

III PLAN MUNICIPAL SOBRE

ADICCIONES

**DE ARGANDA DEL REY
2021/2024**



Presentación del Alcalde

Este III Plan Municipal sobre Adicciones de Arganda del Rey que presentamos es una muestra más del alto grado de compromiso que tenemos desde el Ayuntamiento para tratar este tema por desgracia tan implantado en nuestra sociedad. No en vano somos de los primeros ayuntamientos en poner en marcha una tercera edición de este plan, después de haber hecho grandes progresos con los anteriores, que han sido evaluados con exhaustividad para detectar los principales problemas a los que nos enfrentamos.

En esta ocasión, el plan varía su denominación, pues los dos anteriores se designaban exclusivamente como Plan sobre Drogas, pero las adicciones, instaladas desde hace décadas en la sociedad, varían sus manifestaciones y hay que adaptarse a estos cambios, principalmente por el surgimiento de fenómenos emergentes y preocupantes como son el abuso en el uso de las tecnologías y los juegos de azar, que están afectando a una considerable parte de jóvenes y menores, lo cual nos hace todavía ser más insistentes en tareas de prevención.

Por todo ello, además de haber tenido en cuenta estas modificaciones en las conductas de adicciones, para el diseño y elaboración de este nuevo documento se ha realizado un análisis riguroso de evaluación del plan anterior, junto a una encuesta que ha permitido conocer el diagnóstico actual del municipio. El Plan tiene cuatro líneas de actuación: prevención, atención integrada a los afectados por las adicciones, coordinación institucional y evaluación. Como no puede ser de otra manera, quiero destacar especialmente las actividades que se van a realizar en el ámbito escolar y entre la juventud para prevenir las adicciones.

Por último, quiero dar las gracias a toda la Concejalía de Salud Pública, desde su Concejal hasta los Técnicos, que han hecho un trabajo excelente con este III Plan Municipal sobre Adicciones, el cual tendrá vigencia entre 2021 y 2024.

Guillermo Hita Téllez
Alcalde de Arganda del Rey

COORDINACIÓN MUNICIPAL:

Catalina Teja Artiel
Víctor Blanco Pérez

DIRECCIÓN TÉCNICA:



Alicia Acero Achirica
Carlos Carpallo Gayo
Remedios Comas Verdú
Ángel Jiménez Fuensalida

EDITA:

Ayuntamiento de Arganda del Rey
Concejalía de Salud Pública

www.ayto-arganda.es



facebook.com/ArgandaSalud



[@salud_arganda](https://twitter.com/salud_arganda)

Índice

1. PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICCIONES DE ARGANDA DEL REY.....	9
1.1. PRESENTACIÓN	9
1.2. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICCIONES	11
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DE LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES EN ARGANDA DEL REY	14
2.1 EL MUNICIPIO EN CIFRAS	14
2.2. RESUMEN DE LA EVALUCIÓN DEL II PLAN	18
2.2.1. VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	18
2.2.2. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MEDIO EDUCATIVO.....	19
2.2.3. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CAID DE ARGANDA DEL REY (2014-2017).....	23
2.3. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA ESCOLAR	29
2.3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS.....	29
2.3.2. ANÁLISIS RELATIVOS A LAS SUSTANCIAS CON MAYOR PREVALENCIA DE CONSUMO...	35
2.3.3. OTROS ANÁLISIS DE INTERES SOBRE SUSTANCIAS CON MENOR PREVALENCIA DE CONSUMO	47
2.3.4. ANÁLISIS DE VARIABLES QUE INCIDEN EN EL CONSUMO DE DROGAS.....	49
2.3.5. RESULTADOS SOBRE EL USO INADECUADO DE INTERNET Y JUEGO	58
2.3.6. RESULTADOS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS	60
2.4. PROPUESTA DE LAS ÁREAS MUNICIPALES INTEGRANTES DE LA MESA DE SEGUIMIENTO	61

3. PLAN MUNICIPAL SOBRE ADICCIONES DE ARGANDA DEL REY 2021-2024.....	62
3.1 MISIÓN Y OBJETIVOS DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICCIO- NES.....	62
3.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	63

1. PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICIONES DE ARGANDA DEL REY

1.1. PRESENTACIÓN

El Ayuntamiento de Arganda del Rey edita este documento, el tercer plan sobre adicciones, en su recorrido reciente pero intensivo iniciado en el año 2009. La edición del III Plan de Adicciones representa una nueva demostración de su alto grado de compromiso con un fenómeno que afecta a toda la población pero muy especialmente a menores y jóvenes, motor de futuro de cualquier sociedad.

El esfuerzo y la clara apuesta institucional por el tema de las adicciones queda inquestionablemente demostrado a través de las sucesivas acciones llevadas a cabo por el Ayuntamiento de Arganda del Rey en estos 11 años y que han asegurada la necesaria continuidad en las acciones frente a las adicciones:

- En el año 2009 se elabora el I Plan Municipal sobre Drogas para el periodo comprendido entre los años 2009 y 2012.
- En 2013 se evaluaron los resultados del desarrollo del I Plan sobre Drogas de Arganda del Rey.
- En el año 2014 se edita el II Plan Municipal sobre Drogas para su ejecución en el periodo 2014-2017.
- A finales de 2018 se evalúa el II Plan.
- Durante el año 2019 y principios del 2020 se planifica y ejecuta la aplicación de la Encuesta Escolar sobre consumo de Drogas en el municipio.

Este III Plan que se presenta en el año 2020, varía su denominación y en lugar de designarse exclusivamente Plan sobre Drogas, adopta la denominación de Plan sobre Adicciones ya que, tanto en la encuesta como en el contenido del nuevo Plan, se incorpora la exploración y propuestas de medidas de actuación de las



conductas de abuso en el uso de tecnologías y juegos de azar, fenómeno emergente y que genera alta preocupación en la actualidad.

El fenómeno de las adicciones está desde hace décadas instalado en la sociedad. Con el transcurso de los años varían sus manifestaciones, preeminencia de unos consumos de drogas frente a otros y formas de consumirlas, pero no puede negarse su arraigada implantación social. La sucesiva entrada de una considerable parte de los menores y jóvenes, llegada la llamada edad de riesgo para el consumo, hace que cada cohorte de edad sea población objetivo para trabajar preventivamente. Es por esta razón que no hay acciones únicas ni puntuales en el tiempo que consigan acabar con este problema individual, familiar y social. Solo cabe para paliarlo y frenar en lo posible la incorporación al consumo, llevar a cabo una labor preventiva constante y persistente que llegue en cada momento a la población de riesgo.

Como ya es conocido, los desencadenantes de las adicciones son múltiples y están presentes en los distintos ámbitos de vida de las personas, los individuales (procesos de dificultad en el tránsito de la adolescencia, personalidad, repertorio de competencias personales, fracaso escolar...), del entorno próximo (manejo educativo familiar, modelos de comportamiento transmitidos, permisividad de las figuras parentales, consumo en el grupo de amigos...) y del medio social más amplio (modelos de ocio, valores sociales imperantes, disponibilidad de las sustancias etc...). La ecuación que conjuga la existencia de factores de riesgo y protección en cada menor y joven inclinará la balanza hacia el inicio del consumo de drogas o el abuso de tecnologías y juego problemático. Iniciarse en la experimentación con drogas no es inapelablemente sinónimo de acabar siendo adicto, pero es la puerta de entrada al mantenimiento y repetición de los consumos, a su intensificación en cantidad y frecuencia y por tanto, en la medida en que se integre como eje central de la vida de la persona, abocaría a la instauración de la adicción. En el escenario de la prevención se actúa para minimizar los factores de riesgo y paralelamente incrementar los elementos protectores, escudo frente a estos riesgos. La tarea de alcanzar metas preventivas y hacerlas extensivas a la mayor parte de la población objetivo no es sencilla. Requiere de actuaciones simultáneas, coordinadas y coherentes en el territorio.



La actualmente denominada Concejalía de Modelo de Ciudad, Medio Ambiente, Obras Públicas y Salud Pública se convierte en el área municipal que pilota e impulsa la continuidad de las acciones municipales, pero como está indicado en multitud de foros técnicos e institucionales, la coparticipación de todas las áreas municipales es decisiva para dar cumplimiento al proyecto.

Desde el inicio del primer Plan se configuró una estructura de coparticipación entre la mayor parte de áreas municipales, espacio para compartir iniciativas, generar sinergias necesarias para la implantación de acciones y escenario donde se recogían las aportaciones técnicas de todos los participantes, enriqueciendo permanentemente el Plan.

Aunque las labores propias de cada área municipal exigen que el espacio de coordinación suponga en ocasiones un sobreesfuerzo, solo el mantenimiento responsable de esta estructura de coordinación compartida abre la línea de generar proyectos transversales en el municipio para rentabilizar esfuerzos y amplificar los logros deseados que trazan este y el resto de los proyectos municipales.

Este III Plan de Adicciones nace con la renovada voluntad de volver a concitar la participación de responsables institucionales, técnicos de las áreas y agentes sociales y asegurar el cumplimiento de sus objetivos preventivos y de cuidado de la salud de los adolescentes y jóvenes del municipio.

1.2. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICCIONES

El diseño del III PMA del Municipio de Arganda del Rey es el resultado de un proceso riguroso de planificación que se inicia con el análisis de evolución y resultados del Plan Municipal anterior y de la realidad actual para la determinación de necesidades. Esta labor finaliza, una vez analizada la información obtenida, con la redacción del documento del III Plan propiamente dicho.

Se trata de un proceso de diseño que intenta dar continuidad al trabajo realizado en el municipio en torno a esta problemática en los últimos años, cumpliendo con ello con uno de los principios rectores para la eficacia de la prevención, siendo



reseñables la adecuación a la realidad y su carácter participativo como criterios fundamentales que han servido de guía en la definición de las medidas que se contemplan en el Plan.

Desde estas premisas de partida, se ha utilizado a lo largo de su desarrollo una metodología combinada de carácter cuantitativo y cualitativo (análisis documental, consulta de fuentes secundarias, aplicación de cuestionario a informantes clave...), para la recogida y análisis de aquella información relevante que ha servido de base y de punto de partida para el diseño del nuevo Plan.

A continuación se recogen las principales acciones llevadas a cabo a lo largo de todo el proceso:

1. Análisis documental de la Evaluación del II PMD llevada a cabo en 2018 a instancia de la Concejalía de Salud Pública del Ayuntamiento de Arganda del Rey, para conocer el balance de cumplimiento obtenido respecto a lo objetivos y actuaciones desplegadas en cada una de las líneas estratégicas contenidas en el mismo. Sus principales resultados se presentan de forma resumida más adelante.
2. Análisis del Informe de Resultados de la Encuesta Escolar sobre hábitos de consumo de drogas y otras adicciones llevada a cabo en 2019-2020 desde el Ayuntamiento de Arganda del Rey, de forma que en el nuevo Plan se parta de un diagnóstico real de la situación en la que se encuentra la población escolar de este municipio en torno a las problemáticas derivadas de determinadas conductas adictivas, con o sin sustancias. Cabe señalar que para dicho análisis se ha realizado una actualización de los datos obtenidos en la comparativa de sus resultados con la última Encuesta Escolar publicada en la Comunidad de Madrid (ESTUDES 2018).
3. Estudio y consulta de las acciones llevadas a cabo en el Centro de Atención Integral a las Drogodependencias de Arganda del Rey (CAID), ya que el carácter integrador de la faceta preventiva y asistencial de los Planes municipales desarrollados hasta el momento en el municipio, supone la necesidad de que en el III PMA también se incluyan una serie de acciones y medidas desde esta vertiente, para llevar a cabo a lo largo de los cuatro años siguientes de su puesta en marcha (2021-2024).



Para ello, se ha llevado a cabo un estudio documental del grado de desarrollo y cumplimiento de las acciones realizadas en el II PMD en la línea de atención integral e inserción de afectados por el consumo de drogas incluida en el mismo y se han consultado los datos aportados a través de otras fuentes (Memorias del centro de estos últimos cuatro años y Registros que reporta el CAID de Arganda del Rey al Área de Asistencia en Adicciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del SERMAS), cuyos datos han sido completados por el responsable técnico del Plan.

4. Recogida y análisis de las propuestas de agentes institucionales y técnicos del municipio para garantizar el carácter participativo del III PMA. Se aplicó un cuestionario diseñado ad hoc a los representantes y técnicos de todas las áreas municipales implicadas, para recoger sus sugerencias de actuación en el nuevo Plan que se ha hecho llegar y se ha recopilado mediante correo electrónico.
5. Consulta de datos de realidad del municipio de Arganda del Rey para enmarcar las actuaciones del III PMA, así como su viabilidad. Para ello, se han consultado varias fuentes secundarias (padrón, directorios de recursos, memorias áreas municipales de salud, juventud, servicios sociales...) que nos han permitido la actualización de datos a nivel poblacional y de equipamientos, servicios y recursos con los que cuenta en municipio.
6. Redacción documento-marco del III PMA del Ayuntamiento de Arganda del Rey. Tras el análisis de la información obtenida sobre la realidad del fenómeno de las adicciones actualmente en el municipio, se ha utilizado una metodología de corte interactivo con los responsables del área de salud, manteniéndose contacto y coordinación con los técnicos municipales para intercambio de información, establecimiento conjunto de líneas directrices del Plan y logro de consenso sobre los contenidos a recoger y desarrollar en el documento-marco del mismo.

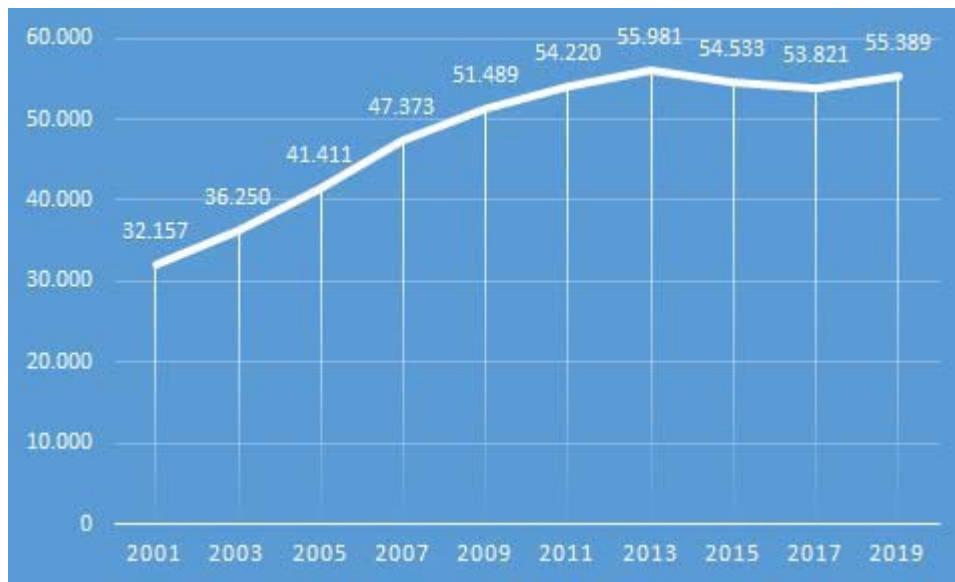
En los apartados siguientes se desarrolla de forma pormenorizada la información obtenida en cada uno de los puntos señalados.



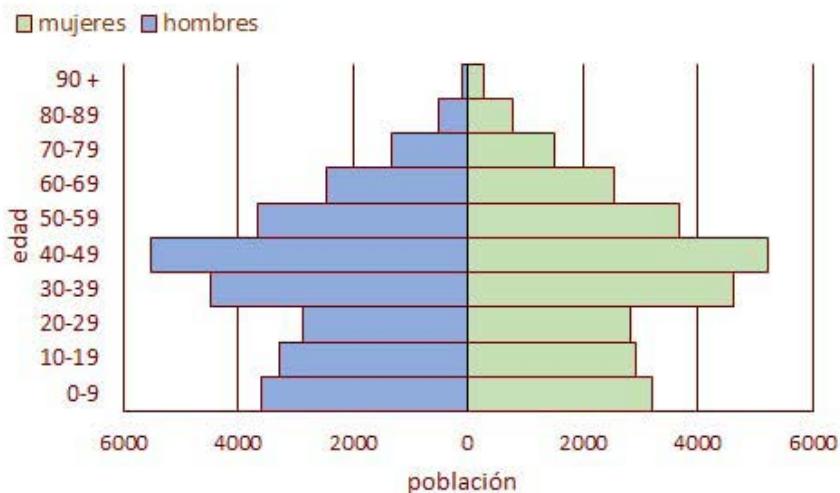
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y DE LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES EN ARGANDA DEL REY

2.1. EL MUNICIPIO EN CIFRAS

Se realiza solo en este punto el análisis poblacional general y se enfoca hacia dimensionar numéricamente el estrato de población adolescente y joven, principal grupo receptor de las acciones preventivas que desplegará el III Plan de Adicciones. La población de Arganda del Rey según datos del padrón municipal de 2019 es de un total de 55.389 habitantes. La evolución de la población en los últimos años ha sido:



La distribución de la pirámide de población es la siguiente:



edades	hombres	mujeres
0-9	3.591	3.214
10-19	3.290	2.931
20-29	2.861	2.833
30-39	4.474	4.619
40-49	5.522	5.213
50-59	3.657	3.671
60-69	2.459	2.542
70-79	1.326	1.508
80-89	502	800
90 +	89	287
total	27.771	27.618



Población de Arganda del Rey por sexo y edad 2019 (grupos quinquenales)			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-5	1.673	1.468	3.141
5-10	1.918	1.746	3.664
10-15	1.804	1.651	3.455
15-20	1.486	1.280	2.766
20-25	1.311	1.325	2.636
25-30	1.550	1.508	3.058
30-35	1.095	2.077	3.972
35-40	2.579	2.542	5.121
40-45	3.032	2.883	5.915
45-50	2.490	2.330	4.820
50-55	2.003	1.966	3.969
55-60	1.654	1.705	3.359
60-65	1.445	1.379	2.824
65-70	1.014	1.163	2.177
70-75	801	914	1.715
75-80	525	594	1.119
80-85	297	420	717
85-	294	667	961
Total	27.771	27.618	55.389

Aunque los intervalos que afectan a la población adolescente y juvenil, principal foco poblacional del III Plan Municipal, están cifrados entre 15-20 años y 20-25 años, en la tabla anterior, por aproximación hablamos de una población destinataria de sus acciones de alrededor de 5.400 personas.

Población de Arganda del Rey por sexo y edad 2019 (grupos quinquenales)			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-5	1.673	1.468	3.141
5-10	1.918	1.746	3.664
10-15	1.804	1.651	3.455
15-20	1.406	1.200	2.766
20-25	1.311	1.325	2.636
25-30	1.550	1.508	3.058
30-35	1.895	2.077	3.972
35-40	2.579	2.542	5.121
40-45	3.032	2.883	5.915
45-50	2.490	2.330	4.820
50-55	2.003	1.966	3.969
55-60	1.654	1.705	3.359
60-65	1.445	1.379	2.824
65-70	1.014	1.163	2.177
70-75	801	911	1.715
75-80	525	594	1.119
80-85	297	420	717
85-	294	667	961
Total	27.771	27.618	55.389

Según padrón de 2019, en la distribución por sexos, en la franja aproximada de edad a la que se aplicó encuesta escolar se aprecia mayor número de hombres (1.486) que de mujeres (1.280).

<https://www.foro-ciudad.com/madrid/arganda-del-rey/habitantes.html>





2.2. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL II PLAN

Culminada la vigencia del II PMD de Arganda del Rey para el periodo 2014-2017, se procedió a lo largo de 2018 a valorar sus resultados como ya se hiciera también con el primero, siendo éstos de suma importancia para poder trazar en el III PMA las nuevas líneas y objetivos que permitan dar continuidad a la tarea comprometida de sostener las acciones llevadas a cabo en el municipio en su doble vertiente preventiva y asistencial.

Para ello, se ha utilizado una metodología combinada focalizada en las siguientes acciones de evaluación:

- Valoración general de cumplimiento de objetivos y líneas estratégicas del II PMD que se realiza, evaluando como resultante las actividades que se han movilizado para llegar a su cumplimiento.
- Valoración detallada de las actuaciones desarrolladas en el medio educativo.
- Exposición de la actividad asistencial del CAID entre los años 2014-2017.
- Recopilación de información cualitativa de agentes municipales clave sobre el balance del II PMD y propuestas de futuro para ser tenidas en cuenta en el diseño del presente Plan.

En los apartados siguientes se recogen de forma resumida los principales resultados encontrados en cada una de ellas.

2.2.1. VALORACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

El II Plan Municipal contemplaba 4 Líneas Estratégicas:

- 1) Prevención.
- 2) Atención integral e inserción de las personas afectadas.
- 3) Evaluación y calidad de las actuaciones
- 4) Coordinación institucional y participación social, que desplegaban un total de 25 Objetivos y 38 Actuaciones previstas para su desarrollo.



El balance global de resultados obtenidos puede considerarse muy positivo, ya que se ha dado cobertura de desarrollo al total de las 4 líneas estratégicas señaladas. Asimismo, una mayoría de los objetivos que se contemplaban en el II Plan han tenido acciones vinculadas a los mismos (88%) y solo un porcentaje muy pequeño se ha cumplido parcialmente o han quedado sin cumplimiento (8% y 4% respectivamente). Finalmente se constata que la gran mayoría de las actuaciones definidas en el mismo han tenido desarrollo completo a través de actividades concretas (92,1%) y solo un porcentaje muy pequeño no han tenido desarrollo (7,9%).

Tabla balance de cumplimiento de II PMD

DENOMINACIÓN ÁREA	TOTAL EN PMD	Nº CUBIERTOS		% COBERTURA	
LÍNEAS ESTRATEGICAS	4	4		100%	
OBJETIVOS	25	22 Completos	2 Parciales	88% Completos	8% Parciales
ACTUACIONES	38	35		92,1%	

Los objetivos parcialmente cumplidos y el no cubierto de las Líneas Estratégicas 1 y 2, se explican por la necesidad de seguir promoviendo en primera instancia una mejor, más intensa y permanente colaboración entre las áreas municipales y otras instancias que actúan en el municipio (emergencias, cuerpos y fuerzas de seguridad).

2.2.2. EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MEDIO EDUCATIVO

En la evaluación del II PMD se ha hecho especial hincapié en el ámbito educativo, ya que es donde se ha dado mayor cobertura de población de todos los contemplados en el Plan, cumpliéndose de esta forma con uno de los principales objetivos planteados, como es el de actuar directamente con la población diana que realmente es la destinataria de las acciones para prevenir el uso y abuso de sustancias.

Se puede afirmar que la valoración de las acciones desarrolladas en este ámbito es bastante positiva en general, tanto en la realizada por los alumnos/as que han sido receptores de los talleres y programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis, como la llevada a cabo por los profesores/as, tutores/as y orientadores/as que han participado del seguimiento cercano de estas acciones.

A). Evaluación realizada por los alumnos/as

La muestra de evaluación ha estado compuesta por 3.155 alumnas/os pertenecientes a 7 centros educativos públicos y concertados del municipio de Arganda del Rey. Son alumnos de entre 11 y 16 años, de 1º a 4º de la ESO, (53,5% de varones y un 46,5% de mujeres).

Dicha evaluación se ha focalizado en aspectos relacionados con el desarrollo de las acciones preventivas y su eficacia, así como con la valoración cualitativa y propuestas de continuidad y mejora.

En la tabla siguiente se recogen de forma resumida los resultados obtenidos (tabla 1):

Tabla 1: Evaluación de los indicadores de desarrollo y eficacia de las acciones preventivas por los alumnos/as de Arganda del Rey en este período (2014-2017)

	Nada	Algo	Bastante/Mucho
Interés de los contenidos preventivos	0,9	16,6	82,5
Valoración actividades preventivas	1	20,1	78,9
Participación en las actividades	1,1	12,2	86,7
Dinámicas utilizadas	1,3	16,3	82,4
Claridad de los temas tratados	0,3	2,5	97,2
Reflexión sobre los riesgos del consumo y la importancia de los comportamientos saludables	2,9	15,6	81,4
Utilidad de lo aprendido	0,9	3,3	95,8





Como se puede observar en la tabla anterior todos los indicadores se sitúan en el polo de bastante/mucho, siendo los aspectos más valorados los referidos a la claridad de los temas tratados y a la utilidad de lo aprendido (97,2% y 95,8% respectivamente).

Asimismo, cabe señalar en esta línea de resultados positivos obtenidos el alto porcentaje de alumnos/as que manifiesta su interés por seguir profundizando en esta temática (76,8%), recomendando a otros la práctica totalidad del alumnado participante la realización de estas acciones preventivas.

Desde una valoración más cualitativa, hay que destacar el interés mostrado por parte del alumnado en todos los talleres realizados, siendo el uso de una metodología participativa lo que ha contribuido al cumplimiento de los objetivos preventivos propuestos, haciendo especial hincapié en desmontar mitos e ideas erróneas en torno a las diferentes sustancias psicoactivas tratadas (tabaco, alcohol y cannabis).

Propuestas de futuro:

El alumnado manifiesta que en el futuro deberían de ampliarse estas actividades preventivas para poder responder a más cuestiones, porque hay muchas preguntas y opiniones sobre el tema que quedan pendientes ante la escasez de tiempo. En este sentido, los alumnos/as más mayores de 4º de la ESO, ACE y FPB señalan que se traten además otras sustancias psicoactivas (cocaína, cristal, burundanga, bebidas energéticas, nicotina en cachimba, inhalantes...).

Asimismo, en esta línea de planteamiento de propuestas de futuro, señalar también el abordaje de las situaciones de especial dificultad para resistir la presión de grupo frente al consumo de drogas que habrían de ser tratadas en estas acciones preventivas, siendo además importante tener en cuenta el género en el diseño de las mismas.

B). Evaluación realizada por el profesorado

La muestra de evaluación del profesorado ha estado compuesta por un total de 42 profesores/as pertenecientes a 9 centros educativos públicos y concertados

del municipio de Arganda del Rey. Pertenecen a los cursos comprendidos entre 6º de Primaria hasta 1º de Bachillerato.

El porcentaje más elevado de acciones que se han llevado a cabo han girado en torno a la prevención del consumo de cannabis (42,9%), seguido en orden decreciente en un porcentaje aproximado por prevención de tabaco y alcohol (35,7% y 33,3% respectivamente).

Dicha evaluación se ha focalizado como en el caso de los alumnos/as en aspectos relacionados con el desarrollo de las acciones preventivas y su eficacia, así como con la valoración cualitativa y propuestas de continuidad y mejora.

En la tabla siguiente se recogen de forma resumida los resultados obtenidos:

Tabla 2: Evaluación de los indicadores de desarrollo y eficacia de las acciones preventivas por los tutores y profesorado participantes de Arganda del Rey

	Nada	Algo	Bastante/Mucho
Interés de los contenidos preventivos	0	9,8	90,2
Valoración actividades preventivas	0	16,7	83,3
Metodología utilizada	0	7,1	92,8
Motivación de los alumnos/as	0	17,1	82,9
Reflexión sobre los riesgos del consumo y la importancia de los comportamientos saludables	0	9,5	90,5
Utilidad de lo aprendido	0	17,1	82,9

Como se puede observar en la tabla anterior todos los indicadores se sitúan en el polo de bastante/mucho, siendo los aspectos más valorados los referidos a la metodología utilizada, seguidos de cerca por promover en los alumnos/as la reflexión sobre los riesgos del consumo y la importancia de los comportamientos saludables y el interés de los contenidos aprendidos (92,8%, 90,5% y 90,2% respectivamente).

Asimismo, cabe señalar en esta línea de resultados positivos obtenidos el alto nivel de satisfacción mostrado por los profesores/as participantes (81%).





Propuestas de futuro:

De cara al futuro los profesores/as participantes proponen la realización de más sesiones, seguida por la realización de actividades más participativas, la realización de sesiones más visuales y la aportación de datos actuales en cuanto a estadísticas del consumo de drogas por los jóvenes. Asimismo, son partidarios de la realización de las acciones preventivas siempre por profesionales con experiencia en el tema y en el manejo de grupos, la planificación de las actividades con suficiente antelación para poder incorporarlas en la programación general del centro, centrarse en las consecuencias más inmediatas del consumo de drogas y no en las que puedan aparecer en el futuro.

2.2.3. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL CAID DE ARGANDA DEL REY (2014-2017)

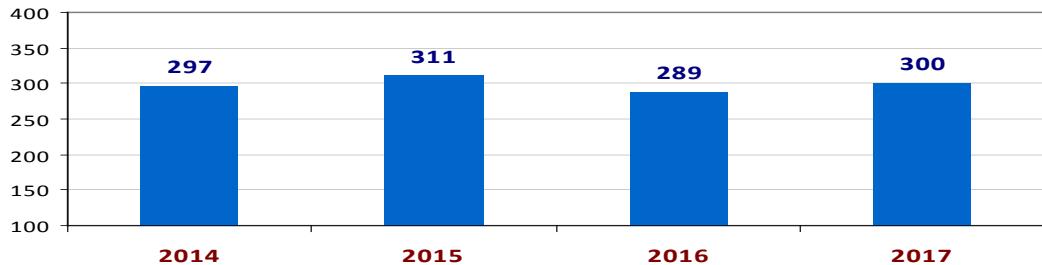
Como en el caso anterior, en la evaluación del II PMD también se ha hecho especial hincapié en la actividad desarrollada en el CAID, ya que este dispositivo representa la vertiente asistencial contemplada en el mismo, siendo su labor fundamental y necesaria para prestar una atención especializada y profesional a la población que ya se ve afectada por la adicción a las drogas.

A continuación se recogen de forma resumida los resultados encontrados respecto a la actividad asistencial desarrollada por el CAID de Arganda del Rey, que atiende a la población de 22 municipios, en el periodo 2014-2017, así como de algunos datos básicos del perfil de pacientes atendidos y posibles tendencias de variación a lo largo de este periodo.

Casos atendidos:

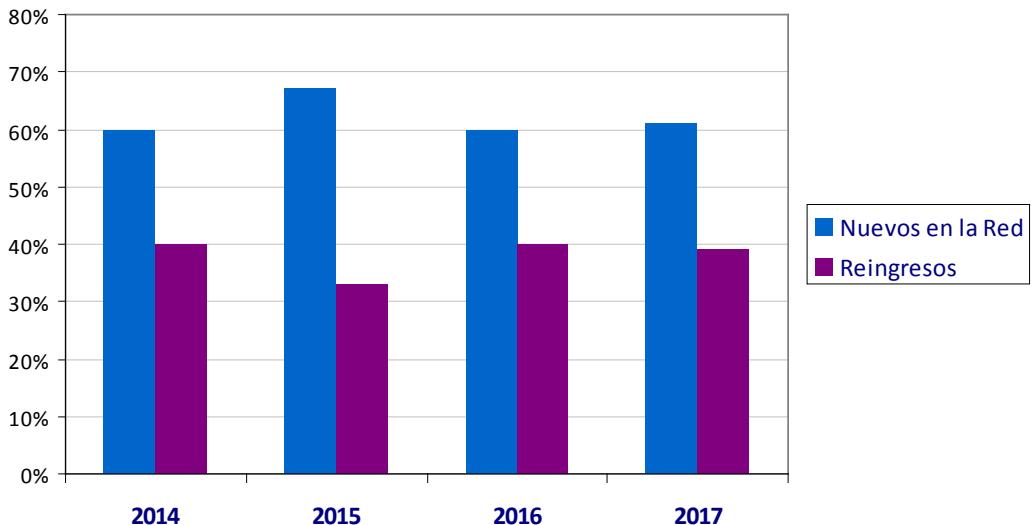
El CAID de Arganda del Rey ha atendido en este periodo, en la suma total de cada anualidad, a 1.197 pacientes (cifra no excluyente dado que lógicamente hay pacientes que se mantienen en tratamiento por más de un año).

Con oscilaciones de amplitud menor a 22 casos, la media anual de pacientes en tratamiento se mantiene bastante estable en estos 4 años.

PACIENTES EN TTO CAID ARGANDA 2014-2017***Ingresos y reingresos:***

Los pacientes que entran a tratamiento se dividen entre los denominados “nuevos”, que realizan por primera vez un tratamiento de su problemática de adicción, y los reingresos, pacientes que ya han estado en tratamiento con anterioridad en este u otro centro de la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid.

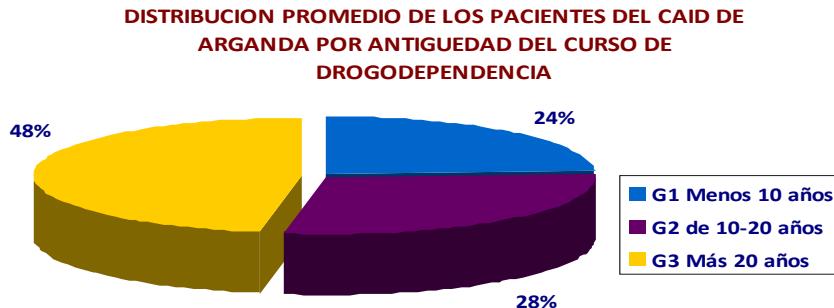
Según esta diferenciación, en todas las entradas a tratamiento el porcentaje de los nuevos superan a los reingresos.





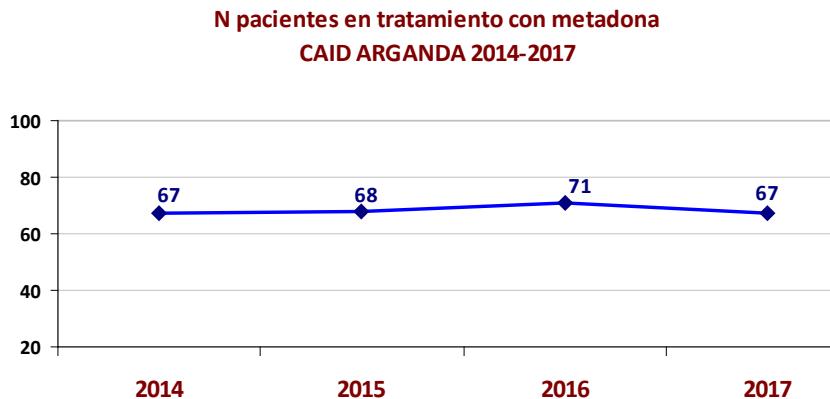
Distribución de los pacientes por antigüedad en el consumo:

La distribución de los pacientes en tratamiento según la antigüedad o años que llevan manteniendo su adicción a drogas, como se puede observar en el siguiente gráfico la suma de los que llevan menos de 20 años en consumo (52%) es superior a los que llevan más de ese tiempo (48%).



Pacientes en tratamiento con Metadona:

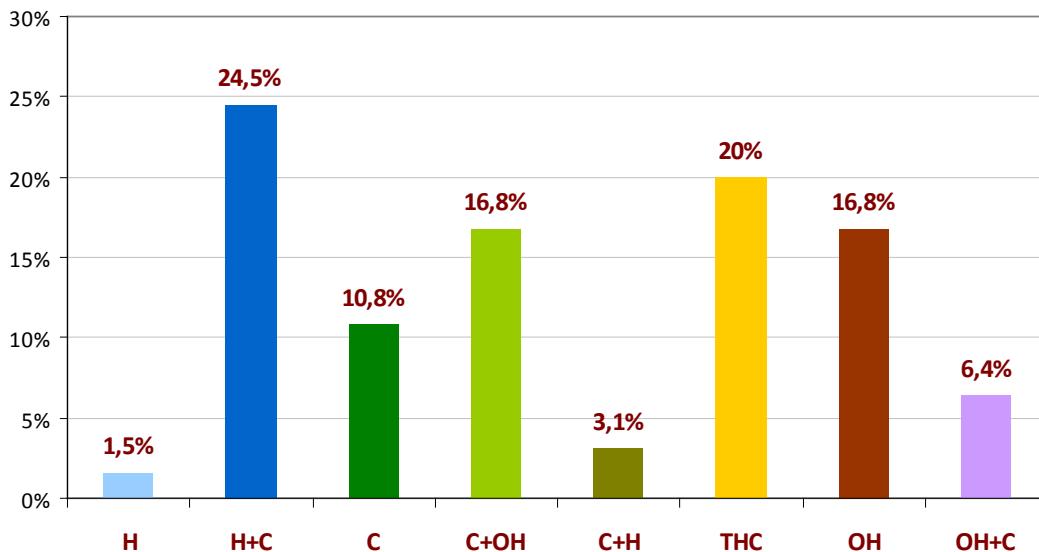
El porcentaje de pacientes en tratamiento en el CAID que están con tratamiento de metadona está de modo bastante estable alrededor del 22-24% del total de pacientes en tratamiento.



Distribución por diagnósticos de drogas:

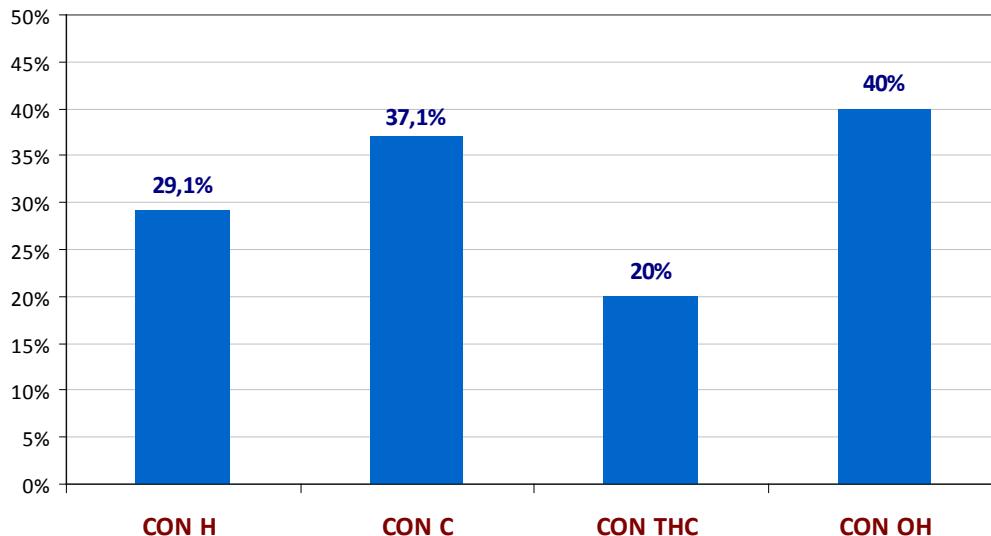
En cuanto a que diagnósticos de adicción a drogas presentan los pacientes que han estado en tratamiento en estos 4 años, la distribución promedio muestra que el mayor porcentaje lo presentan los consumidores de heroína + cocaína mezclada (24,5%), seguido de los consumidores de cannabis (20%), en igual porcentaje los que consumen alcohol solo y cocaína + alcohol (16,8%). A más distancia los consumidores de cocaína sola (10,8%), y ya por debajo del 10% los de alcohol+cocaína (6,4%), cocaína + heroína (3,1%) y heroína sola (1,5%).

**DISTRIBUCION DIAGNOSTICO DE DROGAS PACIENTES
CAID DE ARGANDA DEL REY 2014-2017**



Desde otro punto de vista de análisis, hay un 40% de los pacientes en tratamiento en los que los problemas con el alcohol están en su diagnóstico. Le sigue un 37,10% en cuyo diagnóstico está presente la cocaína, un 29,10 % con problemática en la que está el consumo de heroína y un 20% el cannabis.

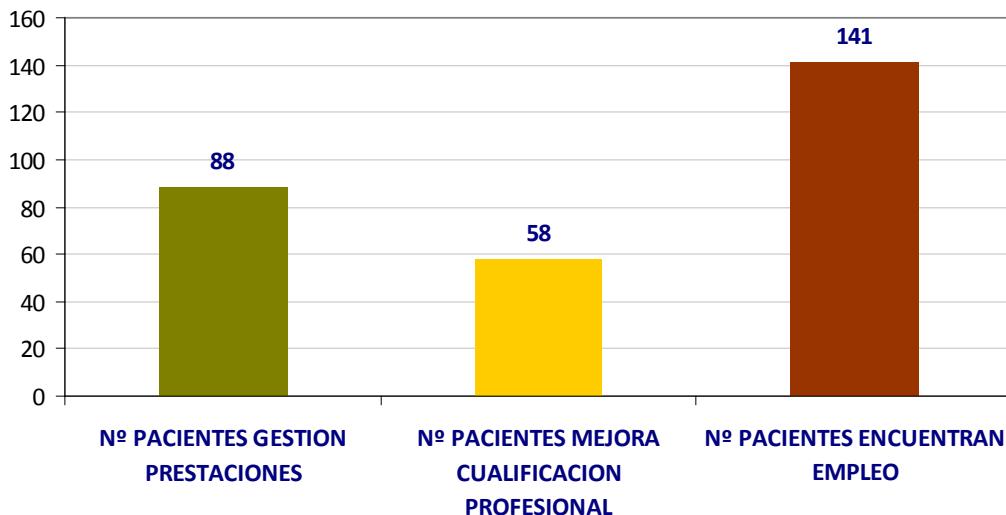
**PORCENTAJES DIAGNOSTICOS AGRUPADOS SEGUN PRESENCIA DE
SUSTANCIAS CAID ARGANDA DEL REY 2014-2017**



Pacientes receptores acción social y empleo:

Las acciones realizadas para la inclusión e incorporación sociolaboral con pacientes en tratamiento en el CAID en este periodo, como se puede apreciar en el gráfico siguiente, con 88 se han gestionado prestaciones sociales, 58 pacientes han sido receptores de acciones destinadas a mejorar su cualificación laboral y 141 han encontrado empleo tras superar la adicción. En total **287** receptores (no excluyente).

**PACIENTES RECEPTORES ACCIÓN SOCIAL Y EMPLEO
CAID ARGANDA DEL REY 2014-2017**



2.3. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA ESCOLAR

La primera Encuesta Escolar realizada en el municipio de Arganda del Rey se aplicó a alumnos de 3º y 4º de ESO, 1º y 2º de Bachillerato y FP en los centros educativos CC. Malvar, CC. Virgen de la Soledad, IES El Carrascal, IES José Saramago e IES La Poveda.

La muestra asciende a 330 alumnos pertenecientes a estos 5 centros educativos y 17 aulas. El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q=0,5$ es del 5%.

Se ha empleado un cuestionario estandarizado y anónimo, similar al de otras encuestas realizadas en la Comunidad de Madrid y España, lo que permite realizar comparaciones. El 83,3% de los centros seleccionados inicialmente participaron en la encuesta. Se obtuvo una tasa de respuesta del alumno del 99,39%.

El análisis general de la Encuesta Escolar 2020 de Arganda del Rey, arroja los siguientes resultados:

2.3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS

- En las drogas de mayor **prevalencia de consumo** que aparecen repetidamente en todas las encuestas a escolares de 14 a 18 años, alcohol, tabaco y cannabis, también en Arganda ocupan los 3 primeros lugares en extensión de los consumos, coincidiendo también en el orden de mayor a menor consumo (alcohol, tabaco y cannabis).

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS			
SUSTANCIA	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alcohol	75%	71%	52%
Tabaco	45%	37%	29%
Cannabis	30%	25%	15%



Hipnosedantes	16%	13%	4%
Éxtasis	5%	4%	1%
Inhalables volátiles	4%	3%	1%
Metanfetamina	2%	2%	1%
Anfetaminas	2%	1%	0%
Cocaína	3%	2%	0%
Setas alucinógenas	3%	2%	0%
Heroína	1%	1%	0%

- Tras estas 3 sustancias de más amplio consumo, a excepción del uso de hipnosedantes (psicofármacos con efecto somnífero y tranquilizante de uso médico pero con capacidad de generar adicción), que presenta en el consumo alguna vez en la vida y en el último año tasas del 16% y 13% respectivamente, el resto de drogas son consumidas en tasas muy bajas, igual o inferior al 5% de la población encuestada.
- Los menores del municipio consumen en general algo menos que sus coetáneos de la Comunidad de Madrid y España en la mayor parte de las sustancias legales, excepto en el caso del tabaco.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

SUSTANCIA	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alcohol	75,6%	77,9%	74,7%
Tabaco	43,3%	41%	45%
Cannabis	34,1%	33%	30%
Hipnosedantes	18,7%	18%	16%
Éxtasis	3,2%	3%	5%
Inhalables volátiles	2,2%	2%	4%
Metanfetamina	1,5%	2%	2%
Anfetaminas	1,4%	2%	2%
Cocaína	2,7%	3%	3%





Setas alucinógenas	1,9%	2%	3%
Heroína	0,6%	1%	1%

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ÚLTIMOS 12 MESES

SUSTANCIA	CAM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alcohol	73,5%	75,9%	70,6%
Tabaco	35,5%	35%	37%
Cannabis	28,6%	28%	25%
Hipnosedantes	12,9%	13%	13%
Éxtasis	2,4%	2%	4%
Inhalables volátiles	1,1%	1%	3%
Metanfetamina	1,2%	1%	2%
Anfetaminas	1%	1%	1%
Cocaína	2,2%	2%	2%
Setas alucinógenas	1,3%	1%	2%
Heroína	0,4%	1%	1%

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ÚLTIMOS 30 DÍAS

SUSTANCIA	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alcohol	55,5%	58,5%	51,5%
Tabaco	27,6%	27%	29%
Cannabis	20,1%	19%	15%
Hipnosedantes	7,1%	6%	4%
Éxtasis	0,7%	1%	1%
Inhalables volátiles	0,5%	1%	1%
Metanfetamina	0,4%	1%	1%
Anfetaminas	0,4%	1%	-
Cocaína	0,8%	1%	-
Setas alucinógenas	0,5%	-	-
Heroína	0,2%	-	-

- Analizando los resultados de **consumo según sexo** advertimos las siguientes diferencias: Los varones tienen porcentajes más altos en cannabis (especialmente en el consumo actual en los últimos 30 días) e inhalables volátiles en consumos alguna vez en la vida. Las mujeres toman en mayor medida drogas legales: alcohol, tabaco e hipnosedantes. Asimismo, destaca el consumo experimental de cocaína (alguna vez en la vida) en las mujeres.

PREVALENCIAS DE CONSUMO POR SEXO						
SUSTANCIA	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alcohol	71%	78%	66%	74%	49%	53%
Tabaco	41%	47%	32%	42%	26%	32%
Cannabis	31%	28%	26%	24%	19%	12%
Hipnosedantes	10%	22%	7%	18%	1%	6%
Éxtasis	4%	5%	4%	4%	2%	1%
Inhalables volátiles	6%	2%	4%	2%	2%	1%
Metanfetamina	3%	2%	3%	1%	1%	1%
Anfetaminas	1%	2%	1%	1%	1%	-
Cocaína	2%	5%	2%	2%	-	-
Setas alucinógenas	4%	2%	2%	2%	-	-
Heroína	-	1%	-	1%	-	-

- En términos generales se observa que conforme van aumentando la edad, se eleva también los porcentajes de jóvenes que han consumido las diferentes drogas. De manera muy clara se aprecia esta tendencia en el caso del alcohol, que aumenta progresivamente por cada año de edad hasta alcanzar el consumo en el último año en el 91% de los encuestados. También, aunque no alcanza más del 15%, se elevan con la edad otras drogas como éxtasis, inhalables volátiles, metanfetamina y anfetamina. En el caso del tabaco y el cannabis se aprecia un ligero descenso al llegar a los 17 y 18 años respectivamente.



PREVALENCIAS DE CONSUMO POR EDAD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

SUSTANCIA	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alcohol	47%	68%	85%	76%	91%
Tabaco	18%	31%	50%	48%	46%
Cannabis	5%	27%	30%	35%	33%
Hípnosedantes	9%	18%	9%	14%	17%
Éxtasis	3%	3%	4%	5%	13%
Inhalables volátiles	-	1%	-	8%	13%
Metanfetamina	-	-	1%	4%	8%
Anfetaminas	-	-	1%	1%	4%
Cocaína	1%	3%	-	3%	4%
Setas alucinógenas	1%	1%	-	4%	4%
Heroína	3%	-	-	-	-

Si atendemos a la **edad de inicio en el consumo de drogas**, los menores de Arganda, se observan datos similares con Comunidad de Madrid y los datos nacionales. Algunas drogas más minoritarias como la cocaína parecen tener un inicio más temprano en Arganda, aunque en general los valores son muy parecidos a los estudios comparados.

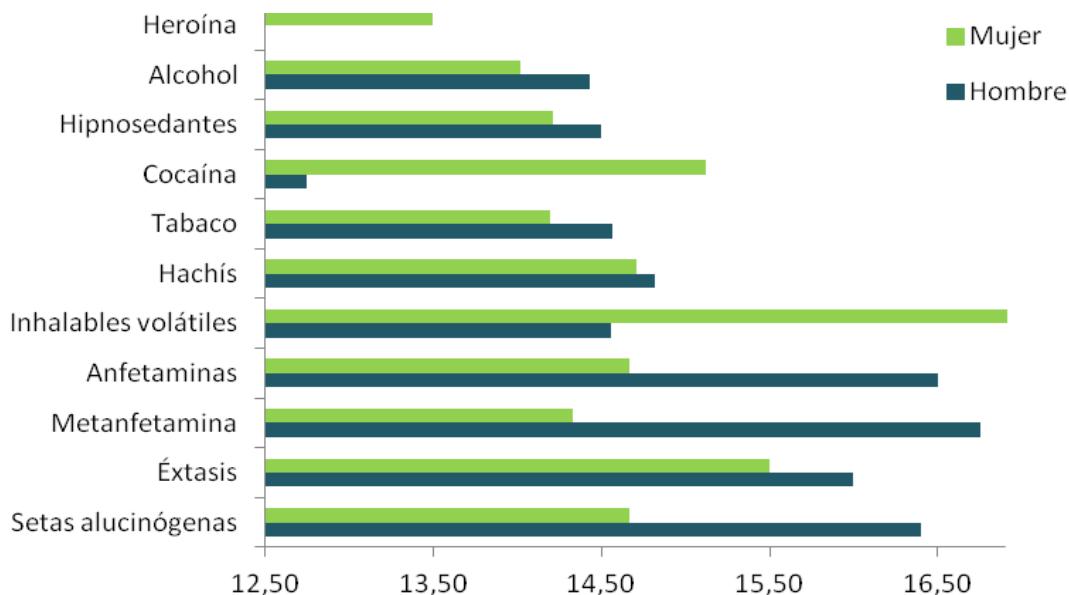
EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO

SUSTANCIA	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alcohol	14,1	14,0	14,2
Tabaco	14,1	14,1	14,4
Cannabis	15,0	14,9	14,8
Hípnosedantes	14,1	14,0	14,3
Éxtasis	15,7	15,4	15,7
Inhalables volátiles	14,6	14,0	15,2
Metanfetamina	-	15,2	15,7
Anfetaminas	15,2	15,4	15,4
Cocaína	15,1	15,1	14,3
Setas alucinógenas	15,5	15,2	15,8
Heroína	13,7	14,5	13,5



En alcohol y tabaco se empieza ligeramente más tarde a consumir en Arganda, igual que pasa con los inhalantes y metanfetamina. En cannabis prácticamente a la misma edad que en la Comunidad de Madrid, lo mismo que ocurre con los hipnosedantes, éxtasis, anfetaminas y heroína. La edad de inicio es más temprana en Arganda, aún siendo con escasa diferencia, en el caso de la cocaína.

- En la diferenciación por sexo según edad de inicio, vemos que las mujeres empiezan a consumir antes alcohol y tabaco, cannabis, sedantes, anfetaminas, éxtasis y metanfetaminas. Mientras que los hombres comienzan a una edad más temprana a consumir inhalables volátiles y cocaína.



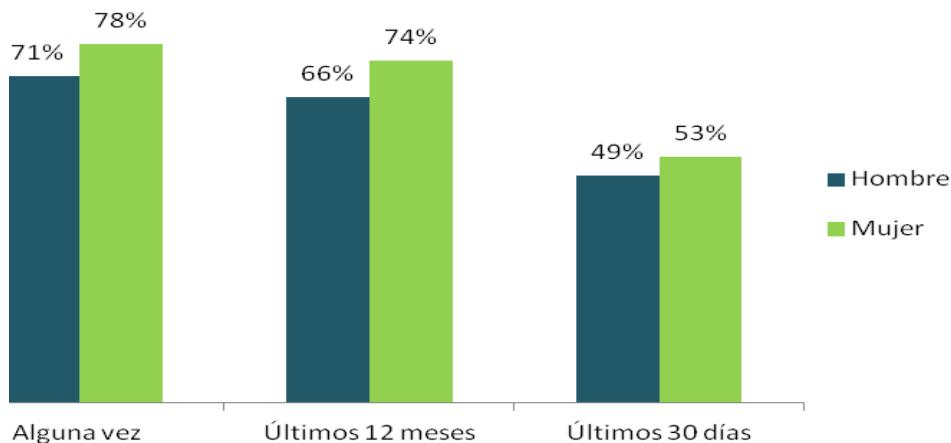
2.3.2. ANÁLISIS RELATIVOS A LAS SUSTANCIAS CON MAYOR PREVALENCIA DE CONSUMO

ALCOHOL

- La algo menor tasa de consumo de alcohol en menores de Arganda del Rey respecto a Comunidad de Madrid y España, no puede despistar de que es la sustancia más consumida entre menores del municipio ni del elevado porcentaje de su uso entre el conjunto de todos los menores que lo toman. Así el 75% lo ha probado alguna vez, el 71% lo ha consumido en el último año y el 52% en el último mes. Esto evidencia la intensa implantación del uso del alcohol entre los escolares, con tasas superiores en todas las frecuencias de consumo de entre el 50% y el 75% de la población de menores.

COMPARATIVA DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alguna vez en la vida	75,6%	77,9%	74,7%
Últimos 12 meses	73,5%	75,9%	70,6%
Últimos 30 días	55,5%	58,5%	51,5%
Edad media de inicio	14,1	14,0	14,2



Prevalencia de consumo de alcohol por sexo



- Las mujeres superan en todas las frecuencias a los hombres en el consumo de alcohol.
- El **botellón** como práctica de consumo de alcohol se da en una forma más frecuente en los jóvenes de Arganda que en los de la Comunidad de Madrid (casi 7 puntos más). Al menos la mitad de chicos y chicas entre 14 y 18 años afirman haber hecho botellón al menos una vez en el último año. A partir de los 15 años los valores de frecuencia del botellón se incrementan notablemente y marcan mayores porcentajes en el municipio. La mayor distancia la marcan las mujeres que sobrepasan a las de la Comunidad de Madrid en 10 puntos. A excepción de a los 14 años, en el resto de edades la práctica del botellón en Arganda supera en porcentajes muy elevados a los de Madrid, llegando a ser a los 16 años casi 13 puntos superior y a los 18 años 23 puntos más en Arganda.

PREVALENCIA DE BOTELLÓN POR SEXO Y EDAD ÚLTIMO AÑO

	CM 18	Arganda del Rey 20
Total	46,8%	53,5%
Hombre	46,5%	50%
Mujer	47%	57%
Edad		
14 años	28,2%	2%
15 años	42%	54%
16 años	53,2%	66%
17 años	55,9%	64%
18 años	56,1%	79%

- Respecto a las **borracheras**, los menores de Arganda se han emborrachado alguna vez en la vida algo más que sus coetáneos de la Comunidad de Madrid y España (diferencias superiores en torno a 1 punto o menos) y también algo más en el último mes con relación a la Comunidad, no así al resto de España. En el análisis por sexos, son los varones los que superan a las mujeres en borracheras y su porcentaje es superior en relación a las borracheras en hombres de otras dos encuestas autonómica y nacional.





PREVALENCIA DE BORRACHERAS POR SEXO Y EDAD

	CM 18		España 18		Arganda del Rey 20	
	AVV	Últ 30 días	AVV	Últ 30 días	AVV	Últ 30 días
Total	50,1%	22,3%	51,1%	24,3%	51,5%	23,5%
Hombre	48,5%	22,1%	49%	24%	53%	25%
Mujer	51,6%	22,5%	53%	25%	50%	22%
Edad						
14 años	24,8%	8,3%	26%	10%	15%	5%
15 años	40,4%	17,4%	41%	18%	44%	18%
16 años	54,4%	25,6%	57%	28%	69%	31%
17 años	66,9%	29,8%	69%	36%	68%	33%
18 años	70,3%	36,5%	71%	38%	79%	43%

- Por edades, excepto a la edad de 14 años, en el resto, en términos generales las puntuaciones de Arganda superan a las de Comunidad y España. Llama la atención negativamente que por ejemplo en Arganda haya un 69% de chicos de 16 años que se han emborrachado alguna vez en la vida, frente al 54% y 57% de Comunidad y España respectivamente. A los 15 y 17 años están más próximos al porcentaje de borracheras autonómico y nacional en las borracheras alguna vez en la vida. En las que se han producido en el último mes, las más preocupantes por indicar que son habituales, Arganda está por encima en las edades de 16 y 17 (solo de Comunidad de Madrid, no de España). A los 18 años los porcentajes negativos de Arganda respecto a los autonómicos y nacionales se disparan superando entre 7 y 9 puntos más a las otras dos.
- En el otro consumo problemático de alcohol, el denominado **binge drinking o atracón** de alcohol que hace referencia al consumo de cinco o más unidades (copas, vasos, cañas...) en un espacio menor a dos horas, también Arganda está por encima en este caso de los datos de Comunidad de Madrid, ligeramente en el total y por debajo de nuevo respecto a la Comunidad a la edad de 14 años y 1 punto por debajo a los 18, pero por encima en el resto de edades llegando a superar a C. Madrid en 4 y 5 puntos a los 15 y 16 años.

PREVALENCIA DE ATRACÓN DE ALCOHOL POR SEXO Y EDAD

	CM 18	Arganda del Rey 20
Total	29,2%	30%
Hombre	30,9%	32%
Mujer	27,5%	28%
Edad		
14 años	12,4%	9%
15 años	23,1%	27%
16 años	33,2%	38%
17 años	38,7%	40%
18 años	44,5%	43%

- Los lugares en los que los adolescentes se hacen con las bebidas alcohólicas difieren según sean menores o mayores de edad, los menores de edad utilizan en mayor medida las tiendas de barrio o chinos. De todas formas, sorprenden los datos de acceso al alcohol por menores de edad en lugares donde no deberían poder obtenerlo, el 42% lo consumen en bares, el 33% en discotecas donde no deberían poder entrar o el 42% que lo compra en supermercados.

LUGAR DONDE CONSIGUEN LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

	Menor de 18	Mayor de 18
Bares	41,6%	72,2%
Discotecas	32,9%	72,2%
Hipermercados	16,8%	38,9%
Supermercados	42,2%	72,2%
Tiendas de barrio o chinos	73,3%	61,1%
Casa propia	32,9%	38,9%
Casa de otros	42,2%	50,0%
Venta ambulante	4,3%	11,1%
Internet, domicilio	-	5,6%



- En cuanto a la forma directa de obtener el alcohol de los menores que han consumido alcohol en los últimos 30 días, el 62% de los adolescentes afirman que ellos mismos lo consiguen. Hasta un 58% lo obtienen gracias a conocidos mayores de 18 años.

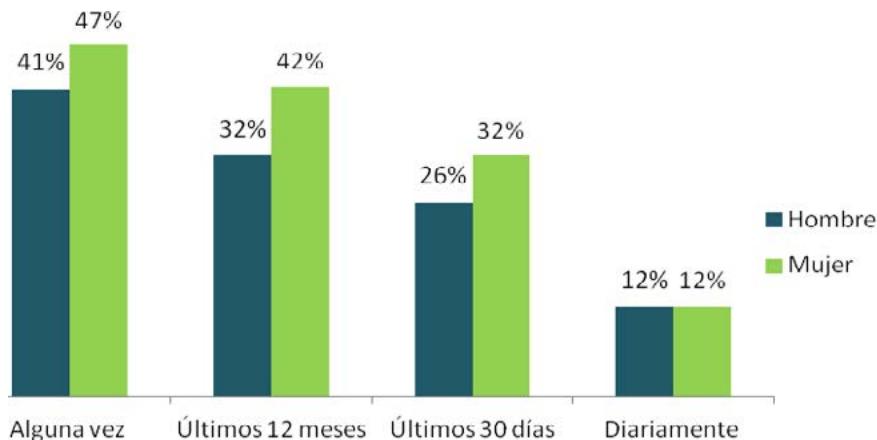
FORMA DE OBTENER ALCOHOL		
	CM 18	Arganda del Rey 20
Yo mismo	63,1%	62%
A través de otros mayores de 18	48,2%	58%
A través de otros menores de 18	18,4%	18%
De otra forma	7,6%	7%

TABACO

- Fumar tabaco se desvela como un importante problema de consumo de sustancias adictivas entre los menores del municipio. Los datos de encuesta indican que tanto en el inicio a experimentar con el tabaco, el consumo en último año y en el de último mes, Arganda supera a las poblaciones del conjunto de la Comunidad de Madrid y España. Las tendencias temporales en las encuestas autonómica y nacional muestran datos al alza en general en los últimos años, pero Arganda ya parte de un nivel superior, lo que predice también mayores incrementos en el futuro cercano.

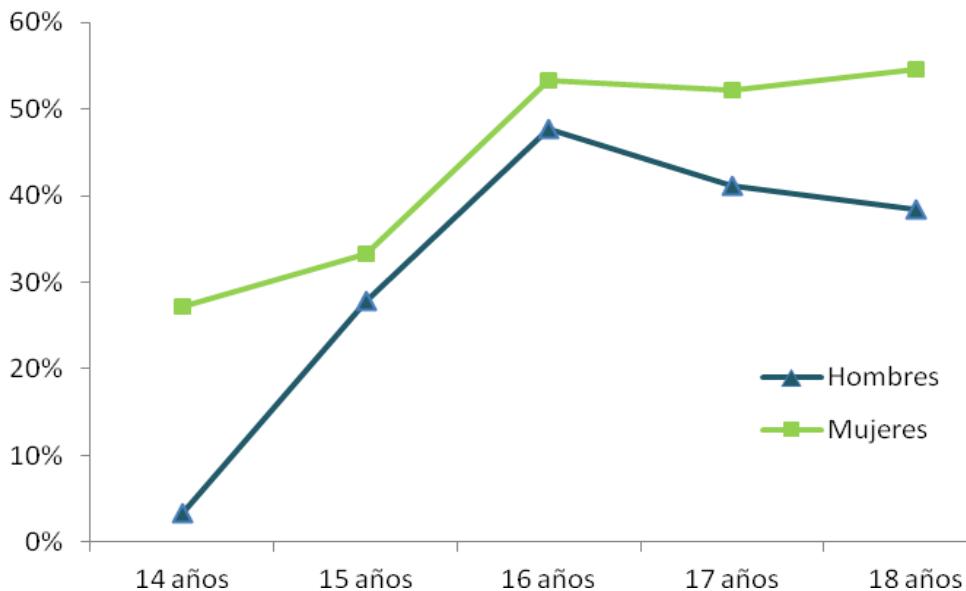
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR SEXO		
	Hombre	Mujer
Alguna vez en la vida	41%	47%
Últimos 12 meses	32%	42%
Últimos 30 días	26%	32%
Diariamente en los últimos 30 días	12%	12%
Nº medio de cigarros diarios	4,6	4,2
Edad media de inicio en consumo de tabaco	14,6	14,2
Edad media de inicio en consumo diario de tabaco	14,3	14,0





- El consumo de tabaco es más elevado en las mujeres. Están 6 puntos porcentuales por encima de los hombres en consumo alguna vez en la vida, 10 puntos más en consumo en el último año y 6 puntos superior al consumo en el último mes. Se equiparan ambos sexos en el consumo diario que desciende al 12%. Sin embargo el dato preocupante son los altos porcentajes de fumadoras en las 3 primeras frecuencias. Además el consumo de tabaco entre las mujeres de Arganda supera a los datos de la Comunidad de Madrid en las 3 frecuencias de uso.

- La distribución por edades y sexo:



Consumo de tabaco en los últimos 12 meses por sexo y edad

De nuevo el consumo en las mujeres se muestra muy elevado en general, nótese que a los 14 años más del 25% de las chicas ha consumido tabaco y a los 16 en torno al 50%.

Además de que los porcentajes de fumadoras en el último año superan en todas las edades a los hombres, éstos empiezan a decaer en el consumo a partir de los 16, mientras que las mujeres siguen una línea con tendencia ascendente.

CANNABIS

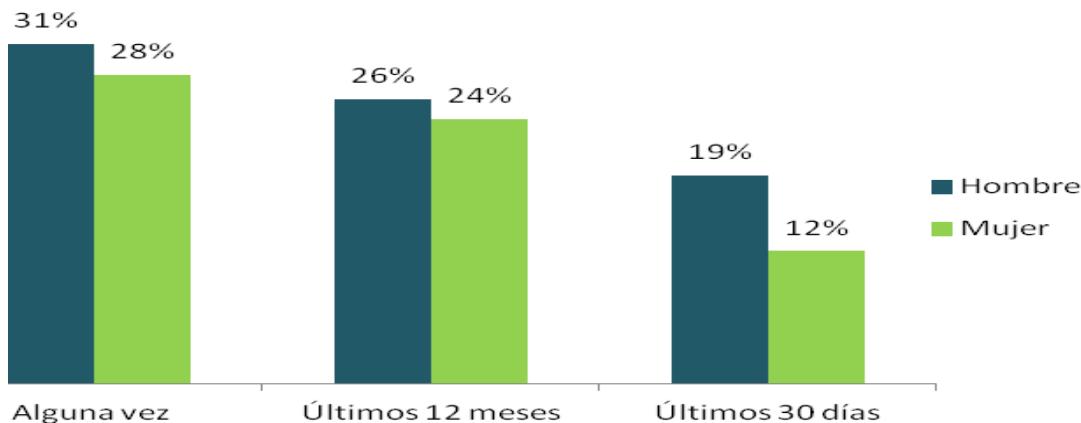
- El consumo de cannabis por los menores de Arganda es inferior en todas las frecuencias de consumo (alguna vez en la vida, último año y último mes) comparado con las encuestas autonómica y nacional. En todos los casos entre los menores de Arganda la distancia es al menos de 3 puntos y de hasta casi 5



puntos menos en el caso del consumo inicial y reciente en relación al dato de la Comunidad de Madrid.

COMPARATIVA PREVALENCIA CONSUMO DE CANNABIS			
	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alguna vez en la vida	34,1%	33,0%	29,7%
Últimos 12 meses	28,6%	27,5%	25,2%
Últimos 30 días	20,1%	19,3%	15,5%
Edad medio inicio	15	14,9	14,8

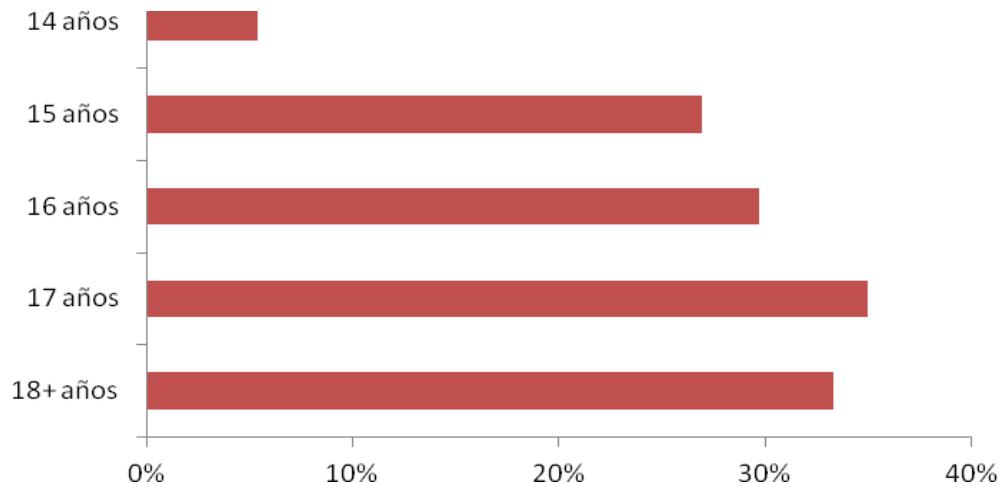
El consumo es más frecuente en hombres que mujeres. La diferencia más acentuada se da en el consumo de cannabis en los últimos 30 días.



Prevalencia de consumo de cannabis por sexo

- Respecto a cómo se produce el consumo de cannabis según la edad, se observa que es muy minoritario a los 14 años, produciéndose un gran salto a los 15 años, desde el 5% al 27%. A partir de esas edades el consumo aumenta en cada edad no bajando ya del 30%.





Consumo de cannabis en los últimos 12 meses por edad

- La forma en que se consume es mayoritariamente a través de porros o canutos, el 98%.
- El consumo problemático de cannabis se mide mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año.

CONSUMO DE RIESGO DE CANNABIS. ESCALA CAST

	No problemático	Bajo riesgo	Problemático
Total Arganda del Rey 20	81%	14%	5%
Total CM 18	63,3%	20,5%	16,2%
Total España 18	65,4%	19,2%	15,4%

En Arganda el mayor porcentaje de consumidores de cannabis se sitúa en la categoría de no problemático, lo que no minimiza las potenciales consecuencias del uso de cannabis entre menores, ni que el mantenimiento de consumo puede progresar hacia el consumo problemático como se aprecia en la siguiente tabla



donde se evidencia un mayor porcentaje de consumidores de alto riesgo conforme aumenta la edad de los encuestados.

ESCALA CAST POR SEXO Y EDAD			
	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
Sexo			
Hombre	78%	14%	8%
Mujer	84%	14%	2%
Edad			
14 años	67%	33%	0%
15 años	95%	5%	0%
16 años	73%	23%	5%
17 años	80%	12%	8%
18 años	75%	13%	13%

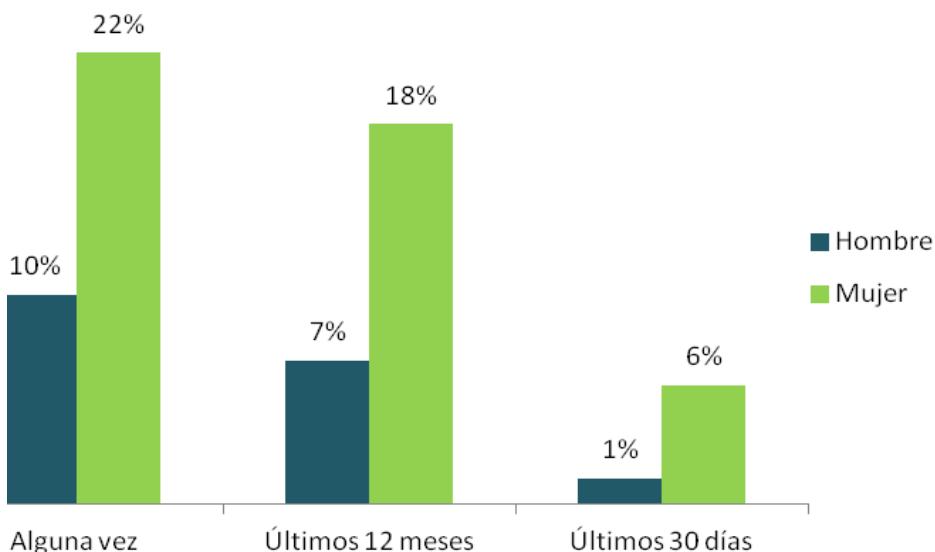
HIPNOSEDANTES

COMPARATIVA PREVALENCIA CONSUMO DE HIPNOSEDANTES			
	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alguna vez en la vida	18,7%	18,4%	16,4%
Últimos 12 meses	12,9%	12,5%	13,0%
Últimos 30 días	7,1%	6,4%	3,6%
Diariamente en los últimos 30 días	3,1%	3%	0,6%
Edad media de inicio	14,1	14	14,3

- Los menores de Arganda del Rey consumen hipnosedantes de forma inicial (alguna vez en la vida) por debajo que el resto de encuestados en Comunidad de Madrid y España (2 puntos menos), prácticamente igual en el consumo en el último año que las otras dos muestras y claramente por debajo en el consumo habitual de los últimos 30 días y en el consumo diario.
- La edad de inicio es similar a los datos de Comunidad de Madrid y España.



- Este consumo es particularmente mayoritario en mujeres. En todas las frecuencias de consumo se aprecian puntuaciones más elevadas en las menores. Hasta el 22% de ellas han consumido alguna vez en la vida



Prevalencia de hipnosedantes por sexo

POLICONSUMO DE DROGAS

Se analiza también el consumo simultáneo de varias drogas, hecho que denota el mayor grado de problematicidad del consumo.

En cada frecuencia de consumo los resultados son:

COMPARATIVA DE POLICONSUMO "ALGUNA VEZ EN LA VIDA"			
	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Ningún consumo	19,9%	18,3%	23%
Una sustancia	28,5%	31,5%	27%
Dos sustancias	18,8%	18,8%	19%
Tres sustancias	22,5%	20,9%	17%
Cuatro o más sustancias	10,4%	10,5%	14%



En el municipio de Arganda del Rey el consumo de ninguna sustancia es más elevado que en la Comunidad (3 puntos más en Arganda) y que en España (5 puntos más Arganda), lo cual es un dato positivo. También está por debajo en consumo de 1 sustancia. Los porcentajes son similares a las otras dos encuestas en consumo de 2 sustancias e inferiores en Arganda en uso de 3 sustancias. Por otro lado es mayor el porcentaje de consumidores de cuatro o más sustancias, pero es un hecho residual con bajo número de personas con este consumo.

Estos resultados se replican en la misma línea en el consumo de último año, y hay excepción a la regla en el consumo en últimos 30 días donde consumo de ninguna sustancia Arganda y C. Madrid se equiparan y consumo de 2 sustancias donde Arganda supera en casi 3 puntos a Madrid y España:

COMPARATIVA POLICONSUMO "ÚLTIMOS 12 MESES"

	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Ningún consumo	23,4%	21,5%	26%
Una sustancia	33,1%	35,7%	30%
Dos sustancias	17,7%	17,7%	19%
Tres sustancias	19%	18,2%	16%
Cuatro o más sustancias	6,8%	6,9%	8%

COMPARATIVA POLICONSUMO "ÚLTIMOS 30 DÍAS"

	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Ningún consumo	39,9%	37%	40%
Una sustancia	29%	32,5%	31%
Dos sustancias	15,4%	15,5%	18%
Tres sustancias	13%	12,6%	9%
Cuatro o más sustancias	2,8%	2,4%	2%





2.3.3. OTROS ANÁLISIS DE INTERES SOBRE SUSTANCIAS CON MENOR PREVALENCIA DE CONSUMO

Se comentan con menor exhaustividad los datos de consumo de otras drogas, no desarrolladas en el punto anterior, seleccionando aquellas en las que los porcentajes de los estudiantes de Arganda del Rey son superiores a los de las otras dos encuestas.

Los datos de estos consumos alcanzan una relevancia algo menor, ya que hablamos de prevalencias o extensión de los consumos bastante más bajos que para alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, y porque precisamente esos porcentajes traducidos a número de personas quedan en Ns muy bajas (en ocasiones hablamos de 4 ó 5 sujetos) que podrían ser producto del azar o momento en el que la encuestación ha incluido a consumidores que puede que en otros momentos de medición no arrojen los mismos resultados. Solo sirve como indicadores para ser tenidos en cuenta para su vigilancia y seguimiento en estudios posteriores.

CONSUMO DE COCAÍNA

- El consumo de cocaína presenta prevalencias muy bajas en la población de enseñanza secundaria de Arganda, en torno a entre el 2-3% en el consumo alguna vez y último año y ningún alumno encuestado en el último mes.
- Comparado con datos de C. Madrid y España, aparece algo más elevado el porcentaje de los menores de Arganda que han experimentado alguna vez en la vida con la sustancia, pero la diferencia en detrimento de Arganda es mínima, no llega a superar 1 punto porcentual.
- Sí resulta de mayor atención que en la comparación entre mujeres y hombres en el consumo alguna vez, ellas superan en casi 3 puntos más a los varones.
- Este dato debe ser objeto de indagación, pese a que en el porcentaje bajo de los que consumen cocaína no representa un hecho extendido.

ALUCINÓGENOS

- Se observa un consumo en Arganda ligeramente superior en el consumo experimental con un 3% sobre el 2,3% de la Comunidad de Madrid. De todas

formas, ningún adolescente afirma haber consumido en los últimos 30 días esta droga. Dado que no alcanza al punto porcentual, esta elevación debe servir solo como foco de seguimiento para conocer si se consolida la tendencia.

ÉXTASIS

- En el consumo de éxtasis se aprecia una leve mayor proporción en Arganda de adolescentes entre 14 y 18 años que la ha consumido. Los valores porcentuales son superiores en las frecuencias de alguna vez en la vida (1 punto más que C. Madrid y 2 puntos por encima de España) y en último año (Arganda supera en 2 puntos más que C. Madrid y casi 3 puntos por encima de España).

INHALANTES VOLÁTILES

- La población de Arganda presenta porcentajes algo superiores que C. Madrid y España en todas las frecuencias de consumo. Hay diferencia mayor en contra de la población de Arganda en el consumo experimental y en último año, siendo como promedio 2 puntos superior a C. Madrid y casi hasta 3 puntos más que España en el experimental (alguna vez en la vida).



2.3.4. ANÁLISIS DE VARIABLES QUE INCIDEN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Riesgo percibido del consumo de drogas

- La percepción de que consumir drogas conlleva riesgos, es un demostrado factor de protección para evitar o limitar su uso.
- De este modo se convierte en un indicador tanto del riesgo para consumir sustancias como, si la percepción es baja, incrementar el número de menores que las consumen o consumirán en periodos próximos.

RIESGO PERCIBIDO DEL CONSUMO DE DROGAS			
	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Fumar un paquete de tabaco diario	94,3	93,8	91%
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	73%	73%	68%
Fumar cigarrillos electrónicos	13,7%	18,3%	34%
Tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	76,3%	76,8%	53%
Tomar 1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	56,3%	57,6%	54%
Tomar tranquilizantes/sedantes o somníferos habitualmente	92,1%	88,7%	80%
Fumar hachís/marihuana alguna vez	49,2%	51,9%	42%
Fumar hachís/marihuana habitualmente	87,8%	87,5%	88%
Consumir cocaína en polvo alguna vez	79,7%	81,3%	58%
Consumir cocaína en polvo habitualmente	97,3%	97,3%	93%
Consumir éxtasis alguna vez	82,7%	83,7	60%
Consumir éxtasis habitualmente	97,1%	96,9%	92%
Consumir anfetaminas o speed alguna vez	82,7%	84,7%	57%
Consumir alucinógenos alguna vez	97,1%	82,1%	59%
Consumir heroína alguna vez	86,6%	86,8%	66%
Consumir heroína habitualmente	97,6%	96,1%	92%
Injectarse drogas alguna vez	90,2%	98,6%	75%
Consumir metanfetamina alguna vez	87%	87%	75%



Como se aprecia en la tabla, Arganda arroja datos negativos en lo concerniente a la percepción de riesgo. En todos los ítems encuestados está por debajo de los datos de C. Madrid y España, pero presenta muy bajas percepciones de riesgo especialmente en los que aluden al consumo alguna vez de las distintas drogas. Así, la percepción de riesgo de los menores de Arganda está 38 puntos por debajo en consumir alucinógenos alguna vez (en relación a puntuación de C. Madrid); cerca de 29 puntos menos que las otras dos encuestas en consumir cocaína en polvo alguna vez; 25 menos en consumir anfetaminas o speed alguna vez; 23 puntos por debajo de Madrid y España en tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana; 22 puntos menos en consumir éxtasis alguna vez; 20 menos en consumir heroína alguna vez; incluso 15 puntos menos en inyectarse drogas alguna vez.

Las distancias con las otras dos encuestas se acortan más cuando se trata de percibir los riesgos de consumir habitualmente las sustancias, donde el 80% o más de los menores de Arganda si perciben el riesgo.

Así y todo, la baja percepción de riesgo ante la experimentación con todas las drogas marca un problema a abordar relativo a la inadecuada percepción de riesgo que tienen respecto a este tema.

Percepción de disponibilidad de las sustancias

- Otro factor que se sabe directamente relacionado con mayores índices de consumo es la facilidad y cercanía para acceder a ellas y conseguirlas. Los porcentajes son la expresión de la respuesta de “considerar fácil o muy fácil conseguir cada sustancia”.



En esta variable, los datos son:

PERCEPCIÓN DISPONIBILIDAD DE CADA SUSTANCIA			
	CM 18	España 18	Arganda del Rey 20
Alcohol	95,8%	94,9%	84%
Tabaco	94,4%	93,1%	79%
Cannabis	66,7%	68,1%	48%
Hipnosedantes	48,8%	47,4%	20%
Éxtasis	21%	21%	12%
Metanfetamina	19,4%	18,5%	9%
Anfetaminas	21,5%	22,8%	14%
Cocaína	29,7%	32,8%	20%
Alucinógenos	24,5%	24,1%	15%
Heroína	18,8%	20,2%	11%

En general y para todas las sustancias la percepción de disponibilidad está por debajo de las puntuaciones de la Comunidad de Madrid y España. Incluso en el caso de las sustancias legales como alcohol y tabaco las diferencias a favor de Arganda son de 10 puntos. En el caso del cannabis aún es más alta, 16 y 18 puntos menos. Para los hipnosedantes en Arganda llega a 28 puntos por debajo la percepción de disponibilidad. Para el resto de drogas ilegales, el rango de difícil percepción de disponibilidad de Arganda se sitúa entre 7 y 10 puntos por debajo.



Prácticas de riesgo y su asociación con consumos

- Las denominadas conductas de riesgo en general en los adolescentes y jóvenes suelen estar en muchas ocasiones influidas o acrecentadas por el consumo de sustancias.
- Se exponen primero los datos de prevalencia de las conductas de riesgo y otras problemáticas en general y después la incidencia que el consumo tiene en ellas:



Problemas en los últimos 12 meses

Por encima del 50% de la población de adolescentes y jóvenes de Arganda ha tenido conflictos o discusiones con la familia, ha participado en peleas y ha tenido resaca después de salir “de fiesta”.



CIRCUNSTANCIAS PROBLEMÁTICAS SEGÚN CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO

	Alcohol		Borracheras		Tabaco		Cannabis	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Participado en peleas	19%	8%	26%	10%	30%	9%	26%	14%
Conflicto o discusión con familiares	56%	30%	59%	40%	64%	40%	66%	43%
No recuerda la noche anterior después salir	28%	4%	44%	4%	34%	15%	42%	15%
Dificultad concentración después de salir	22%	4%	28%	10%	33%	9%	35%	12%
Expulsado del centro educativo	9%	7%	10%	7%	15%	4%	15%	6%
Resaca después de salir	55%	1%	71%	15%	71%	21%	77%	27%
Arrepentido de relaciones sexuales al día siguiente	12%	2%	16%	4%	18%	4%	22%	5%
Relaciones sexuales sin preservativo	24%	0%	32%	6%	32%	8%	38%	10%
Sufrido bullying o ciberbullying	8%	11%	6%	11%	11%	7%	9%	9%

Como se observa, el consumo de alcohol, las borracheras y el consumo de cannabis incrementan con claridad las consecuencias negativas en las distintas áreas evaluadas frente a los que no han consumido. Hay indicadores directos del consumo abusivo de alcohol en datos como que el 55% tiene resaca al día siguiente o que el 44% de los que se han emborrachado no recuerda lo ocurrido la noche anterior. Hay conductas de riesgo por falta de control en las relaciones sexuales sin preservativo en el 38% de los que consumieron cannabis, el 32% de los que se emborracharon y el 24% de los que consumieron alcohol.

En efectos que inciden en otras áreas como el estudio, el 35% de los que consumieron cannabis presentan dificultades de concentración, el 28% de los que se emborracharon y el 22% de los que consumieron alcohol.

Los porcentajes de conflicto con la familia son también bastante frecuentes.



Consumo en el grupo de amigos

Respecto a la proporción de amigos que consumen cada tipo de droga, el alcohol, tabaco y el cannabis son las drogas más consumidas en el entorno del grupo entre los encuestados:

CONSUMOS EN EL GRUPO DE AMIGOS POR CADA SUSTANCIA			
	Ninguno	Algunos	Mayoría/Todos
Tabaco	21%	48%	31%
Alcohol	20%	37%	43%
Borrachera	36%	42%	22%
Hachís	55%	38%	7%
Estimulantes de estudio sin receta	90%	9%	0,3%
Éxtasis	91%	8%	0,6%
Hipnosedantes	92%	7%	0,3%
Cocaína	93%	7%	-
Inhalables volátiles	94%	5%	0,3%
Anfetaminas	95%	5%	-
Alucinógenos	95%	5%	-
Heroína	97%	3%	-

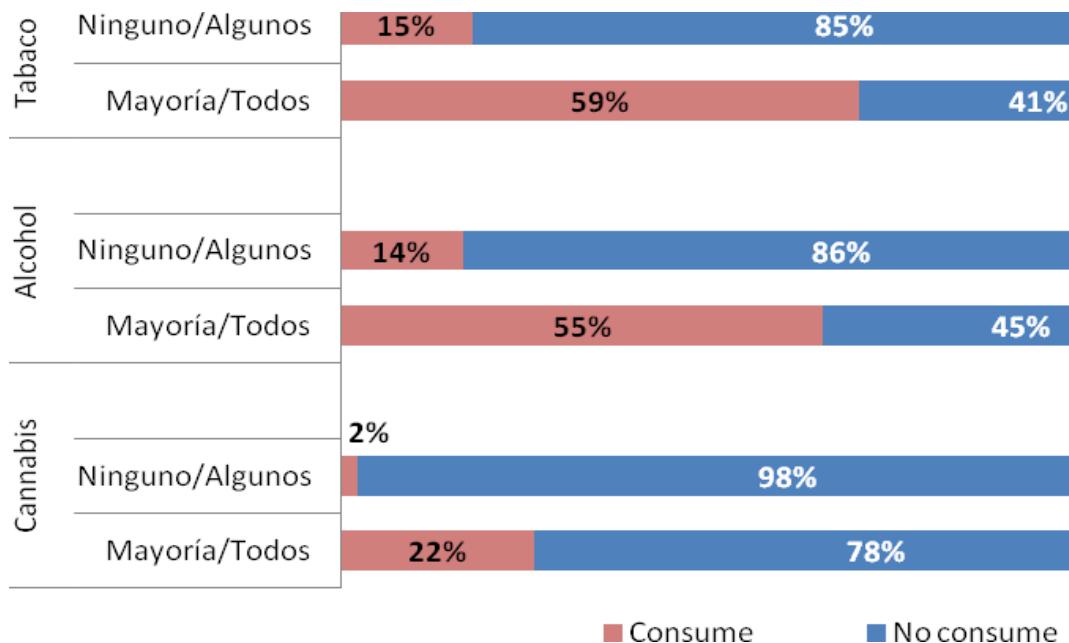
Como se puede apreciar también, en los adolescentes de Arganda las drogas ilegales son consumidas por menos del 10% del grupo de amigos.

En el siguiente gráfico se ve cómo se distribuyen los consumidores en base a lo que sus amigos hacen. De esta manera comprobamos que cuando los amigos de un adolescente no fuman, el 85% tampoco consume tabaco. Sin embargo, cuando el entorno de amigos sí fuma, esa cifra de no consumidores se reduce hasta el 41%. Con el alcohol ocurre de manera muy parecida el factor amigos consumidores eleva hasta el 55% las probabilidades de beber alcohol de un menor frente al 86% que no consume si sus amigos tampoco beben alcohol.

Con el cannabis se agudizan las diferencias y el 98% de estudiantes de 14 a 18 años de Arganda del Rey no consume cannabis si esta droga no se consume en



su entorno de amigos, frente a un 78% que consume igual que consumen sus amigos.



Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en el entorno de amigos



Normas y permisividad familiar

En términos generales, las relaciones son buenas o muy buenas mayoritariamente entre los menores que afirman no consumir sustancias estupefacientes. Esta tendencia se repite tanto en las relaciones con la madre como con el padre.

En el caso de las normas, observamos que las normas son más estrictas en casa (71% de los casos) que fuera de casa (48%). Se reproduce una constante en los alumnos que han tomado sustancias en los últimos 12 meses, y es que consideran que las normas fuera de casa no son claras o estrictas:

GESTIÓN DE NORMAS E INFORMACIÓN EN CASA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIA EN EL ÚLTIMO AÑO								
	Alcohol		Borracheras		Tabaco		Cannabis	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Normas claras en casa	69%	78%	70%	73%	72%	72%	73%	71%
Normas claras fuera de casa	43%	62%	40%	55%	41%	53%	37%	52%
Padres saben con quién estoy cuando salgo por las noches	80%	84%	78%	84%	79%	83%	79%	82%
Padres saben dónde estoy cuando salgo por las noches	76%	89%	77%	83%	70%	86%	73%	83%

Además queda reflejado en la tabla anterior que quienes afirman tener un mayor control normativo en casa hay menor proporción de no consumidores.

La permisividad afecta directamente al consumo en todas las drogas. Por ejemplo, el 47% de alumnos que contaban con el permiso de sus madres para beber alcohol lo ha tomado en el último año, frente al 73% que no lo ha consumido ante no tener permiso de la madre.

PERMISIVIDAD DE LOS PADRES SEGÚN SUSTANCIAS						
	Alcohol		Tabaco		Cannabis	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Madre se lo permite	47%	9%	18%	6%	1%	1%
Madre no se lo permite	35%	73%	66%	86%	88%	95%
Padre se lo permite	45%	9%	12%	5%	5%	1%
Padre no se lo permite	37%	67%	66%	81%	78%	91%



En estos datos de permisividad materna y paterna, llama la atención la alta permisividad que ponen en juego los progenitores para el consumo de alcohol.

En el caso del cannabis la permisividad o no de los progenitores influye menos en el consumo, así el 88% ha consumido no permitiéndolo las madres y el 78% también sin contar con permiso del padre.

Ocio nocturno, frecuencia de salidas y hora de regreso a casa

Si atendemos a las salidas de ocio, especialmente nocturno de los jóvenes de 14 a 18 años encontramos una clara correlación con el consumo de sustancias. Cuanta más alta es la frecuencia con la que los jóvenes salen y más tardía la hora de vuelta a casa, la prevalencia de consumo de las distintas sustancias aumenta de modo exponencial.

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR FRECUENCIA DE SALIDAS NOCTURNAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	Alcohol		Borracheras		Tabaco		Cannabis	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Nunca	28%	72%	6%	94%	7%	93%	2%	98%
< 4 noches/mes	73%	27%	38%	62%	35%	65%	22%	78%
1-2 noches/sem	85%	15%	63%	37%	51%	49%	37%	63%
> 2 noches/sem	86%	14%	72%	28%	59%	41%	45%	55%

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR HORA DE LLEGADA EN SUS SALIDAS DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	Alcohol		Borracheras		Tabaco		Cannabis	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Antes de las 12 de la noche	58%	42%	21%	79%	15%	85%	11%	89%
Entre las 12 y las 2 de la madrugada	72%	28%	43%	57%	39%	61%	32%	68%
Entre las 2 y las 4 de la madrugada	83%	17%	54%	46%	47%	53%	25%	75%
Después de las 4 de la madrugada	97%	3%	77%	23%	66%	34%	44%	56%



2.3.5. RESULTADOS SOBRE EL USO INADECUADO DE INTERNET Y JUEGO

Preguntados los alumnos sobre el uso que dan a internet en diversas formas: chats, e-mails, redes sociales, jugando con y sin dinero, escuchando música o viendo vídeos, etc..., preguntas basadas en la **Escala CIUS** (*Compulsive Internet Use Scale*) con la que se mide el porcentaje de adolescentes de 14 a 18 años de Arganda del Rey que utilizan internet de una forma compulsiva, los resultados en cada uno de los ítems son:

FRECUENCIA DE SITUACIONES EXPERIMENTADAS RESPECTO AL USO DE INTERNET			
	Nunca / Rara vez	A veces	Muy frecuente
Te ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estabas conectado	36%	38%	25%
Has seguido conectado a internet a pesar de querer parar	47%	29%	24%
Tus padres, o amigos te dicen que deberías pasar menos tiempo conectado	45%	28%	27%
Prefieres conectarte en vez de pasar el tiempo con otros (padres, amigos...)	75%	19%	6%
Duermes menos por estar... conectado a internet	52%	23%	25%
Te encuentras pensando en internet, aunque no estés conectado	72%	18%	10%
Estás deseando conectarte a internet	48%	34%	18%
Piensas que deberías usar menos internet	37%	32%	32%
Has intentado pasar menos tiempo conectado y no lo has conseguido	59%	25%	16%
Intentas terminar tu trabajo a toda prisa para conectarte a internet	59%	21%	20%
Descuidas tus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefieres conectarte a internet	65%	20%	15%
Te conectas a internet cuando estás "de bajón"	32%	24%	44%



Te conectas a internet para olvidar tus penas o sentimientos negativos	42%	20%	38%
Te sientes inquieto, frustrado o irritado si no puedes usar internet	74%	16%	9%
Te has sentido acosado, amenazado o crees que te han hecho bullying a través de internet	93%	7%	1%

En general las puntuaciones más altas se dan en la categoría nunca/rara vez. Solo en los ítems “te conectas a internet cuando estás de bajón” “te conectas a internet para olvidar tus penas(..)” existen porcentajes algo más elevados en la respuesta “muy frecuente”, aunque no sobrepasan el 50%.

Como puntuaciones que llevan a prestar atención, un 27% de los alumnos recibe desde sus padres o amigos la consigna de que debería de pasar menos tiempo conectados, mientras que el 32% creen ellos mismos que deberían usar menos internet.

Adicionalmente a esta información se ha utilizado la Escala CIUS para medir el uso compulsivo de internet entre los adolescentes argandeños. En esta escala la medición máxima de cada sujeto es de 56 puntos, estableciendo en 28 puntos el corte en el que se considera que el uso de Internet es compulsivo.

En esta encuesta, un 22% de los jóvenes utilizan Internet de manera exagerada, mientras que el 78% no presenta en principio problema con el uso de este medio. Se evidencia un peor uso en más chicas que chicos, con hasta un 10% de diferencia entre ambos sexos. Por la edad apreciamos que donde más se concentra este grupo es entre los 15 y los 17 años, con especial incidencia en los 16 años.

Por otra parte, los menores de Arganda presentan mayores porcentajes de uso de internet que C. Madrid. Menos a los 14 años y 17 que está por debajo y a los 17 que está casi igualado con los datos de C. Madrid, en el resto de porcentajes Arganda está por encima.

Tal y como se refleja en la tabla, las diferencias en contra de Arganda se agudizan en el uso por parte de las mujeres (3 puntos por encima Arganda), a los 15 años (4,5 superior) y sobre todo a los 16 años (13 puntos más). Por el contrario a los 18 años Arganda cae a un menor uso 6 puntos menos que Comunidad de Madrid.

COMPARATIVA USO COMPULSIVO DE INTERNET SEGÚN SEXO Y EDAD

	CM 18	Arganda del Rey 20
Total	20,2%	22%
Sexo		
Hombre	16%	17%
Mujer	24,3%	27%
Edad		
14 años	19,4%	14%
15 años	19,5%	24%
16 años	19%	32%
17 años	21,5%	21%
18 años	23,4%	17%

2.3.6. RESULTADOS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

Preguntado a los encuestados cómo se consideran de informados sobre las drogas y través de qué medios obtienen esa información, el 29% de los adolescentes de Arganda del Rey dice sentirse perfectamente informado y el 45% lo suficientemente informado. Es decir el 74% dice estar perfecta o suficientemente informado. La comparativa con las puntuaciones de la encuesta de la C. Madrid es similar en todas las categorías.

Respecto a donde reciben información sobre drogas, el 83% de los alumnos la reciben del centro escolar y en un 72% del hogar. En la Comunidad de Madrid el 87% la recibe en centro educativo y el 69,1% en el hogar.

Respecto al incorrecto uso de las tecnologías y sus problemas asociados el 70% ha sido informado en su centro educativo. Por último, respecto al juego on-line y especialmente en la actualidad las apuestas on-line, son un porcentaje mucho menor los que afirman haber tenido alguna información institucional, tan sólo el 23%.



2.4. PROPUESTA DE LAS AREAS MUNICIPALES INTEGRANTES DE LA MESA DE SEGUIMIENTO

Aunque durante el proceso de evaluación del II PMD se realizó un grupo de discusión con técnicos municipales integrantes de la Mesa de Seguimiento que dio pie a realizar propuestas de futuro para el siguiente Plan, en este proceso de elaboración del III PMA se ha vuelto a realizar una consulta estructurada a través de un cuestionario a todos estos técnicos de Áreas Municipales para actualizar las propuestas al respecto.

El contenido de lo que, con apreciada dedicación, han realizado los técnicos se ha volcado e integrado en la parte correspondiente a los objetivos y actuaciones del punto siguiente (3ª Parte: III Plan Municipal sobre Adicciones de Arganda del Rey 2021-2024).



3. PLAN MUNICIPAL SOBRE ADICCIONES DE ARGANDA DEL REY 2021-2024

3.1. MISIÓN Y OBJETIVOS DEL III PLAN MUNICIPAL DE ADICCIONES

El III Plan de Adicciones representa el marco institucional del Ayuntamiento de Arganda del Rey que, dando continuidad a los planes anteriores, establece las directrices y actuaciones para abordar las adicciones y sus problemas derivados en el periodo de los cuatro próximos años.

Tiene su encuadre en políticas de salud pública y atención social, contando por extensión con la participación e implicación de todo el conjunto de las áreas y estructuras técnicas municipales, de modo que la acción sinérgica ayude al logro de mayores y más eficientes resultados sobre el reto que plantea acometer la prevención, el control, la disminución de daños y la respuesta asistencial de los afectados por las adicciones.

Los objetivos generales del III PMA son:

- 1.** Mantener el valor de la prevención como apuesta institucional en el conjunto del municipio de Arganda del Rey, con especial atención a los menores y jóvenes del municipio, priorizando la protección de la salud y de los procesos de socialización adaptada.
- 2.** Renovar el impulso de estrategias de promoción de hábitos saludables dirigidas a la población en general y con mayor incidencia desde edades tempranas, a través de una oferta amplia y adaptada por edades de acciones de educación para la salud.
- 3.** Diseñar y poner en marcha acciones destinadas a ampliar e intensificar el abordaje de las adicciones con mayor presencia entre los menores y jóvenes del municipio. Planificar nuevas actividades o ampliar las que ya se realizan de intervención directa con menores y adolescentes del municipio para trabajar



factores de riesgo y protección desde los distintos niveles de prevención (universal, selectiva e indicada).

4. Seguir garantizando una atención integral de calidad a todos los usuarios y pacientes del CAID de Arganda del Rey, reforzando la innovación y actualización en la práctica clínica y en los sistemas de tratamiento de datos que permitan mejorar la evaluación de la actividad asistencial.
5. Mantener la importante tarea de vigilancia y control de la disponibilidad y acceso a sustancias adictivas, adaptando más medidas si cabe a la prevención de venta de sustancias de las que informa la encuesta escolar estar presentes y asequibles en el municipio, así como actualizando la información de la que disponen los cuerpos de seguridad que operan en la localidad.
6. Seguir coordinando el conjunto de iniciativas que se desarrollen en materia de prevención en el ámbito municipal, garantizando las sinergias, la coherencia y las prácticas eficaces entre las áreas municipales y con otros servicios implantados en el municipio.
7. Dar continuidad a la evaluación permanente de las actuaciones desarrolladas desde el III Plan Municipal de Adicciones como herramienta de garantía de eficacia y mejora continua.

3.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

El III Plan Municipal sobre Adicciones de Arganda del Rey 2021-2024 mantendrá las cuatro líneas de actuación contempladas en anteriores Planes dado que éstas son válidas para abarcar y dar cobertura a las metas definidas con el despliegue de acciones específicas en cada una de ellas:

- 1) Línea de Prevención
- 2) Línea de Atención Integral a afectados por las adicciones
- 3) Línea de Coordinación Institucional
- 4) Línea de Evaluación y Calidad de las actuaciones





A continuación se presentan el conjunto de las actuaciones que llevará a cabo el III Plan Municipal sobre Drogas de Arganda como propuesta operativa para alcanzar los objetivos propuestos.



Líneas de actuación

PREVENCIÓN

La prevención se define como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales de las conductas adictivas (abuso de drogas legales e ilegales, uso inadecuado de Internet...), incluyendo tanto las dirigidas a evitar su inicio, como las de su progresión a un uso más frecuente o regular entre grupos de población.

Las premisas básicas que orientan el trabajo preventivo sobre adicciones (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2003) son:

- Estar estructurado globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgo individual y los relativos al ambiente más próximo (familia y escuela), así como para aumentar los factores de resiliencia o protección.
- Implicar a la comunidad más amplia donde se encuentra la población destinataria, para asegurar un efecto más coherente y eficaz.
- Implicar a los sistemas de atención general a la salud, servicios sociales y juventud contribuyendo a un enfoque integral.
- Adaptarse al perfil y necesidades de la población a la que se dirige.
- Desde este marco se propone incluir en el III PMA de Arganda del Rey las siguientes actuaciones:





OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL</p> <p>Realizar una acción de comunicación sostenida sobre el problema de las adicciones que incida en reducir los factores de riesgo y promover los de protección en el entorno social en su conjunto</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Difundir a través de los medios de comunicación disponibles en el municipio el nuevo III Plan Municipal sobre Adicciones 1.2. Presentar los resultados de la Encuesta Escolar 2020 a responsables, profesorado y AMPAs de los centros educativos. 1.3. Llevar a cabo al menos 1 vez al año acciones de concienciación social de los riesgos asociados al consumo de sustancias en menores, así como el uso inadecuado de internet, bien a través de medios propios municipales o en colaboración con otras entidades dedicadas al tema. 1.4. Dar difusión a las actividades del Prevención dirigidas a centros educativos a través de la Guía de Recursos y Programas Educativos 1.5. Utilizar el sistema de asistencia virtual de la página web del Ayuntamiento para informar y sensibilizar en aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas así como para la difusión de actividades en relación al ocio y tiempo libre

OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>PREVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO</p> <p>Mantener, ampliar y especializar las acciones directas con alumnos en la prevención en medio educativo</p>	<p>1.6. Mantener los talleres preventivos sobre tabaco, alcohol y cannabis dirigidos a alumnos de 6º de Primaria a 4º de la ESO, ACE, FPB y 1º de Bachillerato</p> <p>1.7. Incorporar a los contenidos de los talleres específicos de tabaco, alcohol y cannabis aquellos focos prioritarios a abordar derivados de los resultados de la Encuesta Escolar: (baja percepción de riesgo relativa a probar sustancias alguna vez, alta extensión de las prácticas de botellón, borracheras y binge drinking, influencia en el consumo del grupo de amigos etc...)</p> <p>1.8. Ampliar los talleres sobre tabaco a otros cursos y edades adaptando sus contenidos, además de la prevención anticipada que se realiza con alumnos de 6º de Primaria, para dirigirlos a otros más centrados en razones y motivaciones para el inicio y mantenimiento del hábito de fumar en edades donde el consumo de tabaco ya está presente.</p> <p>1.9. Reforzar los talleres y programas de prevención dirigidos a población escolarizada, además de con información sobre efectos de las sustancias, con la línea preventiva de desarrollo de competencias, incorporando contenidos formativos de habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción, así como de sus consecuencias asociadas.</p> <p>1.10. Incorporar la perspectiva de género en las acciones preventivas programadas con alumnos, bajo una línea de investigación-acción que permita conocer y abordar las razones por las que las mujeres consumen en mayor número alcohol, tabaco e hipnosedantes.</p> <p>En la misma línea de resultados diferenciales según sexo, abordar los factores de riesgo que contribuyen a que los hombres consuman en mayor porcentaje cannabis.</p> <p>1.11. Dar mayor desarrollo al tema de las apuestas on line en los contenidos que traten la prevención del uso inadecuado de internet</p>





OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR</p> <p>Diseñar acciones para ofrecer y mejorar el apoyo a las familias en los distintos niveles de intervención: prevención, asistencia e inserción social</p>	<p>1.12. Llevar a cabo acciones de concienciación para atenuar la alta permisividad de las madres/padres en el uso de alcohol, transmitiendo la importancia de las normas y actitudes familiares claras para prevenir el abuso de esta sustancia. Se abordará este contenido, además de los temas básicos de prevención familiar en adicciones, con y sin sustancia, a través de acciones específicas o con la introducción en talleres y actividades generales para familias</p> <p>1.13. Incorporar a las acciones formativas dirigidas a familias pautas preventivas del consumo de drogas y adicciones a tecnologías e internet.</p> <p>1.14. Mantener una línea para consulta, detección, canalización y respuesta a problemáticas relacionadas con las conductas adictivas con y sin sustancia, existentes en las familias en todos los servicios municipales (Servicios Sociales a través del Programa de Familias y Adolescentes en Riesgo Social, Unidad de Apoyo a Mujer Protección (VIOGEN) y Menor y Mediación del Área de Seguridad y Emergencias etc. . .)</p>

OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO</p> <p>Amplificar y hacer más extensiva las actuaciones preventivas dirigidas a menores y jóvenes insertando contenidos en actividades ya programadas de otras áreas municipales</p>	<p>1.15. Insertar contenidos preventivos sobre conductas de riesgo asociadas al uso de alcohol y ocio nocturno en espacios y actividades dirigidas a adolescentes y jóvenes del municipio (sesiones formativas de Enclave Joven destinadas a educación sexual, RECREATE , Escuela de cine y teatro...)</p>
<p>Mantener e incrementar en lo posible las actividades de práctica de hábitos saludables de tipo participativo y dar mayor proyección a realizarlas en espacios públicos</p>	<p>1.16. Mantener y activar nuevas acciones en la línea de las de Desayunos saludables, Sumando Salud etc. . . de participación activa en la práctica de estilos de vida saludable, intentando crear espacios y acciones específicas en esta línea con adolescentes y jóvenes. Para población de mayor edad incorporar acciones a las que ya realizan el equipo de educación de calle.</p>
<p>Detección precoz de menores consumidores</p>	<p>1.17. Mejorar la comunicación y coordinación entre los programas que atienden a menores en riesgo y el área de adicciones de Salud para reforzar la atención a los consumos y otras adicciones sin sustancia que puedan estar produciéndose en esta población.</p>





OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Impulsar medidas alternativas que promuevan una utilización del ocio y del tiempo libre saludable entre adolescentes y jóvenes</p>	<p>1.18. Realizar en los dos primeros años de vigencia del Plan una recogida de información directamente con los jóvenes sobre preferencias en las opciones de ocio y tiempo libre saludable</p> <p>1.19. Planificar intervenciones en medio educativo y comunitario que permitan dar a conocer a los adolescentes y jóvenes todas las alternativas de ocio que se ofrecen desde el Ayuntamiento en el municipio</p>
<p>PREVENCIÓN EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN Y CONTROL</p> <p>Mantener las medidas de vigilancia y control del consumo de alcohol y otras drogas, así como en el acceso de menores a las sustancias adictivas, que habiendo demostrado ser eficaces, requieren su sostenibilidad y vigilancia específica de algunos aspectos puntuales</p>	<p>1.20. Mantener las campañas y controles preventivos de alcohol y otras drogas en materia de tráfico, control de zonas de ocio y concentraciones en materia de consumo de alcohol en vía pública, con especial incremento en los fines de semana y festivos</p> <p>1.21. Aumentar el control y buscar la reducción de los datos que informan del elevado acceso al alcohol por menores de edad en lugares donde no deberían poder obtenerlo, intensificando las campañas de vigilancia de cumplimiento de la normativa restrictiva vigente.</p> <p>1.22. Abrir líneas que exploren las razones de un ligero mayor consumo de ciertas sustancias ilegales (éxtasis, metanfetamina e inhalables volátiles) entre los menores de Arganda del Rey en comparación con los de Comunidad de Madrid y España para conocer si se debe a una mayor disponibilidad o presencia de venta en el municipio</p> <p>1.23. Definir estrategias y vías para llevar a cabo acciones enfocadas tanto a la irresponsabilidad como a la ilegalidad y las sanciones derivadas que comporta que los mayores de edad compren alcohol a menores.</p>

ATENCIÓN INTEGRAL A AFECTADOS POR LAS ADICCIONES

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid, actualmente desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones dependiente del Servicio Madrileño de salud (SERMAS), el CAID se articula a través del convenio vigente con el Ayuntamiento de Arganda del Rey y dicho organismo regional.

El CAID de Arganda es un centro especializado en el tratamiento de las adicciones, con una cartera de servicios profesionalizados acorde con las directrices de consenso sobre la terapéutica recomendada y basada en evidencia.

Las acciones que se plantean en el III Plan de Adicciones en materia de atención especializada a los afectados por el consumo de drogas son:



OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Dar respuesta asistencial desde el CAID a los afectados por el trastorno por consumo de sustancias</p>	<p>2.1. Garantizar el acceso a la cartera de servicios desde principios de universalidad y equidad</p> <p>2.2. Ofertar las prestaciones articuladas en los siguientes Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Información y Orientación • Servicio de Valoración, Diagnóstico y Plan Terapéutico • Servicio de Seguimiento y Control Terapéutico • Servicio de Atención Familiar <p>2.3. Contar con una historia clínica unificada para cada paciente de acuerdo a los requisitos establecidos por la legislación vigente y los contenidos del modelo clínico asistencial</p>
<p>Promover la actualización y la calidad de los servicios asistenciales</p>	<p>2.4. Desarrollar medidas para ir implantando progresivamente la aplicación de tratamientos basados en protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Diagnóstico de Adicción y Agrupación por Perfiles • Protocolo de Tratamiento • Protocolo para la Evaluación de la Eficacia <p>2.5. Avanzar en la definición y diseño de instrumentos que permitan en tratamiento de los datos y resultados de la actividad asistencial que desarrolla el CAID de Arganda del Rey</p>



OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Promover la adaptación de la oferta asistencial a las nuevas realidades del problema de las adicciones</p>	<p>2.6. Incluir la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial</p> <p>2.7. Definir el marco asistencial, los tratamientos y perfiles para dar respuesta a casos graves de abuso a tecnologías e internet</p> <p>2.8. Definir cauces para ofrecer a jóvenes consumidores de tabaco una alternativa para el abandono del hábito</p>
<p>Coordinar actuaciones con otros servicios</p>	<p>2.9. Diseñar acciones conjuntas con otras instancias y servicios sanitarios presentes en el municipio (Atención Primaria, Hospital de zona y Salud Mental)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercambiar información y definir circuito asistencial para la detección precoz, canalización y seguimiento de casos derivados al CAID y entre los servicios • Homogeneización de criterios de actuación en temas relevantes como abuso de psicofármacos e hipnosedantes, dependencia a benzodiacepinas, tratamiento del dolor con derivados opiáceos etc. . . <p>2.10. Facilitar el acceso de las personas en tratamiento a los cursos de formación y orientación laboral que ofrece el Área municipal de Empleo</p>

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

La gran mayoría de organismos nacionales e internacionales responsables de las adicciones reconocen la coordinación interinstitucional e interterritorial como un elemento esencial, no sólo para la formulación de una política coherente que permita orientar racionalmente el conjunto de actuaciones de control, prevención, asistencia y reinserción social, sino también para establecer los mecanismos de evaluación que determinen el impacto y la eficacia de esos programas.

La meta de optimizar la colaboración, la coordinación y la cooperación ante un reto de la envergadura de la prevención y minimización del impacto de las adicciones constituye una premisa indispensable en cualquier plan de acción.

La Ley 5/2002 de 27 de junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid, en vigencia, declara en su artículo 5 de principios generales “la consideración integral e interdisciplinar del proceso continuado de la prevención de drogodependencias, asistencia e integración social del drogodependiente, mediante la coordinación de diferentes actuaciones sectoriales y de las administraciones y entidades e instituciones, contando con la participación activa de la comunidad en la ejecución y control de las intervenciones destinadas a abordar los problemas relacionados con el consumo de drogas”.



OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Dar continuidad a la Mesa de Seguimiento y coordinación del Plan de Adicciones</p>	<p>3.1. Convocar en el primer semestre de 2021 una primera reunión constitutiva de la Mesa del nuevo PMA para dar a conocer en profundidad los contenidos del Plan y las primeras acciones a llevar a la práctica</p> <p>3.2. Planificar por consenso con los miembros de la Mesa de Seguimiento posibles nuevas orientaciones para reanudar los trabajos de la estructura de coordinación del Plan de Adicciones. Se sugiere hacer más operativo su funcionamiento pautando apartados de contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Compartir planes y programas de todas las áreas• Potenciar acciones sinérgicas entre las áreas• Informar de acciones y avances del PMA• Intercambiar información y novedades sobre el estado de las adicciones en el municipio• Debatir en profundidad aspectos específicos del tema



OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Informar periódicamente a los responsables del Gobierno Municipal de los avances y actuaciones que realiza el III PMA</p>	<p>3.3. Organizar al menos una vez al año reuniones y/o emisión de informes que alcancen a informar a todos los representantes municipales</p>
<p>Impulsar la coordinación con otras instancias de fuera del municipio</p>	<p>3.4. Fomentar la coordinación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El organismo de la Comunidad de Madrid responsable del tratamiento de adicciones a través del seguimiento del convenio. • Con otros municipios que cuenten con Planes de Adicciones propios y/o Centros de Atención Integral a las Adicciones

EVALUACIÓN Y CALIDAD

Para asegurar la calidad y adecuación de las actuaciones a las metas que enuncia el III PMA, la evaluación se propone como una línea estratégica más que hace necesario planificar sistemas e instrumentos capaces de articularla.

La evaluación se plantea como una acción continuada y dinámica que suma dos fórmulas:

- La obtención de información continua relativa a las acciones que se vayan ejecutando, permitiendo así una evaluación periódica que conduzca a la evaluación final del III PMA.
- La valoración de adecuación de los resultados de esas evaluaciones parciales, de manera que sirvan como instrumentos para introducir acciones de mejora y/o correctoras para acercarse a los fines propuestos.

En última instancia, la evaluación adopta una visión prospectiva para adecuar las acciones que se ejecuten al proyecto de planificación que representa este III Plan Municipal de Adicciones.





OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Impulsar un sistema estable de evaluación y calidad que permita la valoración de la eficacia y eficiencia del Plan.</p>	<p>4.1. Se generarán y aplicarán los siguientes instrumentos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un modelo de ficha de recogida de información sobre cada acción del III PMA que describa la actividad, el objetivo del Plan al que da respuesta, descripción y número de destinatarios, incidencias en la aplicación y resultados • Un informe anual de ejecución de actuaciones del III PMA con correlación con las líneas estratégicas a las que pertenecen. • Una evaluación final del III PMA
<p>Diseñar sistemas que permitan mantener canales activos de recogida de información relativa a la evolución de los problemas de adicciones y la identificación de fenómenos emergentes relacionados.</p>	<p>4.2. A modo de Observatorio de las Adicciones, se realizará una recopilación trimestral de este tipo de información con el resto de miembros de la Mesa de Seguimiento, las fuerzas de seguridad, el ámbito educativo, ámbito sanitario, CAID y cuantos ámbitos puedan ser informantes-clave o invitando puntualmente a otras figuras de interés con conocimiento de la realidad municipal en materia de adicciones</p>

OBJETIVOS	ACTUACIONES
<p>Ir implantando en todos los ámbitos de actuación del III PMA medidas de satisfacción de los receptores de sus acciones.</p>	<p>4.3. Elaborar cuestionarios de satisfacción adaptados a cada población y tipo de acción del Plan</p>

