae como conclusión que uno de los condicionantes de la falta de impacto de la información preventiva es precisamente la carencia de recursos técnicos para hacer frente al cambio de paradigma de la comunicación y la falta de estabilidad en los espacios de información/formación.

## 2.2. VULNERABILIDAD SOCIAL



En primer lugar, hay que decir que, evidentemente, el desarrollo del Bienestar Social es un factor de protección inigualable frente a las adicciones y otros problemas. El acceso a programas de reducción de la pobreza y de inclusión social es de vital importancia para luchar, de manera efectiva frente a la exclusión social. En este sentido, el Ayuntamiento de Sagunto a través del Departamento de Servicios Sociales, cuenta con los recursos necesarios para desarrollar políticas de inclusión y mejora del bienestar social de la ciudadanía, coordinando, además, su intervención con la de otras áreas municipales como: educación, vivienda o promoción económica. Reconociendo que intentar abarcar esta necesidad emergente es un objetivo demasiado ambicioso para este Plan, sí podemos plantearnos la contribución de los programas de prevención en adicciones para enriquecer los programas de inclusión social.

Desde el reconocimiento de la necesidad detectada, que podríamos identificar como vulnerabilidad social, un análisis en profundidad apuntaría a los siguientes factores que se dan en nuestra comunidad y que tienen especial incidencia sobre ella:

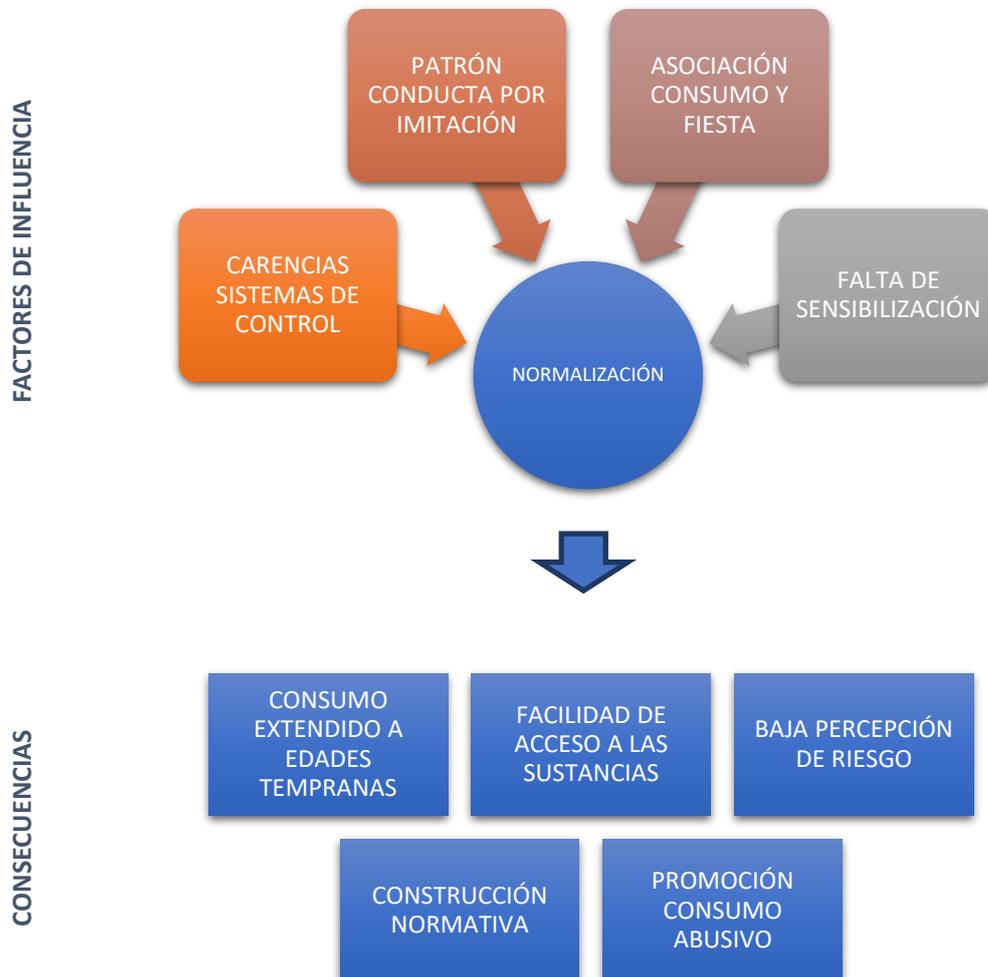


- Desempleo, que condiciona el desarrollo social y económico de las personas, especialmente la juventud, a la que le resulta muy difícil desarrollar un proyecto de vida independiente.
- Fracaso escolar, que dificulta el desarrollo y la inclusión.
- Crisis socioeducativa familiar que condiciona relaciones de conflicto en el ámbito familiar y social.
- Vulnerabilidad económica, condicionada por el desempleo, pero también por la precariedad de este, sobre todo entre los sectores con problemas de fracaso escolar.
- Incidencia de problemas de salud que condicionan el normal desarrollo vital de la ciudadanía.

Todos estos factores van a condicionar, no sólo la aparición de trastornos adictivos, sino que van a dificultar, tanto el proceso de rehabilitación de las personas adictas, como el proceso de reinserción de estas. En este ámbito, merece una mención especial como factor desencadenante de la generación de sectores vulnerables, la dificultad de acceso a los recursos. La mayor parte de los recursos de atención en drogodependencias se han diseñado sin tener en cuenta las características especiales que conforman los nuevos modelos de adicción y el perfil de personas que actualmente presentan trastornos adictivos, como es el caso de los niños, niñas y adolescentes. Además, estos recursos se basan en una intervención principalmente sanitaria que carece de contenidos socioeducativos que son fundamentales en la intervención con los y las adictas más jóvenes. En la misma línea, podríamos señalar al colectivo de personas afectadas por enfermedades mentales, que en muchas ocasiones tienen una relación directa o indirecta con las adicciones. La patología dual supone un doble riesgo de exclusión porque es un perfil de gran dificultad para adaptarse a un proceso de tratamiento estándar.

Desde el ámbito de las adicciones, las consecuencias directas relacionadas con esta necesidad se traducen en el desarrollo de trastornos adictivos entre la población especialmente vulnerable, que además ve dificultado su propio proceso de rehabilitación y posterior reinserción. Es por ello por lo que las acciones incluidas en este Plan deberán dar una consideración especial a la prevención selectiva e indicada entre la población más vulnerable, entendiendo que reúnen unas características específicas que favorecen que la prevención universal no tenga impacto sobre este grupo.

## 2.3. NORMALIZACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS POTENCIALMENTE ADICTIVAS



Resulta obvio, que la información recogida en el Diagnóstico / Evaluación apunta a un panorama social complicado, la población observa un fenómeno caracterizado por:

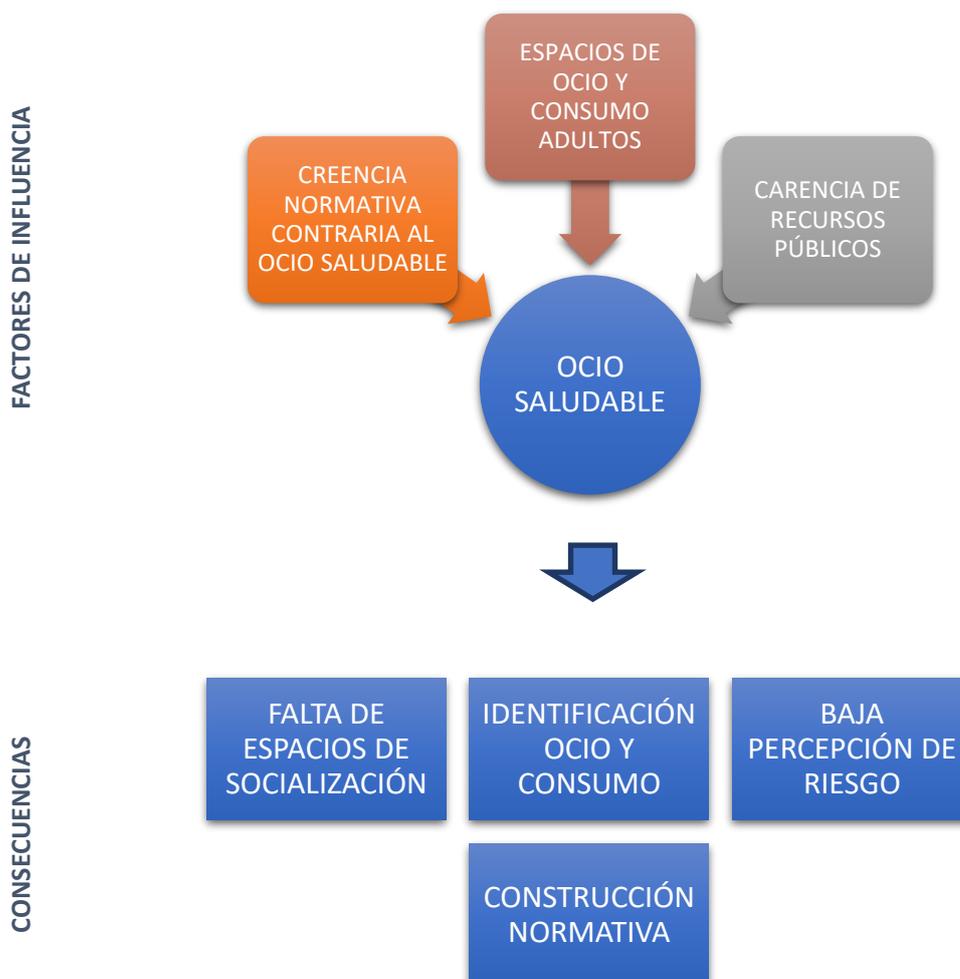
- Consumo extendido a edades tempranas
- Facilidad de acceso a las sustancias
- Baja percepción de riesgo
- Construcción normativa de consumo abusivo
- Imagen positiva del consumo
- Promoción del consumo abusivo, especialmente en espacios de fiesta

Uno de los factores que se citan en este informe como condicionantes de la normalización de conductas potencialmente adictivas es la relajación de los sistemas de control, tanto del consumo de sustancias como del juego. En este tema se podría proponer una ampliación de la mirada ya que es

cierto que tenemos leyes potencialmente restrictivas que no se cumplen, ni se sanciona en base a ellas, con lo que el control y el límite se difuminan hasta desaparecer. Pero si trasladamos este análisis al ámbito familiar o al ámbito escolar, podríamos hacer la misma interpretación, ya que, evidentemente, hay una relajación en los límites y normas, así como en los sistemas de control sobre las personas menores de edad (especialmente vulnerables ante este tipo de trastornos). Por ello esa necesidad de incremento del control debería tener recogidos aspectos macro y microsociales.

Por otra parte, tanto la baja percepción de riesgo, como la construcción normativa y la imagen positiva del consumo abusivo está condicionada por la observación de este tipo de conductas en población referente, es decir que estamos ante un patrón de conducta por imitación. Se ha construido la norma social de que la conducta esperada es la de consumo abusivo en los contextos de fiesta y celebraciones populares. Este factor, por sí mismo reduce la percepción de riesgo en el consumo y limita el impacto de la acción preventiva.

## 2.4. CARENCIA DE ALTERNATIVAS DE OCIO SALUDABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES





Esta necesidad se ha puesto de manifiesto de manera contundente en el informe Diagnóstico / Evaluación, hay una gran carencia de espacios de socialización para niños, niñas y adolescentes disociados del consumo de sustancias potencialmente adictivas. Esta situación está condicionada principalmente por 3 factores:

1. Espacios de ocio son, espacios adultos diseñados para el consumo
2. Se ha desarrollado una creencia normativa contraria al ocio saludable
3. Carencia de recursos públicos, con lo que nos encontramos que los recursos privados siempre van a ir asociados al consumo (de bebidas, de juego, de TICs, etc...)

59

Hay que reconocer, en este sentido, el importante trabajo que desde el área de juventud del Ayuntamiento de Sagunto se está desarrollando para generar espacios de ocio saludable para niños, niñas y adolescentes, pero, estos espacios no son accesibles para toda la población y resultan insuficientes para la potencial demanda existente, por lo que su impacto se ve limitado.

## 3. NECESIDADES METODOLÓGICAS TRANSVERSALES

A este bloque de 4 necesidades prioritarias debemos sumarle otro grupo de necesidades que hemos denominado transversales porque están orientadas a mejorar la calidad de la intervención preventiva y deben ser tenidas en cuenta a la hora de desarrollar todas las acciones. Estas son:

**PARTICIPACIÓN E INTERSECTORIALIDAD**

**ESTUDIO APLICADO**

**PERSPECTIVA DE GÉNERO**

**DIFUSIÓN DE LAS ACCIONES**

### 3.1. PARTICIPACIÓN E INTERSECTORIALIDAD

Desde la metodología de intervención comunitaria la participación se debe construir sobre una base de responsabilidad y es básica y esencial en la planificación, desarrollo y evaluación de la intervención porque parte del reconocimiento de la situación problema y de nuestra vinculación individual y/o colectiva en el mismo y, por tanto, que somos, como comunidad, parte activa en el cambio que intentamos promover. El reto, en este caso para la institución es dinamizar, articular y canalizar esta participación para conseguir los objetivos perseguidos porque de lo contrario nos encontramos con visiones sectoriales del problema, una falta de aprovechamiento de sinergias y una falta de



rentabilización de los recursos comunitarios. Todo esto viene condicionado por la ausencia de estructuras de coordinación que faciliten la conexión entre diferentes sectores y administraciones públicas y privadas.

En cualquier caso, es evidente que es una necesidad porque, además, sin esa participación, no podremos revertir una situación que está enraizada en la estructura sociocultural de convivencia de nuestra comunidad. Intrínsecamente vinculada con la participación, reafirmamos la necesidad de diseñar una intervención intersectorial que incluya acciones multicomponente en las que se involucren diferentes sectores sociales de manera coordinada.

## 3.2. ESTUDIO APLICADO

Nuestro planteamiento metodológico parte de la prevención basada en la evidencia científica y por esta razón cualquier intervención debe estar avalada técnicamente y llevar aparejado un proceso de estudio que nos permitirá determinar la mejor manera de llevar a cabo la intervención y su resultado final.

Para cumplir los requisitos propios de I+D+I, la intervención preventiva debe contemplar:

- Un proceso planificado de estudio y recogida de datos que puedan aportar el conocimiento necesario para desarrollar el análisis que nos permita mejorar.
- Desarrollo de las técnicas y la metodología avalada por la ciencia, pero siempre adaptándola a nuestra realidad municipal y teniendo en cuenta la información adquirida mediante el estudio. De esta forma diseñaremos “a medida” programas, procesos y servicios.
- Incorporar progresivamente los avances consensuados como mejoras significativas

## 3.3. PERSPECTIVA DE GÉNERO

Incorporar el enfoque de género en el campo de la salud supone analizar las diferencias y desigualdades en los roles que mujeres y hombres desempeñan en la sociedad, los desequilibrios en sus relaciones y necesidades, las limitaciones y oportunidades y el impacto de esas desigualdades en sus vidas (WHO, 1998).

En el terreno de las adicciones, la interacción entre el sexo y el género, junto a otros factores, resulta evidente y pueden ser estudiados en el marco conceptual de los factores de riesgo y protección. Tanto es así, que incorporar la perspectiva de género a la intervención preventiva en adicciones, resulta esencial para garantizar la calidad de esta. De hecho, se ha podido determinar que existe una vulnerabilidad diferenciada entre hombres y mujeres frente a las adicciones y el impacto de estas, condicionada por factores de género, lo que nos obliga a adaptar los contenidos métodos y técnicas de prevención a estos condicionantes. De no ser así estaríamos contribuyendo a la exclusión de las mujeres de la intervención preventiva.

La prevención basada en la evidencia implica el uso del conocimiento científico como base de la toma de decisiones, y este conocimiento no puede contemplar sesgos que excluyan a la mitad de la población.



## 3.4. DIFUSIÓN DE LAS ACCIONES

Desde la premisa de que “lo que no es visible, no existe”, resulta necesario dar visibilidad a la intervención preventiva. La acción preventiva del Ayuntamiento de Sagunto es poco conocida entre la población y eso debe ser revertido si queremos constituirnos en referentes informativos.

Al mismo tiempo, conseguiremos hacer de la prevención de adicciones un tema de debate social de nuestra comunidad y ésta es una buena manera de fomentar la receptividad frente al mensaje preventivo.

## 4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

La finalidad de este X Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos es:

- prevenir la aparición de trastornos adictivos
- Promocionar hábitos de vida saludables y de rechazo del consumo de drogas

Concretamente, La Ley 10/2014, *de Salud de la Comunitat Valenciana*, determina que la prevención en materia de drogodependencias comprende un conjunto diverso de actuaciones encaminadas a:

***“Eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social”***

En definitiva, estamos persiguiendo la promoción de la Salud Pública (competencia básica municipal) y el bienestar sociosanitario de la comunidad.

El marco teórico de la intervención preventiva frente a los trastornos adictivos estructura la construcción de una intervención basada en la evidencia científica. Este marco: Facilita la comprensión de los factores de riesgo en la aparición de la situación problema; Identifica los mecanismos más adecuados para producir el cambio deseado; Y Facilita la priorización de estrategias adecuadas a los fines perseguidos.

Así pues, si las reputadas Teorías como: la del Aprendizaje Social de Bandura (1977), la de la Conducta Problemática de Jessor y Jessor (1977), la Ecología del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1979) y la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1991); pueden dar una explicación de la etiología de las conductas adictivas, otras como: La Teoría de la influencia Triádica de Flay y Petraitis (2003), la de Factores de Riesgo y de Protección de Hawkins y colegas (2003), la del Desarrollo Positivo Adolescente de Catalano y colegas (1999), la Teoría de la Resiliencia de Werner y Smith (1982) y la de los Ambientes de Crianza de Biglan y Hinds (2009); son teorías específicas sobre la prevención de las conductas adictivas, que nos permiten definir una estrategia preventiva basada en la evidencia científica.

Todas estas teorías apuntan a la existencia de un problema individual que se origina en la interacción social con el entorno, es por ello que, a la hora de diseñar y construir un Plan Municipal de

prevención, resulta especialmente útil utilizar el modelo de cambio de comportamiento COM-B. ("capacidad", "oportunidad", "motivación" y "comportamiento"). Este modelo reconoce que el comportamiento es parte de un sistema de interacción que involucra a la capacidad, oportunidad y motivación de los individuos y las intervenciones deben cambiar uno o más de ellos, de tal manera que coloquen el sistema en una nueva configuración y minimicen el riesgo de que se revierta. Hay una amplia variedad de estrategias que podemos implementar para intervenir y conseguir el cambio que perseguimos sobre la conducta social:



Estas estrategias han de partir necesariamente de mecanismos políticos macro-sociales como pueden ser:

- La política ambiental y de planificación social
- La comunicación y el marketing
- Legislación
- Prestación de servicios
- Regulación
- Medidas fiscales
- Pautas

Nuestro marco legislativo recoge como objetivos de la intervención preventiva en las diferentes leyes autonómicas (en ausencia de una estrategia específica vigente):



- Promover una vivencia positiva y saludable de la adolescencia y juventud, favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables, evitando conductas de riesgo e incorporando una atención efectiva de la salud de este grupo de edad. (IV Plan de Salud)
- Proteger a los niños, niñas y adolescentes frente a conductas que pueden generar adicción. (Ley 26/2018)
- Implementar programas y acciones que favorezcan la inclusión social de grupos vulnerables. (Ley 3/2019)
- Promover el ejercicio de los derechos sociales a través de la participación de la ciudadanía. (Ley 3/2019)
- promocionar servicios y programas de carácter social, afectivo y educativo en su entorno, que apoyen la atención de la población infantil y adolescente en situación de riesgo, mediante actuaciones específicas e inclusivas (Ley 26/2018)

Podríamos entender esta recopilación, como una serie de directrices genéricas que orientan el desarrollo del Plan Municipal

## 1. EJES ESTRATÉGICOS

El modelo COM-B nos permite definir las estrategias preventivas que van a estructurar nuestro Plan Municipal, encaminándolo hacia la finalidad perseguida desde la evidencia científica. A partir de este modelo, construiremos una intervención planificada basada en un sistema de estrategias compuesto por diferentes líneas de actuación, mutuamente influyentes:

- ➔ **ESTRATEGIAS DE INFLUENCIA**, dirigidas al vértice individual y contextual. El objetivo central de estas estrategias está orientado hacia el incremento de conocimientos y el cambio de actitudes en los individuos y las comunidades.
- ➔ **ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS**, dirigidas sobre todo al vértice individual. Pretenden mejorar los recursos y las habilidades de los individuos para afrontar situaciones de la vida cotidiana. Trabaja aspectos como el autoconocimiento, los valores, la toma de decisiones, el autocontrol, ...
- ➔ **ESTRATEGIAS DE CONTROL**, dirigidas al vértice de la sustancia y al contextual. Son acciones que pueden ir dirigidas hacia los individuos o hacia el contexto en el que se desenvuelven. Son medidas legislativas, judiciales, administrativas, policiales, ... encaminadas a restringir la exposición a riesgos y la aparición de los peligros o los daños vinculados a los mismos.
- ➔ **ESTRATEGIAS DE ADECUACION DEL MEDIO**, dirigidas al vértice del contexto. Pretenden mejorar los entornos en los que los individuos viven. Son medidas legislativas, de creación de recursos, de mejora en el funcionamiento de los existentes, de fomento de la participación social, ... dirigidas a lograr la satisfacción de los individuos respecto a su entorno y a facilitar los comportamientos más saludables en la comunidad.

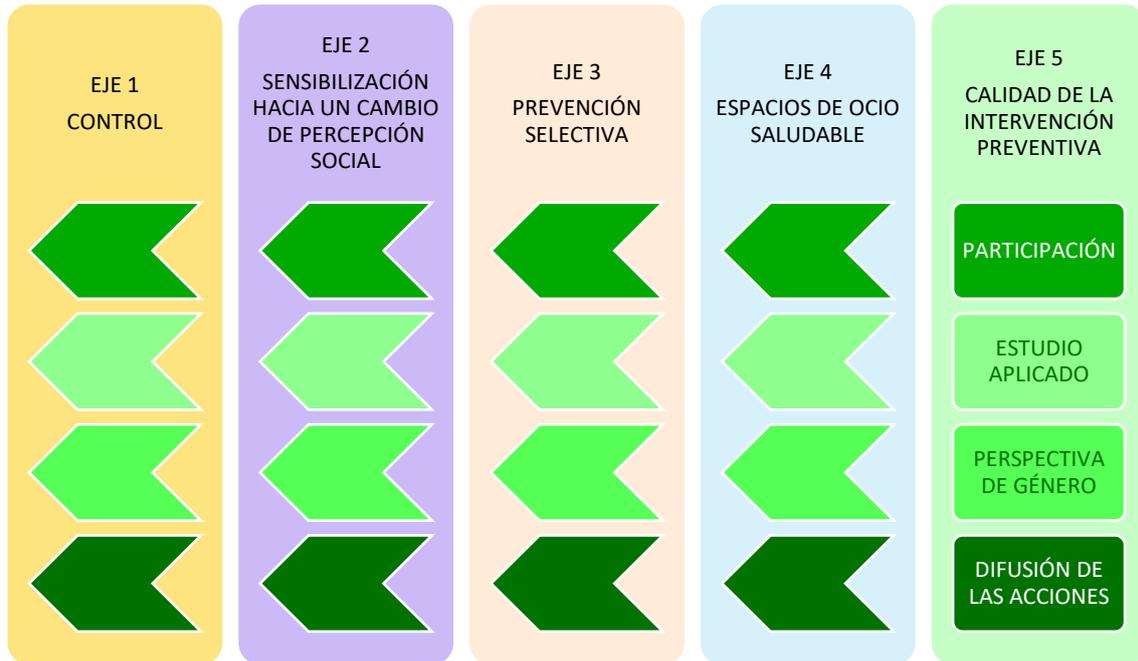


Por otro lado, nuestro marco de referencia autonómico, tanto en la normativa, como en los Planes estratégicos, contempla las siguientes líneas estratégicas de acción aplicables a la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos

- Información y formación de individuos, grupos y comunidades en conductas adictivas (IV Plan de Salud y Ley 1/2020)
- Sensibilización de la población respecto al riesgo y las consecuencias de las adicciones (IV Plan de Salud)
- Estudio e investigación de las tendencias en conductas adictivas para definir las acciones a emprender (IV Plan de Salud)
- Formación de familias en habilidades educativas que sirvan como factor de protección (IV Plan de Salud)
- Fomento del ocio saludable dirigido a niños, niñas, adolescentes y jóvenes (IV Plan de Salud y Ley 26/2018)
- Educación para la salud en espacios formales y no formales (IV Plan de Salud)
- Elaboración y difusión de materiales didácticos de apoyo a la educación para la salud (IV Plan de Salud)
- Aprendizaje de uso saludable de TICs (IV Plan de Salud)
- Participación de los centros docentes en programas de prevención de adicciones (IV Plan de Salud)
- Intervención socioeducativa integral con niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad y sus familias en su entorno y ámbito relacional (26/2018)
- Acciones específicas e inclusivas de ocio educativo, deporte y actividad física, formación, promoción ocupacional, empleo, convivencia familiar, educación emocional y otras que contribuyan a la socialización (Ley 26/2018)
- Programas y actuaciones que favorezcan la inclusión social de grupos vulnerables (Ley 3/2019)
- Detección precoz de conductas potencialmente adictivas en las esferas educativa y sociosanitaria (Leyes 26/2018 y 1/2020)
- Asesoramiento, prevención y rehabilitación ante situaciones de vulnerabilidad o riesgo (Ley 10/2014)

El análisis diagnóstico de la situación municipal desarrollado para la elaboración del presente Plan Municipal, ha delimitado 4 necesidades prioritarias sobre las que pretendemos intervenir. Estas necesidades orientan los 4 ejes estratégicos básicos que estructuran el Plan, que a su vez determinarán los objetivos generales que canalizarán la intervención global.

Además de las 4 necesidades prioritarias, como hemos explicado en el apartado anterior, tenemos que planificar considerando la necesidad transversal de garantizar La calidad de la intervención preventiva desde nuestro modelo metodológico por lo que se ha de desarrollar un 5º eje estratégico transversal a todas las acciones que hace referencia a los procesos y la metodología empleada.



## EJE 1: CONTROL

La estrategia de CONTROL persigue limitar la exposición a la conducta e incluye acciones dirigidas a evitar la normalización del consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas, incrementando la percepción de riesgo y de limitación coercitiva social. Este tipo de estrategias son fundamentales para introducción cambios en la construcción social normativa de las conductas que pretendemos prevenir.

## EJE 2: SENSIBILIZACIÓN HACIA UN CAMBIO DE PERCEPCIÓN SOCIAL

La estrategia de SENSIBILIZACIÓN, entendida de manera amplia permite diseñar acciones dirigidas a las necesidades de información, formación y normalización

Sensibilizar a la población sobre el problema de los trastornos adictivos supone, que esta debe conocer la naturaleza intrínseca de estos trastornos y consolidar su propio sistema de valores respecto a ello. Partimos de la idea de que la información a este nivel permitirá a la población:

- Tener elementos para reconocer los trastornos adictivos (en ellos mismos y en los que les rodean)
- Conocer las consecuencias a todos los niveles de las conductas adictivas
- Conocer las posibilidades de superación del problema
- Identificar los factores de riesgo
- Reconocer su propia responsabilidad

El catálogo de creencias y valores es uno de los pilares fundamentales que sustenta un sistema determinado, la información introducida en ese sistema, en la medida que supone un cambio de creencias y un nuevo sistema de valores basado en una información más veraz introduce cambios estructurales en el sistema social.



Dado que la representación social del fenómeno del uso problemático de drogas condiciona cualquier intervención que se pueda hacer en esta área, deberemos empezar por introducir la información necesaria en el sistema social que nos permita cambiar esta representación social. Nuestro objetivo se dirige a un cambio de la Representación Social de las adicciones, este cambio debe tener tres efectos fundamentales:

1. La generación de opinión pública, “discurso social” de rechazo hacia el consumo de drogas.
2. La progresiva concienciación sobre la responsabilidad individual, grupal y social en la evolución del propio fenómeno.
3. Reducir la percepción de permisividad y normalización del consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas.

## EJE 3: PREVENCIÓN SELECTIVA

Ante la evidente necesidad de intervenir preventivamente con grupos de población específicos que presentan una especial vulnerabilidad frente a los trastornos adictivos, debemos reforzar la intervención selectiva, ésta se basa en la idea de que los grupos vulnerables o de riesgo por diferentes causas, son susceptibles de recibir intervenciones que reduzcan el riesgo de su potencial futuro consumo problemático de drogas y otros trastornos adictivos.

Por ello, debemos ser conscientes de que este tipo de intervenciones no sólo va a perseguir evitar el consumo de drogas o el inicio de cualquier otro trastorno adictivo, sino que va a trabajar sobre factores de riesgo específicos que permitan al individuo protegerse frente a las peores consecuencias del trastorno adictivo que se esté trabajando, aunque la conducta ya se haya iniciado.

Este tipo de intervención preventiva nos permitirá acceder a grupos de población que no son accesibles, ni permeables a la prevención universal.

## EJE 4: ESPACIOS DE OCIO SALUDABLE

Este eje se enmarca en las estrategias de prevención ambiental que persiguen modificar el contexto donde el consumo de drogas tiene lugar. Es una atrevida apuesta por favorecer la conducta saludable, generando espacios de socialización y ocio donde no esté asociado intrínsecamente el consumo. El objetivo es actuar frente a la normalización del consumo abusivo en espacios de fiesta y socialización, especialmente entre los más jóvenes y sobre la necesidad objetivada de la carencia de espacios de socialización disociados del consumo.

## EJE 5: CALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Dentro de la estructura del Plan, esta línea de actuación se dirige más hacia los procesos que a los resultados, el mero hecho de garantizar los criterios de calidad en el desarrollo de la acción preventiva ya supone un cambio de paradigma.



## 2. OBJETIVOS GENERALES

En base a los ejes estratégicos seleccionados, los objetivos generales del X PMDOTA en los diferentes ámbitos de prevención son:

ÁMBITO		OBJETIVOS GENERALES	NECESIDAD
PREVENCIÓN AMBIENTAL	O1	Mejorar los sistemas de control que limiten el uso de sustancias y otras conductas potencialmente adictivas.	NORMALIZACIÓN
	O2	Informar y sensibilizar a la población sobre los problemas relacionados con las adicciones	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
	O3	Promover el desarrollo de una oferta municipal de ocio alternativo al consumo de sustancias dirigido a la población adolescente	OCIO SALUDABLE
PREVENCIÓN FAMILIAR	O4	Crear un espacio accesible de prevención familiar universal de adicciones	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
	O5	Reforzar la intervención educativa de las familias con factores de vulnerabilidad	VULNERABILIDAD SOCIAL
	O6	intensificar la prevención selectiva con familias	VULNERABILIDAD SOCIAL
PREVENCIÓN ESCOLAR	O7	Implantar un sistema de coordinación estable entre la UPCCA y los centros docentes	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
	O8	Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en prevención de adicciones al 100% de los centros educativos de secundaria	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
	O9	ofertar recursos pedagógicos de validez contrastada para reforzar la labor preventiva de los docentes	INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
	O10	Complementar el Programa de prevención escolar universal en Secundaria con acciones preventivas específicas adaptadas para alumnado más vulnerable.	VULNERABILIDAD SOCIAL
PREVENCIÓN INDICADA	O1	Complementar los programas de inclusión social con la intervención en prevención de adicciones.	VULNERABILIDAD SOCIAL
	O12	Ofrecer un servicio de información, orientación e intervención preventiva especializado en adicciones, estable y accesible a la ciudadanía.	VULNERABILIDAD SOCIAL

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcanzar los objetivos generales hemos planificado los siguientes objetivos específicos:

ÁMBITO	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PREVENCIÓN AMBIENTAL	O1 Mejorar los sistemas de control que limiten el uso de sustancias y otras conductas potencialmente adictivas.	O.1.1 Formar agentes de seguridad y otros colectivos en medidas sobre el control de oferta
		O.1.2 Crear un espacio de coordinación en el ámbito de las adicciones para todos los agentes de seguridad ciudadana
		O.1.3 fomentar la responsabilidad de entidades y colectivos en medidas de control sobre conductas potencialmente adictivas
	O2 Informar y sensibilizar a la población sobre los problemas relacionados con las adicciones	O.2.1 Ofertar un servicio de información comunitaria sobre adicciones abierto a la población y sujeto a demanda
		O.2.2 Desarrollar, al menos, 1 campaña anual de sensibilización frente al problema de las adicciones y la salud mental.
		O.2.3 Promover la formación de personas mediadoras en el desarrollo de acciones para fomentar una comunidad más saludable.
O3 Promover el desarrollo de una oferta municipal de ocio alternativo al consumo de sustancias dirigido a la población adolescente	O.3.1 Crear grupo de trabajo con los departamentos que desarrollan actuaciones en ocio y tiempo libre	
	O.3.2 Consolidar una oferta pública anual de espacios de ocio y tiempo libre saludable dirigida a niños, niñas adolescentes y jóvenes.	
PREVENCIÓN FAMILIAR	O4 Crear un espacio accesible de prevención familiar universal de adicciones	O.4.1 Desarrollar acciones formativas e informativas dirigidas a las familias del municipio de Sagunto en prevención universal de adicciones
		O.4.2 Mejorar la accesibilidad de las familias a las acciones formativas e informativas
	O5 Reforzar la intervención educativa de las familias con factores de vulnerabilidad	O.5.1 Desarrollar un programa de formación en parentalidad positiva para las familias vulnerables atendidas en Servicios Sociales



PREVENCIÓN ESCOLAR	06	intensificar la prevención selectiva con familias	0.5.2	Incorporar contenidos de prevención de adicciones en esta formación
			0.6.1	Atender en la UPCCA el 100% de la demanda de intervención familiar en prevención de adicciones
	07	Implantar un sistema de coordinación estable entre la UPCCA y los centros docentes	0.6.2	Desarrollar un programa breve de intervención socioeducativa con familias para mejorar la labor educativa familiar ante conductas potencialmente adictivas de los hijos/as
			0.7.1	Fomentar la creación de agentes de coordinación por cada centro
	08	Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en prevención de adicciones al 100% de los centros educativos de secundaria	0.7.2	Formar grupo de trabajo para diseñar el sistema de coordinación
			0.8.1	Diseñar los contenidos del programa de acuerdo con la evaluación recogida
			0.8.2	Ofertar 2 sesiones informativas y formativas sobre prevención de adicciones de 1º a 3º a todos los centros de educación secundaria
			0.8.3	consolidar la cobertura de estas intervenciones forma informativas
	09	ofertar recursos pedagógicos de validez contrastada para reforzar la labor preventiva de los docentes	0.8.4	Complementar la intervención preventiva con la oferta de actividades educativas no formales
			0.9.1	Difundir la cartera de programas educativos de la Conselleria de Sanitat
010	Complementar el Programa de prevención escolar universal en Secundaria con acciones preventivas específicas adaptadas para alumnado más vulnerable.	0.9.2	Reforzar la intervención del profesorado a través de la formación y el asesoramiento	
		0.10.1	diseñar contenidos específicos adaptados a alumnado con características especiales	
		0.10.2	Ofertar 2 sesiones informativas y formativas sobre prevención de adicciones sobre adicciones con contenidos específicos de 1º a 3º de ESO	
			0.10.3	garantizar la cobertura de la demanda de esta intervención educativa



PREVENCIÓN INDICADA	011	Complementar los programas de inclusión social con la intervención en prevención de adicciones.	0.11.1	Elaborar un protocolo de intervención social en adicciones en el que se potencie la coordinación socio-sanitaria
			0.11.2	Desarrollar, al menos, 1 taller por año de prevención de adicciones como medida sustitutiva o complementaria ante condenas y/o sanciones administrativas.
	012	Ofrecer un servicio de información, orientación e intervención preventiva especializado en adicciones, estable y accesible a la ciudadanía.	0.12.1	Diversificar las vías de acceso al servicio de información, orientación e intervención preventiva
			0.12.2	Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de intervención en prevención específica e indicada de las drogodependencias y otros trastornos adictivos

## 5. ACTUACIONES

La prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos persigue evitar o, al menos, reducir la incidencia de la problemática relacionada con este tipo de trastornos. En la actualidad, el diseño e implementación de intervenciones preventivas en adicciones basadas en la evidencia científica, se ha convertido en un foco central de las políticas en este ámbito. Según la definición que hace el *Evidence-Based Practice Institute* de la Universidad de Washington (2012): “La Práctica Basada en la Evidencia es la utilización de procesos sistemáticos de toma de decisiones o la provisión de servicios que han demostrado, a través de la evidencia científica disponible, que mejoran de manera consistente los resultados medibles de la población diana. En lugar de una tradición, la reacción visceral u observaciones individuales como base para la toma de decisiones.”

Después de más de dos décadas de prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos en el municipio de Sagunto, hemos ido incorporando criterios basados en la “evidencia científica” y “buenas prácticas” a la hora de programar las acciones, tomando en consideración tanto la efectividad como la viabilidad de las acciones a la hora de planificar. Esta metodología de planificación viene respaldada por los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS) y pretende garantizar que las intervenciones preventivas:

- Son sistemáticas y basadas en la evidencia
- Parten de la evaluación de necesidades y recursos
- Son evaluadas de acuerdo con unos parámetros comunes
- Incluyen en la programación el adecuado equilibrio entre acciones universales, selectivas e indicadas
- Se programan teniendo en cuenta:
  - La sostenibilidad y la financiación
  - La comunicación y participación de los grupos de interés que forman parte de la implementación
  - El apoyo y la capacitación del personal encargado de la implementación
  - Los aspectos éticos de la prevención de adicciones

Igual que se hizo con la evaluación del IX Plan, y el análisis de necesidades, el proceso de diseño de los programas y acciones se ha desarrollado mediante un proceso participativo en el que los agentes clave que van a participar en las acciones han formado parte de la programación de estas.

Sobre los criterios básicos de los EDPQS, este Plan ha estructurado su propuesta en 4 ámbitos de intervención:

- A.1. PREVENCIÓN AMBIENTAL
- A.2. PREVENCIÓN FAMILIAR
- A.3. PREVENCIÓN ESCOLAR



## A.4. PREVENCIÓN INDICADA

Cada uno de estos 4 ámbitos contiene unas acciones, metodología, técnicas, agentes y recursos diferenciados y los programas y acciones recogidos en todos ellos van dirigidos a alcanzar los objetivos específicos propuestos. Hemos diseñado una estructura de acciones multicomponente que persiguen atender la globalidad de la situación problema y que contemplan diferentes escenarios, población diana y diferentes niveles de prevención. Al mismo tiempo, se han diseñado las acciones teniendo muy presente las líneas transversales correspondientes al eje 5, relativo a la calidad de la intervención preventiva, de manera que todas las acciones deben garantizar los criterios de calidad establecidos, que tienen que ver con la metodología de los procesos, es decir, cómo se hacen las acciones.

## A.1. PREVENCIÓN AMBIENTAL

La influencia del entorno social sobre el sistema de creencias normativas está en la base del cuerpo teórico que sustenta cualquier intervención preventiva basada en la evidencia, porque condiciona cómo el individuo construye su gestión de riesgos frente a las conductas potencialmente adictivas. Estas conductas se suelen aprender en el entorno social, por imitación y sus consecuencias son valoradas por la respuesta que una comunidad da ante su aparición, entendiéndose así que una conducta no tiene un grave riesgo si existe cierta tolerancia social hacia ella o, por el contrario, se genera una fuerte percepción de riesgo si la respuesta social ante esa conducta es contundentemente restrictiva.

A diferencia de las intervenciones preventivas dirigidas al vértice individual o familiar, la prevención ambiental se enfoca en la comunidad, entendiéndose ésta de manera amplia como la relación entre el grupo de individuos que conforman un grupo social concreto, pero también el territorio, las instituciones, las costumbres, las normas legales y los recursos de ese grupo. La ventaja de estas intervenciones es que, si se implementan bien, pueden tener un impacto mayor que las individuales, pero siempre se tienen que hacer de manera complementaria a estas. Pero debemos reconocer también que este tipo de intervenciones tienen un hándicap añadido y es que es necesaria la implicación de agentes sociales que, en principio, no tienen como función específica la prevención o la salud pública e incluso, pueden entender que determinadas intervenciones van en contra de sus intereses.

El objetivo de la prevención ambiental es “alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas” (Burkhart, 2011, pág. 89). La prevención ambiental usa, entre otras, estrategias como el control normativo o las campañas de sensibilización o la promoción de estilos de vida saludables. Su pretensión básica es introducir cambios sobre el contexto y la construcción normativa que una determinada comunidad tiene sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas, principalmente a través de la limitación de la exposición a posibles comportamientos no saludables y de riesgo y promover la disponibilidad de opciones más saludables.



En este Plan se contemplan 3 programas en el ámbito de la prevención ambiental:

- A.1.1. +CONTROL -RIESGO
- A.1.2. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN
- A.1.3. PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Las acciones diseñadas en estos 3 programas básicos se dirigen a la consecución de los siguientes objetivos específicos del Plan:

74

- O.1.1. Formar agentes de seguridad y otros colectivos en medidas sobre el control de oferta
- O.1.2. Crear un espacio de coordinación en el ámbito de las adicciones para todos los agentes de seguridad ciudadana
- O.1.3 Fomentar la responsabilidad de entidades y colectivos en medidas de control sobre conductas potencialmente adictivas
- O.2.1. Ofertar un servicio de información comunitaria sobre adicciones abierto a la población y sujeto a demanda
- O.2.2. Desarrollar, al menos, 1 campaña anual de sensibilización frente al problema de las adicciones y la salud mental.
- O.2.3. Promover la formación de personas mediadoras en el desarrollo de acciones para fomentar una comunidad más saludable.
- O.3.1. Crear grupo de trabajo con los departamentos que desarrollan actuaciones en ocio y tiempo libre
- O.3.2. Consolidar una oferta pública anual de espacios de ocio y tiempo libre dirigida a niños, niñas, adolescentes y jóvenes

## A.1.1. PROGRAMA “+ CONTROL - RIESGO”

La necesidad de un incremento del control sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas ha quedado objetivada en el estudio de evaluación de necesidades. En este caso no podríamos hablar solamente de ausencia de legislación específica porque realmente existe un desarrollo legislativo suficiente en cuanto a limitación de venta, promoción y consumo de drogas y otras conductas como el juego de apuestas. Ahora bien, resulta evidente que esta legislación resulta ineficaz si no se hace efectiva.

Incrementar las medidas de control es promover una serie de acciones que comprometan a toda la comunidad porque no puede ser una tarea exclusiva de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Supone asumir desde diferentes estamentos sociales la responsabilidad que a cada uno de ellos compete, sólo así conseguiremos construir una nueva norma social consensuada y asumida por toda la comunidad.

Por otra parte, con la finalidad antes citada, resulta necesario visibilizar y poner en valor la acción de las fuerzas de seguridad en la prevención de adicciones.

### ACCIONES:

Este programa se desarrolla en las siguientes líneas de acción:



- ➔ Curso sobre legislación y control de la oferta de drogas y otras conductas potencialmente adictivas
- ➔ Comisión de seguridad ciudadana
- ➔ Creación de decálogo de buenas prácticas por sectores: centros educativos, comercios, asociaciones culturales, etc...

## OBJETIVOS OPERATIVOS:

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.1.1.1 Formación agentes seguridad y otros colectivos	Ofertar la formación
	Adecuar los contenidos a los objetivos
	Desarrollar la formación
	Evaluar la formación
	Promover la participación de todos los cuerpos de seguridad del municipio
	Utilizar de lenguaje inclusivo
	Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género
	Promover la paridad de sexos en la formación
A.1.1.2. Comisión de Seguridad Ciudadana	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
	Formar la comisión oficialmente
	Poner en común información, objetivos y estrategias
	Elaborar un informe anual de la Comisión
	Evaluar el funcionamiento de la comisión
	Recoger información con datos desagregados por sexo
	Promover la participación paritaria de todos los cuerpos de seguridad del municipio
A.1.1.3. Creación de decálogo de buenas prácticas	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
	Difundir la actividad entre asociaciones y entidades del municipio
	Formar grupos promotores
	Redactar el decálogo diferentes sectores
	Publicar el decálogo
	Evaluar las acciones desarrolladas
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Promover la participación paritaria
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	

## A.1.2. PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN

El Programa de sensibilización pretende informar a la población sobre las adicciones y su intrínseca relación con la salud mental, ya que partimos de la hipótesis de que la información produce cambios estructurales en un sistema social, es decir que esta información (junto con el resto de las medidas,



especialmente las normativas) puede generar los cambios necesarios en la representación social de las adicciones para promover factores de protección dentro de nuestra comunidad.

## ACCIONES:

- ➔ Servicio de Información comunitaria: Esta actividad abarca toda intervención de difusión colectiva, e incluye: charlas informativas, difusión audiovisual y soportes informativos como folletos, carteles, etc... Los distintos tipos de difusión informativa se realizarán en función del colectivo al que se dirigen y de su propio contenido. Se desarrolla a demanda
- ➔ Campaña “dales tiempo a crecer”: Con esta campaña pretendemos poner el objetivo sobre el grupo de población que pretendemos proteger de las adicciones y, de esta manera, sensibilizar hacia la necesidad de que la población sea responsable y proactiva en la prevención de adicciones. Cada 2 años, la campaña irá variando en la temática a prevenir.
- ➔ Curso de formación de personas mediadoras en prevención de adicciones: dirigida a Asociaciones Culturales, corresponsales de los Institutos de Educación Secundaria y monitores deportivos a fin no sólo de informar, sino de generar actitudes proactivas hacia la prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

## OBJETIVOS OPERATIVOS:

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.1.2.1. Servicio de información comunitaria	Ofrecer un servicio abierto y flexible que pueda adaptarse a las demandas
	Diseñar contenidos y soportes informativos
	Dinamizar la participación social en las acciones informativas
	Monitorizar las acciones
	Evaluar las acciones
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones
A.1.2.2. Campaña “Dales tiempo a crecer”	Diseñar estrategia de comunicación
	Crear las plataformas de difusión
	Diseñar la campaña
	Desarrollar las acciones de difusión de la campaña
	Promover la participación intersectorial
	Monitorizar la campaña con grupo piloto
	Evaluar la campaña
	Utilizar lenguaje inclusivo
A.1.2.3. Curso de formación de personas mediadoras en prevención de adicciones	Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
	Diseñar contenidos formativos
	Captar participantes
	Desarrollar la formación
	Promover la participación intersectorial



	Evaluar la formación
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género
	Promover la paridad de sexos en la formación
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas

## A.1.3. PROGRAMA OCIO SALUDABLE

Este programa intenta promover la oferta de ocio y tiempo libre saludable para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Es un nexo común entre los Planes de Infancia y Adolescencia, Juventud y Prevención del consumo de drogas y otros trastornos adictivos. Se desarrolla como colaboración con el Área de Juventud y Deportes en relación con la oferta pública.

### ACCIONES

- ➔ Comisión de ocio saludable: Consiste en formar un grupo de trabajo para desarrollar la siguiente acción. En esta comisión participarán todos los departamentos del Ayuntamiento que promuevan actividades de ocio y tiempo libre para niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- ➔ Red de ocio saludable: La Red de ocio saludable será la oferta unificada que publicará el Ayuntamiento de Sagunto cada año como catálogo de actividades de ocio y tiempo libre saludable.

### OBJETIVOS OPERATIVOS

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.1.3.1. Comisión de ocio saludable	Formar la comisión oficialmente
	Poner en común información, objetivos y estrategias
	Elaborar un informe anual de la Comisión
	Evaluar el funcionamiento de la comisión
	Recoger información con datos desagregados por sexo
	Promover la participación intersectorial
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.1.3.2. Red de ocio saludable	Crear un catálogo de actividades unificado
	Publicar el catálogo
	Promover la participación intersectorial
	Evaluar la adecuación del catálogo y la difusión
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Hacer difusión de las acciones



## A.2. PREVENCIÓN FAMILIAR

Agrupar el conjunto de actuaciones dirigidas al núcleo familiar, entendido éste como el lugar en el que los niños y niñas inician su desarrollo educativo, emocional, cognitivo y social. La intervención preventiva en el ámbito familiar se centra en promover prácticas parentales que construyan factores de protección y controlen los factores de riesgo individuales y sociales, de manera que se promueva el comportamiento saludable de sus miembros.

78

### LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La familia es el primer marco de referencia donde se desarrolla la socialización del individuo y tendrá mayor o menor grado de influencia en función de la edad (conforme el individuo crece, la familia pierde protagonismo en favor del grupo de iguales). Por esta razón, la familia se configura como un pilar de prevención esencial, favorece o previene la aparición de trastornos adictivos sin necesidad de hacer nada extraordinario, simplemente con su desarrollo cotidiano. De hecho, la crisis de la familia como institución de control sobre la conducta de niños, niñas y adolescentes se ha destacado en el informe de evaluación de necesidades como factor de riesgo relevante. El catálogo de factores de riesgo y protección que se han estudiado en el ámbito familiar se podría resumir de la siguiente manera:

#### FACTORES DE RIESGO

- Actitudes favorables hacia el consumo u otras conductas potencialmente adictivas
- Uso abusivo, problemático y/o adicción de algún miembro de la familia
- Deficientes pautas de control y educativas
- Carencias de apego familiar
- Problemas de comunicación
- Relación familiar conflictiva y/o violenta

#### FACTORES DE PROTECCIÓN

- Relación familiar positiva y saludable
- Fuerte vínculo de apego
- Comunicación positiva
- Desarrollo de estrategias efectivas para la gestión del comportamiento
- Educar en valores pro-sociales
- Familias implicadas en el desarrollo vital de todos sus miembros

### OBJETIVOS

El Programa de Prevención familiar se ha diseñado para la consecución de los siguientes objetivos específicos del X Plan Municipal:

- O.4.1. Desarrollar acciones formativas e informativas dirigidas a las familias del municipio de Sagunto en prevención universal de adicciones



- O.4.2. Mejorar la accesibilidad de las familias a las acciones formativas e informativas
- O.5.1. Desarrollar un programa de formación en parentalidad positiva para las familias vulnerables atendidas en Servicios Sociales
- O.5.2. Incorporar contenidos de prevención de adicciones en la formación en parentalidad positiva
- O.6.1. Atender en la UPCCA el 100% de la demanda de intervención familiar en prevención de adicciones
- O.6.2. Desarrollar un programa breve de intervención socio-educativa con familias para mejorar la intervención educativa familiar ante situaciones de conductas potencialmente adictivas de los hijos/as intensificar la prevención selectiva con familias

## ACCIONES

Con la finalidad de abarcar todas las necesidades descritas y conseguir los objetivos propuestos, este Programa ha sido diseñado en 3 niveles de acción

- ➔ NIVEL 1: de carácter universal, comprende estrategias de difusión informativa y sensibilización.
- ➔ NIVEL 2: Intervención selectiva grupal a través de formación en parentalidad positiva.
- ➔ NIVEL 3: Intervención indicada para familias con algún trastorno adictivo diagnosticado.

### NIVEL 1: A.2.1. “FAMILIAS EN POSITIVO”: DIFUSIÓN INFORMATIVA Y SENSIBILIZACIÓN

La Información como instrumento dirigido a fomentar los factores de protección familiares y la adecuada repuesta social ante el problema de las adicciones, permitirá introducir cambios estructurales en el sistema comunitario.

Este nivel de intervención se desarrollará a través del PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN y se dirigirá fundamentalmente a la promoción de la parentalidad positiva, entendida ésta como aquella que promueve los factores de protección familiar que hemos comentado anteriormente.

Dado que nuestro objetivo es crear un espacio de prevención familiar accesible, deberemos utilizar canales de uso cotidiano para las familias, evitando, en la medida de lo posible el modelo de presencialidad que la evaluación de planes anteriores ha señalado como inoperativo e ineficaz. Desde este nivel de acción se desarrollarán:

- ➔ Difusión informativa de promoción de la parentalidad positiva en redes sociales accesibles
- ➔ Guías impresas
- ➔ Campañas institucionales

### NIVEL 2: A.2.2. ESCUELA PARENTALIDAD POSITIVA

Esta acción está liderada por el Departamento de Servicios Sociales y va dirigida a las familias en situación de vulnerabilidad social seleccionadas desde este Departamento para formar parte de este programa.



El objetivo general de esta acción es dotar de las herramientas necesarias, prácticas y sencillas, a los padres y a las madres que les facilite y potencie sus roles parentales, así como la construcción de una dinámica positiva de convivencia familiar. Para ello se ha diseñado un sistema de talleres para:

- Formar en pautas educativas para la crianza de sus hijos e hijas en las diferentes etapas evolutivas: normas, límites, estilos educativos...
- Fomentar hábitos y rutinas saludables en el ámbito familiar
- Dotar de estrategias para la resolución de conflictos desde el buen trato.

## NIVEL 3: A.2.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR

Este nivel de intervención se corresponde con la Prevención Indicada y se desarrolla a través del Servicio de Información, Orientación e Intervención Preventiva. Dentro de este nivel, a su vez, se han diseñado 2 modalidades de intervención:

### 1. EL CONSEJO PARENTAL BREVE

Este tipo de intervención se corresponde con necesidades básicas de información y orientación a familias que demandan:

- Orientación genérica sobre pautas educativas
- Información sobre trastornos adictivos
- Información sobre recursos terapéuticos
- Confirmaciones diagnósticas
- Pautas de actuación frente a un posible trastorno adictivo

Este tipo de intervención se suele desarrollar en una única entrevista.

### 2. INTERVENCIÓN FAMILIAR

Este modelo de intervención se desarrolla de manera conjunta o independiente de la intervención socioeducativa con la persona que desarrolla la conducta potencialmente adictiva. El objetivo que persigue es minimizar el impacto social de la conducta problema y potenciar y afianzar el proceso de cambio. Para ello se trabaja con las familias:

- La comunicación positiva
- La resolución de conflictos
- Normas y límites familiares
- Habilidades parentales positivas
- Prevención de recaídas

Dentro de este modelo de intervención, cobra especial relevancia el apoyo emocional y psicosocial a las familias cuando la persona que desarrolla la conducta problema está en estadio de precontemplación y se niega a iniciar un proceso de cambio. En estos casos se desarrolla una intervención paliativa que persigue minimizar el impacto sociofamiliar del problema, reforzando la estructura familiar de manera que se promueva el paso de estadio.



## OBJETIVOS OPERATIVOS

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.2.1. FAMILIAS EN POSITIVO	Diseñar un espacio de comunicación accesible
	Diseñar los contenidos informativos y formativos
	Desarrollar acciones trimestrales
	<b>Promover la participación</b>
	Monitorizar las acciones
	Aplicar contenidos y herramientas innovadoras
	Evaluar las acciones
	<b>Incorporar contenidos con perspectiva de género</b>
	<b>Utilizar lenguaje inclusivo</b>
	<b>Hacer difusión de las acciones desarrolladas</b>
A.2.2. ESCUELA DE PARENTALIDAD POSITIVA	Diseñar y desarrollar un programa de formación en parentalidad positiva para las familias vulnerables atendidas en Servicios Sociales
	Incorporar contenidos de prevención de adicciones en esta formación
	Seleccionar al grupo de personas participantes
	Diseñar materiales y sistema de seguimiento
	<b>Promover la participación</b>
	Monitorizar las acciones
	Aplicar contenidos y herramientas innovadoras
	Evaluar las acciones
	<b>Promover la participación paritaria</b>
	<b>Utilizar lenguaje inclusivo</b>
<b>Incorporar contenidos con perspectiva de género</b>	
<b>Hacer difusión de las acciones desarrolladas</b>	
A.2.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR	Atender en la UPCCA el 100% de la demanda de intervención familiar
	<b>Promover la intersectorialidad a través de protocolos de derivación</b>
	Evaluar las acciones
	<b>Incorporar contenidos con perspectiva de género</b>
	<b>Hacer difusión de las acciones desarrolladas</b>

## A.3. PREVENCIÓN ESCOLAR

El medio escolar se configura como el más adecuado para llevar a cabo la intervención preventiva en adicciones, por ser el único medio de intervención educativa controlable desde el que acceder al individuo. Como criterio general, la educación tiene como finalidad la socialización de las y los educandos, su preparación para la vida como personas responsables, autónomas y libres en un cierto medio social y cultural, es decir, facilitar, a través de la educación, el desarrollo de personas con capacidad de pensar y actuar de manera racional y con



relativa autonomía. En general, los centros educativos están en una posición ventajosa para educar, teniendo en cuenta que:

- El centro neurálgico alrededor del cual gira la vida de las personas adolescentes es el Centro escolar (es un centro de información, formación y relación).
- Los y las adolescentes asisten al Instituto precisamente en la edad en que resultan más educables.
- Los y las adolescentes pasan la mayor parte del tiempo en el Instituto o en actividades escolares.
- El Centro educativo consigue fácilmente la detección precoz de los individuos o grupos de alto riesgo en el abuso de las drogas
- El Centro educativo tiene como uno de sus objetivos prioritarios la educación para la salud y la educación para la vida.
- Las intervenciones se pueden implementar con toda la población escolar (universal)

El centro escolar, junto con la familia, es un entorno micro social clave a la hora de moldear el desarrollo de la infancia y la adolescencia y su conducta prosocial. De hecho, incide en cómo la población infantil y joven percibe y crea la norma subjetiva y la percepción de riesgo frente a conductas adictivas. Es por ello por lo que resulta especialmente importante mantener un clima escolar positivo y proactivo hacia la educación para la salud en general y en especial hacia la prevención de adicciones. Esto se traduce en el desarrollo de contenidos curriculares preventivos en el aula, pero también en el desarrollo de políticas razonables, claras y coherentes, dirigidas al consumo y venta de sustancias (alcohol y tabaco también), en el centro educativo y sus inmediaciones y en todos sus actos, lúdicos o educativos.

El centro escolar también es una pieza clave en la prevención indicada ya que ocupa una posición privilegiada en la detección precoz de conductas adictivas incipientes y puede favorecer el acceso al circuito terapéutico, así como también puede participar en la reducción de las consecuencias adversas asociadas al consumo y fomentar la integración escolar de los individuos con conductas adictivas.

Como ya indicábamos en la introducción, uno de los criterios básicos a la hora de planificar la intervención preventiva es la aplicabilidad de las acciones programadas. Especialmente en el ámbito escolar, resulta indispensable no sólo diseñar acciones técnicamente contrastadas, sino, sobre todo, aplicables. La intervención ha de ser flexible y adaptada al funcionamiento ordinario del centro educativo, porque si rompe la estructura funcional de este no va a poder ser desarrollada, y debe ser asistida técnicamente por personal de apoyo especializado, que además garantice su continuidad ante el continuo cambio de profesorado. No todas las actividades y programas de prevención escolar serán efectivos para toda la población, por lo que estas deben ser diseñadas teniendo muy presente la población diana y sus características

## EL ÁMBITO ESCOLAR COMO FACTOR DE RIESGO Y PROTECCIÓN

En la línea metodológica de intentar potenciar los factores de protección frente a los factores de riesgo en el ámbito escolar, una revisión de la literatura científica existente sobre el tema destaca los siguientes factores:



## FACTORES DE RIESGO

- Fracaso escolar
- Bajo rendimiento académico
- Falta de apego a la escuela
- Absentismo escolar
- Conducta antisocial en la escuela
- Actitud tolerante del centro educativo respecto de conductas potencialmente adictivas

## FACTORES DE PROTECCIÓN

- Relación escolar positiva y saludable
- Comunicación positiva
- Potenciar el desarrollo de las capacidades personales
- Desarrollo de estrategias efectivas para el control y la gestión del comportamiento
- Educar para la salud

Tal y como se reconoce en el “Currículum de Prevención Europeo”: “La escuela puede incidir en cómo la población infantil y joven percibe lo aceptable o no aceptable que sean varios comportamientos positivos o negativos. Por lo tanto, las intervenciones en la escuela pueden afectar a la vulnerabilidad y al riesgo de comportamientos específicos de una persona, y al uso de sustancias en particular”. El factor de protección esencial en la escuela es una “escuela de calidad”, cuando la escuela funciona bien, hay un adecuado control del profesorado hacia el alumnado, un seguimiento cercano y un trato correcto y adecuado a su desarrollo evolutivo, se favorece un desarrollo integral de la persona. Pero la escuela también tiene un rol preventivo en 3 áreas estratégicas:

- **ESTRATEGIAS DE INFLUENCIA**, dirigidas al vértice individual y contextual. El objetivo central de estas estrategias está orientado hacia el incremento de conocimientos y el cambio de actitudes en los individuos. La escuela debe educar en valores, normas, creencias y actitudes contrarias al consumo abusivo de drogas y otras conductas adictivas.
- **ESTRATEGIAS AMBIENTALES**, desarrollando normas y límites claros y coherentes en relación con el consumo de drogas y otras conductas adictivas en el centro escolar, sus inmediaciones y en todos los actos promovidos por el centro educativo.
- **ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑO Y RIESGO**, actuando con el alumnado que se ha iniciado en el consumo u otra conducta adictiva y derivándoles hacia el recurso específico más adecuado.

La intervención preventiva en este ámbito consiste en un diseño de actividades formativas e informativas, que integradas en la cotidianidad escolar de los individuos persiguen modificar aquellos factores de riesgo que han sido señalados como principales predictores de la aparición de conductas adictivas. Su finalidad es reforzar el proceso educativo de manera que se promuevan hábitos de vida saludables y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas y otras conductas adictivas.

## OBJETIVOS

El Programa de Prevención escolar se ha diseñado para la consecución de los siguientes objetivos específicos del X Plan Municipal:

- O.7.1. Fomentar la creación de agentes de coordinación por cada centro
- O.7.2. Formar grupo de trabajo para diseñar el sistema de coordinación
- O.8.1. Diseñar los contenidos del programa de acuerdo con la evaluación recogida



- O.8.2. Ofertar 2 sesiones informativas y formativas sobre prevención de adicciones de 1º a 3º a todos los centros de educación secundaria de Sagunto
- O.8.3. Consolidar la cobertura de estas intervenciones forma informativas
- O.8.4. Complementar la intervención preventiva con la oferta de actividades educativas no formales
- O.9.1. Difundir la Cartera de programas educativos de la Conselleria de Sanitat
- O.9.2. Reforzar la intervención del profesorado a través de la formación y el asesoramiento
- O.10.1. Diseñar contenidos específicos adaptados a alumnado con características especiales
- O.10.2. Ofertar 2 sesiones informativas y formativas sobre prevención de adicciones sobre adicciones CON CONTENIDOS ESPECÍFICOS de 1º a 3º de ESO
- O.10.3. Garantizar la cobertura de la demanda de esta intervención educativa

## ACCIONES

Con la finalidad de abarcar todas las necesidades descritas y conseguir los objetivos propuestos, este programa ha sido diseñado en 3 niveles de acción

- ➔ NIVEL 1: de carácter universal, comprende estrategias de difusión informativa y sensibilización.
- ➔ NIVEL 2: Intervención selectiva grupal a través de formación específica a grupos especialmente vulnerables.
- ➔ NIVEL 3: Intervención indicada para individuos en los que se detecta una posible conducta adictiva.

### NIVEL 1: “PREVENCIÓN UNIVERSAL”: DIFUSIÓN INFORMATIVA Y SENSIBILIZACIÓN

- ➔ MESA DE COORDINACIÓN.

Se constituirá una mesa de coordinación para organizar, dinamizar y evaluar todas las acciones previstas en este programa, por la complejidad de espacios, sectores e instituciones en las que se desarrolla.

- ➔ “A LA CARTA”

Cada curso se oferta a todos los centros educativos el catálogo de programas de prevención autoaplicados que ofrece la Conselleria de Sanitat y desde la UPCCA se coordina la solicitud y reparto de los materiales y se asesora sobre su correcta aplicación. De esta manera se fomenta la responsabilidad de los propios centros en el desarrollo de acciones preventivas.

- ➔ “HABLEMOS”: PROGRAMA ACCIONES INFORMATIVAS EN E.S.O.

Esta acción ha ido consolidándose durante los últimos años y consiste en un programa estructurado, pero flexible, de acciones informativas con el alumnado que desarrolla la UPCCA directamente y que pretende

- Informar sobre la verdadera naturaleza de las conductas adictivas
- informar sobre las consecuencias a corto y a largo plazo tanto del consumo, como del abuso de las diferentes drogas y otras conductas adictivas
- Contrarrestar el impacto de la desinformación y las falsas creencias en relación con el consumo de drogas y otras conductas adictivas
- Promover la conducta saludable a través de la toma de decisiones responsables del individuo.

La evaluación desarrollada en el Plan anterior valora de forma positiva la metodología desarrollada hasta la fecha, ya que mantiene un equilibrio entre las necesidades preventivas y las demandas y expectativas de los centros educativos. Frente a los programas enlatados que son rechazados por alumnado y profesorado, la atención individualizada y flexible de nuestra oferta responde de manera operativa a la necesidad de información y formación en el ámbito escolar.

El programa consiste en 2 sesiones por grupo de 1º a 3º de ESO que son diseñadas para el perfil específico de cada grupo y tratan los siguientes contenidos:



#### → ACCIONES COMPLEMENTARIAS

De manera paralela a la acción en el aula, anualmente programaremos acciones complementarias que promuevan la prevención a través del teatro, el cine u otras expresiones artísticas que puedan tener un impacto sobre la población escolar.

## NIVEL 2: “PREVENCIÓN SELECTIVA”: GRUPOS VULNERABLES

#### → HABLEMOS +

Estas acciones han sido diseñadas para desarrollar intervenciones preventivas dirigidas y adaptadas a las características y necesidades de los grupos de alumnado más vulnerable frente al desarrollo de trastornos adictivos. Las circunstancias individuales y sociales de estos grupos dificultan que la intervención universal tenga el impacto deseado, por lo que debe haber una necesaria adaptación



de los contenidos y metodología de intervención educativa para mejorar la permeabilidad de la población objetivo.

## NIVEL 3: “PREVENCIÓN INDICADA”: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PREVI)

Este nivel de intervención se corresponde con la Prevención Indicada y se desarrolla a través del Servicio de Información, Orientación e Intervención Preventiva. Esta acción dentro del ámbito escolar está enmarcada por el cumplimiento del protocolo PREVI (Plan de Prevención de la violencia y promoción de la convivencia) diseñado por la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte, en el apartado de consumo de drogas y otras conductas adictivas.

### OBJETIVOS OPERATIVOS

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.3.1. MESA DE COORDINACIÓN	Nombrar agentes de coordinación en los centros
	Formar grupo promotor
	Poner en común información, objetivos y estrategias
	Elaborar un protocolo estandarizado de coordinación e implementación de las acciones
	Evaluar
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.3.2. A LA CARTA	Ofertar la cartera de programas al 100% de los centros educativos
	Reforzar la intervención del profesorado a través de la formación y el Asesoramiento
	Responder al 100% de la demanda de programas con agilidad
	Promover la intersectorialidad
	Evaluar la oferta con las personas destinatarias
	Promover programas con criterios de igualdad de género
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.3.3. HABLEMOS	Diseñar los contenidos del programa
	Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en prevención de adicciones al 100% de los centros educativos de secundaria
	Desarrollar las sesiones en el aula, según lo programado
	Evaluar el programa con las personas destinatarias
	Monitorizar las acciones
	Aplicar contenidos y herramientas innovadoras
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Incorporar contenidos con perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.3.4. ACCIONES COMPLEMENTARIAS	Ofertar acciones complementarias que aborden la prevención de adicciones
	Evaluar la oferta con las personas destinatarias



	Seleccionar acciones que contemplen la perspectiva de género
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.3.5. HABLEMOS +	Diseñar los contenidos del programa
	Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en prevención de adicciones
	Desarrollar las sesiones en el aula, según lo programado
	Evaluar el programa con las personas destinatarias
	Monitorizar las acciones
	Aplicación de contenidos y herramientas innovadoras
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Incorporar contenidos con perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas

## A.4. PREVENCIÓN INDICADA

La prevención indicada es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser personas consumidoras y adictas en general, o que tienen problemas relacionados con la conducta adictiva identificada. Se dirige, por tanto, a personas de alto riesgo.

En estos casos, la intervención preventiva se dirige a:

- Minimizar el impacto de la adicción en las personas y en su entorno familiar con medidas de disminución de daño y riesgo
- Acompañamiento social en el proceso de adicción
- Intervención motivacional para promover el cambio de estadio de adicción
- Facilitar el acceso al proceso terapéutico
- Promover el proceso de inserción social

En este contexto, el programa de prevención indicada articula todas aquellas acciones que han sido diseñadas para estos fines.

Este programa se estructura en 3 ejes básicos:

- El apoyo y soporte técnico
- La intervención individual y familiar
- La intervención grupal a través de talleres formativos

## OBJETIVOS

El Programa de prevención indicada se ha diseñado para la consecución de los siguientes objetivos específicos del X Plan Municipal:

- O.11.1. Elaborar un protocolo de intervención social en adicciones en el que se potencie la coordinación sociosanitaria
- O.11.2. Desarrollar, al menos, 1 taller por año de prevención de adicciones como medida sustitutiva o complementaria ante condenas y/o sanciones administrativas.
- O.12.1. Diversificar las vías de acceso al servicio de información, orientación e intervención preventiva
- O.12.2. Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de intervención en prevención específica e indicada de las drogodependencias y otros trastornos adictivos



## ACCIONES:

### → PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES

Al amparo de la Ley 3/2019 de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana, el Departamento de Servicios Sociales desarrolla a través de la Atención Primaria de carácter básico, entre otros, los siguientes servicios:

88

- Servicio de inclusión social: Asume la prevención, el diagnóstico, la intervención y el seguimiento para la cobertura de las necesidades básicas de las personas, familias o, en su caso, unidades de convivencia, y fomenta su participación en el proceso de inclusión social, con carácter periódico.
- Servicio de prevención e intervención con las familias: Se encarga de la prevención y evaluación de las situaciones de riesgo, así como del diagnóstico social y la intervención de carácter individual o familiar con la infancia y la adolescencia, las personas mayores y otras personas necesitadas de especial protección familiar.

Desde los citados servicios se desarrollan, entre otras las siguientes funciones:

- Información, orientación y asesoramiento a toda la población facilitando su conocimiento y acceso a las prestaciones.
- Valoración y diagnóstico de la situación individual o social de la persona, familia o unidad de convivencia y del entorno comunitario.
- Elaboración, implementación, seguimiento y evaluación del Plan personalizado de intervención social.
- Intervención interdisciplinaria, con el objeto de mejorar la situación social de la persona, familia o unidad de convivencia y de dar respuesta a las situaciones de necesidad, vulnerabilidad o riesgo.
- Prescripción de la intervención más adecuada e implementación de esta, de acuerdo con las características de la necesidad social.
- Acompañamiento, mediación y seguimiento a lo largo de todo el proceso de intervención, tanto si este se desarrolla en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, como si es compartido en otros ámbitos de sistemas de protección social.
- Gestión y evaluación de las prestaciones necesarias para la atención de la situación de necesidad de las personas.

La intervención social con personas que han desarrollado cualquier tipo de adicción tiene una serie de condicionantes de alto impacto, tanto personales como sociales, que han de ser considerados a la hora de diseñar el Plan Personalizado de Intervención Social. El apoyo y soporte técnico de la UPCCA a fin de elaborar un correcto diagnóstico de la situación y diseñar el PPIS de manera que se minimice el impacto de la adicción en este proceso, al tiempo que se determinan qué recursos son más adecuados para cada situación, supone una mejora cualitativa de estos servicios. Por ello se venía colaborando habitualmente de manera más o menos formal y se contaba con un protocolo elaborado en 2013, que ha de ser evaluado y reformulado en el marco del nuevo sistema de organización de Servicios Sociales.



➔ **SERVICIO IOIP (información, orientación e intervención preventiva)**

Es un servicio de atención individual y/o familiar en el que se desarrolla una intervención psico-social a fin de determinar el alcance de un posible trastorno adictivo e iniciar una intervención breve que posibilite la reducción del riesgo asociado al mismo.

Dirigido fundamentalmente a jóvenes y adolescentes, también atiende al resto de la población. Se priorizan los casos derivados desde:

- Protocolo de colaboración con los centros de educación secundaria (Plan PREVI)
- Protocolo de colaboración con el servicio de medidas judiciales de menores en medio abierto
- Protocolo de colaboración con el programa de absentismo escolar en secundaria

*\*(Familiar y escolar de nivel 3 están incluidos aquí)*

➔ **TALLERES MEDIDAS SUSTITUTIVAS**

Talleres preventivos de corta duración diseñados para complementar y/o sustituir medidas judiciales y/o sanciones administrativas, como son Trabajos en Beneficio de la Comunidad, medidas judiciales de menores en medio abierto y sanciones administrativas por consumo en la vía pública.

## OBJETIVOS OPERATIVOS:

ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS
A.4.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES	Formar un grupo de trabajo interprofesional e interdepartamental
	Formar a los profesionales en el desarrollo del protocolo
	Adaptar el protocolo al actual sistema organizativo de los recursos municipales
	Monitorizar el protocolo
	Evaluar
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Incorporar contenidos con perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.4.2. SERVICIO IOIP	Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de intervención
	Fomentar la accesibilidad al servicio
	Evaluar la intervención con las personas destinatarias
	Promover la intersectorialidad
	Estudiar perfiles de demanda y ajuste de los programas de intervención
	Utilizar lenguaje inclusivo
	Incorporar contenidos con perspectiva de género
	Hacer difusión de las acciones desarrolladas
A.4.3. TALLERES MEDIDAS SUSTITUTIVAS	Diseñar taller acorde a los objetivos
	Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de talleres para medidas sustitutivas



	Evaluar la intervenció amb les persones destinatàries
	Promover la intersectorialitat
	Utilitzar Llenguatge inclusiu
	Incorporar continguts amb perspectiva de gènere
	Hacer difusió de les accions desenvolupades

## 6. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN

El X Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Sagunto está liderado por la concejalía de Bienestar Social a través de la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas del Departamento de Servicios Sociales y en él participan directa o indirectamente:

### CONCEJALÍA/ ÁREA/ DEPARTAMENTO

- SERVICIOS SOCIALES
- EDUCACIÓN
- IGUALDAD
- JUVENTUD E INFANCIA
- ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD Y DEPORTES
- POLICÍA LOCAL Y SEGURIDAD CIUDADANA
- COMERCIO Y MERCADOS
- SANIDAD Y CONSUMO
- PROMOCIÓN ECONÓMICA E INDUSTRIAL
- PARTICIPACIÓN CIUDADANA
- COMUNICACIÓN
- ALCALDÍA

### ESTRUCTURAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Consejo de Bienestar Social
- Consejo Escolar
- Comisión de Seguridad Ciudadana
- Fórum Joven
- Consejo Económico y Social
- Consejo Asesor de Comercio
- Consejo Municipal de la Mujer
- Coordinadora Comarcal de Asociaciones de Madres y Padres de Alumnado



## 1. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN

### FASE1: EVALUACIÓN DEL IX PLAN Y ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

92

Esta fase del Plan fue estructuralmente participativa, para ello se llevaron a cabo:

1. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD:
  - Alcalde
  - Técnico Medio Acción Social
  - Sindicato
  - Psicóloga de Servicios Sociales
  - Agente de Desarrollo Local
  - Psicóloga de Centro de Día
2. GRUPOS FOCALES:
  - Representantes políticos
  - Intra-institucional (con técnicos de diferentes departamentos y áreas)
  - Educación (representantes de centros educativos, profesorado y familias)
  - Seguridad ciudadana (Policía Nacional, Local y Guardia Civil)
  - Participación ciudadana
  - Empresarios
3. FORUM JOVEN

### FASE2: DISEÑO Y PROGRAMACIÓN DE LAS ACCIONES

Tras el análisis de necesidades, determinamos los objetivos generales y específicos y pasamos a la fase de diseño de las acciones, para ello recogimos propuestas de todos los sectores implicados y elaboramos una “parrilla” de acciones que fue valorada cualitativamente por grupos de trabajo.

Cada grupo de trabajo evaluó en una escala de 0 a 5

- PERTINENCIA: ¿ES NECESARIO?
- METODOLOGÍA: ¿ES UNA FORMA ADECUADA DE HACERLO?
- ADAPTABILIDAD: ¿SE PUEDE ADAPTAR AL NORMAL FUNCIONAMIENTO?
- VIABILIDAD: ¿SE VA A PODER REALIZAR?

Se formaron los siguientes grupos de trabajo:

- EDUCACIÓN:
  - Psicólogos del Departamento de educación
  - Educadoras Sociales del programa de absentismo escolar
  - Orientadores y miembros del equipo directivo de centros escolares
  - Agente tutor
  - UPCCA
- OCIO SALUDABLE
  - Técnica de juventud
  - Técnica de actividad física y salud
  - UPCCA



- IGUALDAD
  - Técnica de igualdad
  - Agente de igualdad
  - UPCCA
- SEGURIDAD CIUDADANA
  - Responsable agente tutor
  - Intendente Policía Local
  - UPCCA
- SERVICIOS SOCIALES
  - Técnico unidad de medidas judiciales medio abierto
  - Técnica EEIA
  - Psicólogo
  - t.s. y educadora equipo de atención primaria
  - técnica SASEM
  - t.s. dependencia
  - Técnica auxiliar de actividades
  - UPCCA
- PARTICIPACIÓN CIUDADANA
  - Técnico participación ciudadana
  - UPCCA

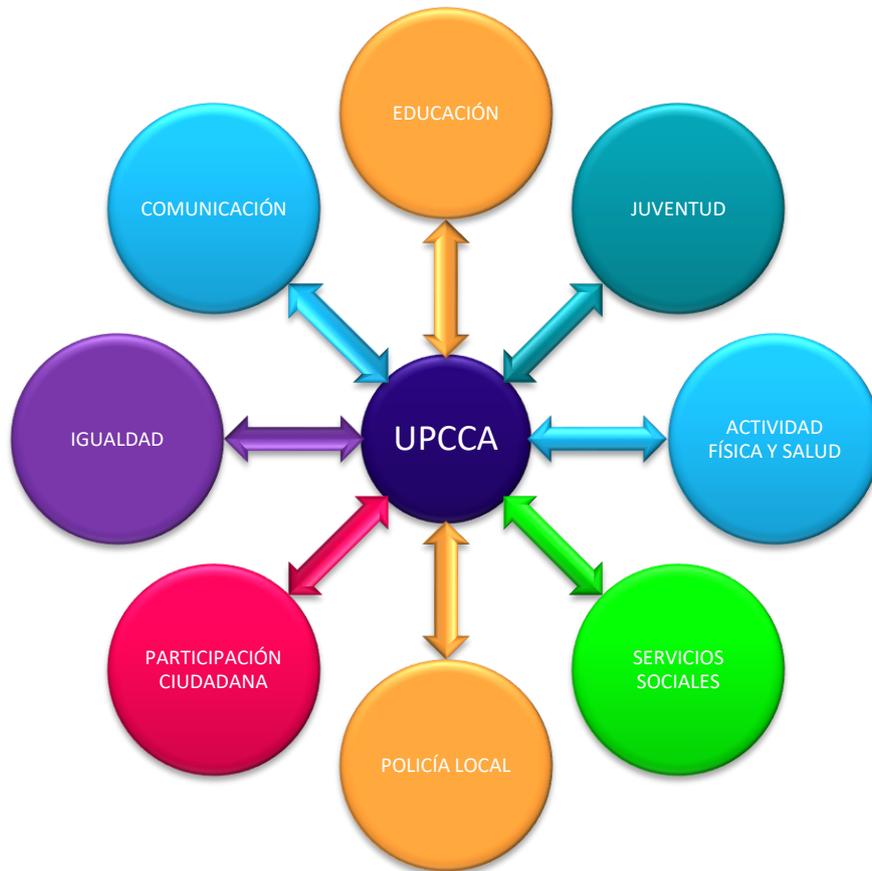
## 2. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES

El sistema de coordinación de este Plan tiene una estructura radial y se organiza a partir de un eje central que es la **Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas**. Esta Unidad técnica tiene las siguientes funciones:

- Planificar la selección de informadores, la recogida de datos y el análisis de estos para hacer la valoración de las necesidades
- Estudio y conocimiento de la realidad municipal
- Planificar las acciones preventivas de acuerdo con criterios técnicos e incorporando las propuestas de los agentes colaboradores
- Coordinar el desarrollo del Plan
- Desarrollar aquellas actividades que requieran mayor cualificación técnica en prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos
- Movilizar y formar agentes sociales en el desarrollo de las acciones preventivas
- Formar a profesionales que intervienen en el desarrollo del Plan
- Supervisar el desarrollo de actividades que desarrollan entidades, profesionales y agentes sociales como desarrollo del Plan
- Elaboración, seguimiento y evaluación de los protocolos de atención y derivación
- Evaluación de las actividades y elaboración de memorias
- Reciclaje continuo

- Difusión de la información

Alrededor de este eje central se constituyen los grupos de trabajo para el diseño, desarrollo y evaluación del Plan:



La participación de cada uno de los sectores en las acciones del Plan es la siguiente:

ACCIONES	SECTORES
Servicio de Información comunitaria	UPCCA SASEM
Campaña “dales tiempo a crecer”	UPCCA GABINETE COMUNICACIÓN
Formación de personas mediadoras	UPCCA ENTIDADES Departamento de Juventud
Formación seguridad ciudadana	UPCCA Cuerpos y fuerzas de seguridad Conselleria de Sanitat
Comisión de seguridad ciudadana para la prevención de adicciones	UPCCA Policía Local
Creación de decálogo de buenas prácticas	UPCCA ENTIDADES



Red ocio saludable	UPCCA Departamento de juventud Área de actividad física y salud
Familias en positivo	UPCCA
Escuela parentalidad positiva	UPCCA Comisión técnica de intervención social
Intervención familiar	UPCCA
A la carta	UPCCA Centros educativos Conselleria de Sanitat
Hablemos	UPCCA Centros educativos
Acciones complementarias	UPCCA Centros educativos Agente Tutor
Hablemos +	UPCCA Centros educativos Programa absentismo
Intervención individual previ	UPCCA Centros educativos
Protocolo intervención social en adicciones	UPCCA SS.SS. Programa absentismo
Servicio ioip	UPCCA
Talleres medidas sustitutivas	UPCCA Servicio de medidas judiciales de menores en medio abierto Servicio de trabajos en beneficio de la comunidad

# 7. CRONOGRAMA

El X Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos se va a desarrollar desde enero de 2023 a diciembre de 2027. El cronograma para el desarrollo de éste ha sido complejo de planificar ya que contiene programas y acciones con sistemas de calendarización diferentes:

- Acciones de continuidad (se desarrollan ininterrumpidamente)
- Acciones sujetas a calendario escolar (septiembre a junio)
- Acciones de calendarización variable (sujetas al proceso)

A la luz de la experiencia consolidada, hemos decidido hacer una programación de 5 años, previendo un año de transición hasta el próximo Plan en el que se hará la evaluación y nueva programación, manteniendo la mínima actividad que nos permita hacer este proceso con la limitación de recursos de la que disponemos.

		2023	2024	2025	2026	2027
ACCIONES DE CONTINUIDAD	SERVICIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA	■	■	■	■	■
	SERVICIO IOPI	■	■	■	■	■
	INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES	■	■	■	■	■
ACCIONES DE CALENDAR. ESCOLAR	PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR	■	■	■	■	■
	ESCUELA DE PARENTALIDAD POSITIVA	■	■	■	■	■
	RED DE OCIO SALUDABLE	■	■	■	■	■
ACCIONES DE CALENDARIZACIÓN VARIABLE	PROGRAMA + CONTROL - RIESGO		■	■	■	
	CAMPAÑA "DALES TIEMPO A CRECER"		■	■	■	



## 8. SISTEMA DE EVALUACIÓN

### 1. EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

El sistema de evaluación permanente está diseñado para hacer los reajustes que se consideren necesarios en la programación, adecuándola a la realidad del contexto de intervención. En todo caso, en la memoria final del X PMPDOTA se harán constar todos los reajustes que, sobre la planificación original, se han ido haciendo y su justificación

### 2. EVALUACIÓN DEL PROCESO

La Evaluación de Proceso va a valorar el grado de cumplimiento de las acciones del Plan de acuerdo con lo previsto y las posibles desviaciones que se hayan podido producir.

Cada acción se ha diseñado con unos objetivos operativos concretos que se van a estudiar en base a los indicadores de proceso, estos nos van a dar información cuantitativa y cualitativa del grado de desarrollo de las acciones.

### 3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de resultados está estrechamente relacionada con los objetivos específicos y las estrategias de prevención. Partiendo de la idea de que hemos seleccionado las estrategias más adecuadas para la consecución de los objetivos específicos, se entiende que el mero desarrollo de las acciones debe contribuir a la consecución de los objetivos.

### 4. CHECKLIST

El objetivo general 5: “Mejorar la calidad de la intervención preventiva” abre una serie de líneas estratégicas transversales que pasan por todas las acciones planificadas y su evaluación se hará con un sistema de “checklist” o lista de comprobación como control de calidad. Cumplir con los criterios de calidad supone que todas y cada una de las acciones:

- ✓ Potencian la participación
- ✓ Potencian el estudio y la innovación aplicados
- ✓ Incorporan la perspectiva de género
- ✓ Se hace difusión para que sean conocidas por la población del municipio

## 5. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

La información relativa al sistema de indicadores será recogida en una base de datos simplificada que permitirá compilar toda la información necesaria para desarrollar la evaluación.

## 6. INFORMES EVALUACIÓN

Todo el proceso de evaluación quedará recogido en:

- 5 informes anuales dónde se recogerá toda la información relativa al grado de cumplimiento de los objetivos operativos, por lo que se evaluará únicamente el proceso
- Un informe memoria final dónde se analizará la evaluación del proceso y la evaluación de resultados

## 7. SISTEMA DE INDICADORES

Hemos diseñado un sistema de indicadores de proceso y resultado que se detallan a continuación

<b>OBJETIVO GENERAL 1: MEJORAR LOS SISTEMAS DE CONTROL QUE LIMITEN EL USO DE SUSTANCIAS Y OTRAS CONDUCTAS POTENCIALMENTE ADICTIVAS</b>			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>INDICADORES DE PROCESO</b>
O.1.1. FORMAR AGENTES DE SEGURIDAD Y OTROS COLECTIVOS EN MEDIDAS SOBRE EL CONTROL DE LA OFERTA	A.1.1.1. CURSO SOBRE LEGISLACIÓN Y CONTROL DE LA OFERTA DE DROGAS Y OTRAS CONDUCTAS	Ofertar la formación	Nº de cursos ofertados/desarrollados
		Adecuar los contenidos a los objetivos	Adecuación del contenido con el objetivo
		Desarrollar la formación	Nº de participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• por cuerpo de seguridad</li> <li>• por sexo</li> </ul>
		Evaluar la formación	Evaluación: si/no
			Grado de satisfacción de los participantes
		Promover la participación de todos los cuerpos de seguridad del municipio	Recursos destinados a la formación
		Utilizar de lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género	Contenidos perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Acciones de difusión: si/no



O.1.2. CREAR UN ESPACIO DE COORDINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES PARA TODOS LOS AGENTES DE SEGURIDAD CIUDADANA	A.1.1.2. COMISIÓN DE SEGURIDAD CIUDADANA	Formar la comisión oficialmente	Constitución comisión: si/no
			Nº reuniones
		Poner en común información, objetivos y estrategias	Nº acuerdos / propuestas / iniciativas adoptadas por la comisión
		Elaborar un informe anual de la Comisión	Informe anual: si/no
		Evaluar el funcionamiento de la comisión	Evaluación: si/no
			Grado de satisfacción de los participantes
		Recoger información con datos desagregados por sexo	Recursos destinados
Promover la participación paritaria de todos los cuerpos de seguridad del municipio	Nº de participantes por cuerpo de seguridad		
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Acciones de difusión: si/no		
O.1.3. FOMENTAR LA RESPONSABILIDAD DE ENTIDADES Y COLECTIVOS EN MEDIDAS DE CONTROL SOBRE CONDUCTAS POTENCIALMENTE ADICTIVAS	A.1.1.3. DECÁLOGO BUENAS PRÁCTICAS	Difundir la actividad entre asociaciones y entidades del municipio	Nº decálogos/año
		Formar grupos promotores	Nº entidades participantes
		Redactar el decálogo diferentes sectores	Nivel de cobertura
		Publicar el decálogo	Recursos destinados
		Evaluar las acciones desarrolladas	Evaluación: si/no
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Promover la participación paritaria	Nº de participantes en el grupo de trabajo <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexo</li> </ul>
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Acciones de difusión: SI /NO
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS DE CADA ACCIÓN</b>	

**OBJETIVO GENERAL 2: INFORMAR Y SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN SOBRE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.2.1. OFERTAR UN SERVICIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA SOBRE ADICCIONES, ABIERTO A LA POBLACIÓN Y SUJETO A DEMANDA	A.1.2.1. SERVICIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA	Ofrecer un servicio abierto y flexible que pueda adaptarse a las demandas	Nº de demandas / nº acciones informativas desarrolladas
		Diseñar contenidos y soportes informativos	Nº personas participan Contenido de la acción informativa
		Dinamizar la participación social en las acciones informativas	Recursos destinados Grado de satisfacción de los participantes
		Monitorizar las acciones	Monitorización: si/no
		Evaluar las acciones	Evaluación: si/no
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género	Contenidos perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones	Acciones de difusión: si / no
		O.2.2. DESARROLLAR, AL MENOS, 1 CAMPAÑA ANUAL DE SENSIBILIZACIÓN FRENTE AL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL	A.1.2.2. CAMPAÑA " DALES TIEMPO A CRECER"
Crear las plataformas de difusión	Nº de plataformas de difusión e impacto estimado de cada una		
Diseñar la campaña	Adecuación del contenido con el objetivo		
Desarrollar las acciones de	Nº de acciones de difusión de la campaña		



		difusión de la campaña	Recursos destinados
		Promover la participación intersectorial	Nº de Departamentos y Áreas participantes
		Monitorizar la campaña con grupo piloto	Monitorización: si / no
		Evaluar la campaña	Evaluación: si/no
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género	Contenidos perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Acciones de difusión
O.2.3. PROMOVER LA FORMACIÓN DE PERSONAS MEDIADORAS EN EL DESARROLLO DE ACCIONES PARA FOMENTAR UNA COMUNIDAD MÁS SALUDABLE.	A.1.2.3. FORMACIÓN DE PERSONAS MEDIADORAS	Diseñar contenidos formativos	Nº de cursos/año
		Captar participantes	Nº de personas participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• sector</li> <li>• sexo</li> </ul>
		Desarrollar la formación	Adecuación del contenido con el objetivo
		Promover la participación intersectorial	Nº de Departamentos y Áreas participantes
		Evaluar la formación	Acciones preventivas desarrolladas por las personas formadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº / contenido</li> </ul>
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Desarrollar contenidos incorporando perspectiva de género	Contenidos perspectiva de género: si/no



		Promover la paridad de sexos en la formación	Difusión de las acciones: SI / NO
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS DE CADA ACCIÓN	

OBJETIVO GENERAL 3: PROMOVER EL DESARROLLO DE UNA OFERTA MUNICIPAL DE OCIO ALTERNATIVO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.3.1. CREAR UN GRUPO DE TRABAJO CON LOS DEPARTAMENTOS QUE DESARROLLAN ACTUACIONES EN OCIO Y TIEMPO LIBRE	A..1.3.1. COMISIÓN DE OCIO SALUDABLE	Formar la comisión oficialmente	Formación de la comisión: si/no
		Poner en común información, objetivos y estrategias	Informe anual: si/no
			Recursos destinados
		Elaborar un informe anual de la Comisión	Nº reuniones
			Grado de satisfacción de los participantes
		Evaluar el funcionamiento de la comisión	Evaluación: si / no
		Recoger información con datos desagregados por sexo	Datos desagregados por sexo: si / no
		Promover la participación intersectorial	Nº Departamentos áreas implicados
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no		
O.3.2. CONSOLIDAR UNA OFERTA PÚBLICA ANUAL DE ESPACIOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SALUDABLE DIRIGIDA A	A.1.3.2. RED DE OCIO SALUDABLE	Crear un catálogo de actividades unificado	Catálogo de actividades unificado: si/no
		Publicar el catálogo	Nº acciones de promoción



NIÑOS, NIÑAS ADOLESCENTES Y JÓVENES.	Promover la participación intersectorial	Cobertura acciones de promoción
		Evaluación: si/no
	Evaluar la adecuación del catálogo y la difusión	Nº participantes actividades <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexo</li> </ul>
	Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
	Hacer difusión de las acciones	Acciones de difusión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº / medios</li> </ul>
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>	<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS DE CADA ACCIÓN</b>	

<b>OBJETIVO GENERAL 4: CREAR UN ESPACIO ACCESIBLE DE PREVENCIÓN FAMILIAR UNIVERSAL DE ADICCIONES</b>			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>INDICADORES DE PROCESO</b>
O.4.1. DESARROLLAR ACCIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS DIRIGIDAS A LAS FAMILIAS DEL MUNICIPIO DE SAGUNTO EN PREVENCIÓN UNIVERSAL DE ADICCIONES	A.2.1. FAMILIAS EN POSITIVO	Diseñar un espacio de comunicación accesible	Diseño espacio comunicación: si /no
		Diseñar los contenidos informativos y formativos	nº de acciones formativas e informativas diseñadas Adecuación de los contenidos con el objetivo
		Desarrollar acciones trimestrales	Nº acciones desarrolladas
		Promover la intersectorialidad	Nº departamentos implicados
		Monitorizar las acciones	Monitorización: si/no
		O.4.2. MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS FAMILIAS A LAS ACCIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS	A.2.1. FAMILIAS EN POSITIVO
Evaluar las acciones	Evaluación: si/no Nivel de satisfacción de los participantes		
Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: si/no		



		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS	

OBJETIVO GENERAL 5: REFORZAR LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE LAS FAMILIAS CON FACTORES DE VULNERABILIDAD					
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO		
O.5.1. DESARROLLAR UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PARENTALIDAD POSITIVA PARA LAS FAMILIAS VULNERABLES ATENDIDAS EN SERVICIOS SOCIALES	A.2.2. ESCUELA DE PARENTALIDAD POSITIVA	Diseñar y desarrollar un programa de formación en parentalidad positiva para las familias vulnerables atendidas en Servicios Sociales	nº de acciones formativas e informativas diseñadas Adecuación de los contenidos con el objetivo		
		Incorporar contenidos de prevención de adicciones en esta formación	Nº contenidos de prevención de adicciones Adaptabilidad a la población objetivo Áreas de prevención trabajadas		
		Seleccionar al grupo de personas participantes	Nº acciones desarrolladas Nº personas participantes		
		Diseñar materiales y sistema de seguimiento	Materiales asociados al programa		
		Monitorizar las acciones	Monitorización: si/no		
		Aplicar contenidos y herramientas innovadoras	Contenidos y herramientas innovadoras: si/no		
		O.5.2. INCORPORAR CONTENIDOS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ESTA FORMACIÓN	A.2.2. ESCUELA DE PARENTALIDAD POSITIVA	Evaluar las acciones	Evaluación: si/no
					Recursos destinados
					Nivel de satisfacción de los participantes
					Tasa de cobertura
Promover la participación paritaria	Nº personas formadas • sexo				
Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no				



		Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS</b>	

<b>OBJETIVO GENERAL 6: INTENSIFICAR LA PREVENCIÓN SELECTIVA CON LAS FAMILIAS</b>			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>INDICADORES DE PROCESO</b>
O.6.1. ATENDER EN LA UPCCA EL 100% DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES	A.2.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR	Atender en la UPCCA el 100% de la demanda de intervención familiar	Nº demandas / nº de familias atendidas
			Intervenciones iniciadas /finalizadas
		Promover la intersectorialidad a través de protocolos de derivación	Protocolos: si/no
			Vía de acceso
		Evaluar las acciones	Evaluación: si/no
			Recursos destinados
			Nivel de satisfacción de los participantes
O.6.2. DESARROLLAR UN PROGRAMA BREVE DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON FAMILIAS PARA MEJORAR LA LABOR EDUCATIVA FAMILIAR ANTE CONDUCTAS POTENCIALMENTE ADICTIVAS DE LOS HIJOS/AS	A.2.3. INTERVENCIÓN FAMILIAR	Promover la participación paritaria	Nº participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexo</li> </ul>
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS</b>	



OBJETIVO GENERAL 7: ESTABLECER UN SISTEMA DE COORDINACIÓN ESTABLE ENTRE LA UPCCA Y LOS CENTROS DOCENTES			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.7.1. FOMENTAR LA CREACIÓN DE AGENTES DE COORDINACIÓN POR CADA CENTRO	A.3.1. MESA DE COORDINACIÓN	Nombrar agentes de coordinación en los centros	Nº de agentes de coordinación
		Formar grupo promotor	Formación del grupo de trabajo: SI/NO
Directorio y sistema de comunicación estandarizado: SI/NO			
O.7.2. FORMAR UN GRUPO DE TRABAJO PARA DISEÑAR EL SISTEMA DE COORDINACIÓN		Poner en común información, objetivos y estrategias	Nº personas participan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro</li> </ul>
		Elaborar un protocolo estandarizado de coordinación e implementación de las acciones	Protocolo: si/no
Evaluar		Evaluación: si/no	
		Nº reuniones	
		Grado satisfacción de los participantes	
Recursos destinados			
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no		
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS	

OBJETIVO GENERAL 8: OFERTAR UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE ACCIONES INFORMATIVAS EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES AL 100% DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.8.1. DISEÑAR LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN RECOGIDA	A.3.3. HABLEMOS	Diseñar los contenidos del programa	Grado de adecuación de los contenidos a los objetivos
		Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en	Nº de acciones para promocionar la oferta
			Metodología de difusión



		prevención de adicciones al 100% de los centros educativos de secundaria	Cobertura anual alumnado desarrolla las 2 sesiones Cobertura anual de centros
		Desarrollar las sesiones en el aula, según lo programado	Nº acciones solicitadas / desarrolladas
		Evaluar el programa con las personas destinatarias	Evaluación: SI/NO
			Grado de eficiencia del proceso
			Recursos destinados
		Monitorizar las acciones	Monitorización: si /no
		Aplicar contenidos y herramientas innovadoras	Contenidos y herramientas innovadoras: si / no
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: si/no
		Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: si/no
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: si/no
O.8.2. OFERTAR 2 SESIONES INFORMATIVAS Y FORMATIVAS SOBRE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE 1º A 3º DE ESO A TODOS LOS CENTROS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE SAGUNTO			
O.8.3. CONSOLIDAR LA COBERTURA DE ESTAS INTERVENCIONES FORMATIVAS			
O.8.4. COMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON A OFERTA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS NO FORMALES	A.3.4. ACCIONES COMPLEMENTARIAS	Ofertar acciones complementarias que aborden la prevención de adicciones	Nº acciones complementarias desarrolladas por curso Adecuación contenidos a los objetivos Cobertura anual centros y alumnado
		Evaluar la oferta con las personas destinatarias	Recursos destinados
			Grado de satisfacción de los participantes



		Seleccionar acciones que contemplen la perspectiva de género	Acciones con perspectiva de género: SI/NO
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: SI/NO
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: SI/NO
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS DE CADA ACCIÓN</b>	

<b>OBJETIVO GENERAL 9: OFERTAR RECURSOS PEDAGÓGICOS DE VALIDEZ CONTRASTADA PARA REFORZAR LA LABOR PREVENTIVA DE LOS DOCENTES</b>			
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>OBJETIVOS OPERATIVOS</b>	<b>INDICADORES DE PROCESO</b>
O.9.1. DIFUNDIR LA CARTERA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS DE LA CONSELLERIA DE SANITAT	<b>A.3.2. A LA CARTA</b>	Ofertar la cartera de programas al 100% de los centros educativos	Nº acciones para promocionar la oferta
		Reforzar la intervención del profesorado a través de la formación y el Asesoramiento	Nº de acciones solicitadas / desarrolladas Nº de acciones de formación/asesoramiento
		Responder al 100% de la demanda de programas con agilidad	Grado de eficiencia del proceso
		Promover la intersectorialidad	Recursos destinados Departamentos, servicios o entidades implicados
O.9.2. REFORZAR LA INTERVENCIÓN DEL PROFESORADO A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN Y EL ASESORAMIENTO		Evaluar la oferta con las personas destinatarias	Grado de satisfacción de los participantes
		Promover programas con criterios de igualdad de género	Programas con criterios de igualdad: SI/NO
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: SI/NO
		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: SI/NO
<b>INDICADOR DE RESULTADO</b>		<b>70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS</b>	



**OBJETIVO GENERAL10: COMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR UNIVERSAL EN SECUNDARIA CON ACCIONES PREVENTIVAS ESPECÍFICAS ADAPTADAS PARA ALUMNADO MÁS VULNERABLE**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO		
O.10.1. DISEÑAR CONTENIDOS ESPECÍFICOS ADAPTADOS A ALUMNADO CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	A.3.5. HABLEMOS +	Diseñar los contenidos del programa	Grado de adecuación de los contenidos a los objetivos		
		Ofertar un programa estructurado de acciones informativas y formativas en prevención de adicciones	Nº de acciones para promocionar la oferta		
			Metodología de difusión		
			Desarrollar las sesiones en el aula, según lo programado	Nº acciones solicitadas / desarrolladas	
		Cobertura anual alumnado desarrolla las 2 sesiones			
		Cobertura anual de centros			
		O.10.2. OFERTAR 2 SESIONES INFORMATIVAS Y FORMATIVAS SOBRE PREVENCIÓN DE ADICCIONES CON CONTENIDOS ESPECÍFICOS DE 1º A 3º DE ESO	A.3.5. HABLEMOS +	Evaluar el programa con las personas destinatarias	Evaluación: si/no
					Grado de eficiencia del proceso
					Recursos destinados
		O.10.3. GARANTIZAR LA COBERTURA DE LA DEMANDA DE ESTA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	A.3.5. HABLEMOS +	Monitorizar las acciones Aplicación de contenidos y herramientas innovadoras	Grado de satisfacción de los participantes
Monitorización: si/no					
Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos y herramientas innovadoras: si / no				
	Contenidos con perspectiva de género: si /no				
	Utilizar lenguaje inclusivo			Lenguaje inclusivo: SI/NO	
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: SI/NO				
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS			



## OBJETIVO GENERAL 11: COMPLEMENTAR LOS PROGRAMAS DE INCLUSIÓN SOCIAL CON LA INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.11.1. ELABORAR UN PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES EN EL QUE SE POTENCIE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA	A.4.1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL EN ADICCIONES	Formar un grupo de trabajo interprofesional e interdepartamental	Formación del grupo de trabajo: si/no
		Formar a los profesionales en el desarrollo del protocolo	Acciones programadas / finalizadas para elaborar el protocolo
		Adaptar el protocolo al actual sistema organizativo de los recursos municipales	
		Evaluar	Evaluación: si / no
			Recursos destinados
		Monitorizar el protocolo	Monitorización: si/no
		Utilizar lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: SI/NO
		Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: SI/NO
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: SI/NO		
O.11.2. DESARROLLAR, AL MENOS, 1 TALLER POR AÑO, DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES COMO MEDIDA SUSTITUTIVA O COMPLEMENTARIA ANTE CONDENAS Y/O SANCIONES ADMINISTRATIVAS	A.4.3. TALLER DE PREVENCIÓN	Diseñar taller acorde a los objetivos	Adecuación de los objetivos
			Nº talleres / año
		Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de talleres para medidas sustitutivas	Personas convocadas / personas asisten
			Recursos destinados
		Evaluar la intervención con las personas destinatarias	Grado de satisfacción de los participantes
			Efectividad de la formación en cuanto a contenido y actitudes (pre-test y post-test)
Promover la intersectorialidad	Departamentos, servicios, recursos implicados		
Utilizar Lenguaje inclusivo	Lenguaje inclusivo: SI / NO		
Incorporar contenidos con perspectiva de género	Contenidos con perspectiva de género: SI /NO		



		Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Difusión de las acciones: SI/NO
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS DE CADA ACTIVIDAD	

OBJETIVO GENERAL 12: OFRECER UN SERVICIO DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN PREVENTIVA ESPECIALIZADO EN ADICCIONES, ESTABLE Y ACCESIBLE A LA CIUDADANÍA			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACCIONES	OBJETIVOS OPERATIVOS	INDICADORES DE PROCESO
O.12.1. DIVERSIFICAR LAS VÍAS DE ACCESO AL SERVICIO DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN PREVENTIVA	A.4.2. SERVICIO DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN PREVENTIVA	Atender desde la UPCCA el 100% de la demanda de intervención	Nº de vías de acceso al servicio
		Fomentar la accesibilidad al servicio	Sectores de derivación
Promover la intersectorialidad			
O.12.2. ATENDER DESDE LA UPCCA EL 100% DE LA DEMANDA DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN ESPECÍFICA E INDICADA DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS		Estudiar perfiles de demanda y ajuste de los programas de intervención	Nº personas solicitan /nº personas atendidas
			Nº personas derivadas a través de protocolo PREVI / nº de personas atendidas
			Tipología de solicitudes de intervención
			Nº intervenciones breves iniciadas / finalizadas
			Nº de derivaciones a otros recursos
Evaluar la intervención con las personas destinatarias		Evaluación: si/no	
		Grado de satisfacción de las personas usuarias	
Utilizar lenguaje inclusivo	Recursos destinados		
Incorporar contenidos con perspectiva de género	Lenguaje inclusivo: si/no		
Hacer difusión de las acciones desarrolladas	Contenidos con perspectiva de género: si/no		
		Difusión: si/no	
INDICADOR DE RESULTADO		70% INDICADORES DE PROCESO ALCANZADOS	

## 9. PRESUPUESTO

113

La estimación del presupuesto se ha hecho en base a los antecedentes de gasto, sin tener en cuenta los incrementos y fluctuaciones anuales que puedan sobrevenir.

### ESTIMACIÓN ANUAL DE PRESUPUESTO

#### PERSONAL

Trabajadora social	57.888€
Jefatura de sección (5%)	3.539'79€
Apoyo administrativo (5%)	1.994'77€

#### INFRAESTRUCTURAS Y MANTENIMIENTO

Mantenimiento informático y comunicaciones	1.510€
Suministro energético y limpieza	1.500€
Desplazamientos	500€

#### PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES

Contratación acciones complementarias	6000€
<b>TOTAL</b>	<b>72.932'56€</b>

01 diciembre de 2022

UNIDAD DE PREVENCIÓN COMUNITARIA EN  
CONDUCTAS ADICTIVAS

SERVICIOS SOCIAL



