

AYUNTAMIENTO DE
DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

V. PLAN LOCAL DE ADICCIONES

2023-2027



ÍNDICE

01	INTRODUCCIÓN	1
02	MARCO NORMATIVO	3
03	MARCO TEÓRICO	6
04	ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO	9
05	SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	12
06	PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD SOBRE LAS ADICCIONES Y LA PREVENCIÓN	56
07	ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS Y PROYECTOS	61
08	EVALUACIÓN	91
09	BIBLIOGRAFÍA	93
10	ANEXOS	95

1. INTRODUCCIÓN



El fenómeno de las adicciones es un problema complejo que han sufrido varias comunidades desde hace tiempo, que va cambiando con las transformaciones de la sociedad y que puede adoptar formas y expresiones diversas. En la actualidad, la conceptualización de las adicciones no se basa únicamente en el consumo de sustancias, sino que también se centra en las actitudes inadecuadas que pueden generar los juegos y/o tecnologías. Así, la prevención de las adicciones debe basarse en modelos flexibles y dinámicos, adaptados a la heterogeneidad de la realidad en cada momento y lugar.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, en 2016 se aprobó la Ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, un hito importante en la prevención de las adicciones que recoge las bases para su adaptación a la realidad actual y una respuesta eficaz a este problema. En este sentido, en el año **2017 se presentó el VII Plan de Adicciones de Euskadi**. Este Plan se convirtió en un modelo de referencia en el trabajo de la prevención.

El último Plan Local que ha estado en vigor en Donostia-San Sebastián ha sido el 2017-2021, ambos inclusive, y a lo largo de los años de vigencia del Plan ha habido una serie de incidencias, entre las que destacan las modificaciones del Plan Vasco de Adicciones (cambio de contexto y de veracidad) cambios en los recursos personales y la emergencia sanitaria, lo que ha dificultado el desarrollo del Plan. De esta forma, finalizado el periodo de vigencia del último Plan, se hace imprescindible una nueva valoración de la situación del municipio, atendiendo por un lado al consumo, hábitos, adicciones y uso, y por otro, a los beneficios y debilidades del mismo.

Por lo tanto, también **en Donostia-San Sebastián, una vez más creamos un Plan Local de Prevención de Adicciones** adaptado a las necesidades y especificidades del municipio.

La existencia de un plan municipal facilita la implementación de acciones y medidas de prevención de las adicciones, así como la colaboración y coordinación entre diferentes profesionales en la gestión y organización de recursos múltiples (Custorio, García, Orriols, Sánchez y Serra, 2013).

El objetivo principal de este plan es garantizar la salud integral de la población evitando consumos excesivos y comportamientos problemáticos. Cuando hablamos de salud integral no hablamos sólo de adicciones o de ausencia de enfermedad; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la salud integral se refiere al estado dinámico de bienestar físico, emocional y social de un individuo**, es decir, que el individuo no sólo es un cuerpo sano, sino que también es importante que esté bien psicoafectivamente y que se relacione y desarrolle adecuadamente con su entorno. Por tanto, la salud integral consiste en **potenciar las habilidades individuales de cada persona, empoderando a la ciudadanía en sus proyectos vitales.**

Si se pretende una prevención efectiva de las drogodependencias y otras conductas adictivas, no se pueden **considerar** exclusivamente medidas de atención individual, sino también **todos aquellos aspectos que inciden en el desarrollo de las personas**, por lo que durante el periodo de vigencia del Plan (2023-2027) la labor preventiva se desarrollará en los centros educativos, sanitarios y laborales, familias, barrios, tiempo libre, desarrollo emocional y social propio, en definitiva, en todos los sectores de la comunidad.



El Plan Local que ahora presentamos incluye todas las acciones, directrices y políticas municipales previstas para los próximos cuatro años. En el proceso de elaboración de estas estrategias han sido fundamentales las aportaciones de la ciudadanía y de agentes sociales significativos, que han permitido conocer en profundidad la realidad actual de las adicciones en el municipio y definir acciones prioritarias, y que han servido para participar activamente en la lucha contra las adicciones como parte de la comunidad, convirtiéndose en protagonistas de los cambios que se persiguen en el municipio.

En definitiva, **queremos que este Plan, creado entre todos y todas, sea un documento de referencia que impulse el compromiso entre el ayuntamiento y la ciudadanía de Donostia-San Sebastián en el ámbito de las adicciones**, priorizando las intervenciones que garanticen la salud y el bienestar de la ciudadanía, tanto proporcionando recursos y apoyo a los individuos y colectivos para construir proyectos de vida optimistas, como promoviendo acciones que reduzcan y eviten los hábitos y conductas de riesgo.

2. MARCO NORMATIVO



Para la elaboración del Plan Local de Prevención de Adicciones de Donostia-San Sebastián es imprescindible tener en cuenta las estrategias y normativas vigentes para hacer frente a este problema. De hecho, las directrices que recoge la legislación dan base legal y coherencia necesaria a las acciones propuestas.



Comunidad internacional

En materia de drogas, la **Organización de las Naciones Unidas (ONU)** es el principal referente a nivel mundial, en concreto el Departamento contra la Droga y el Delito. Esta organización, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Comité de Estupefacientes, **ofrece normativas, medidas políticas y asistencia técnica a nivel internacional.**

A nivel Europeo

En la Unión Europea (UE) está en vigor el Plan de Acción contra las Drogas 2021-2025. **Esta estrategia**, centrada en los derechos humanos, **ha incorporado la igualdad de género y la perspectiva de equidad en salud**, siendo el objetivo más importante el bienestar y la protección social e individual. Para ello, han establecido tres líneas estratégicas prioritarias: reducir la oferta de drogas (mejoras de seguridad), reducir la demanda de drogas (garantizar los servicios de prevención, tratamiento y atención) y atender los daños causados por las drogas.



A nivel Estatal



El Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024) actualmente en vigor a nivel estatal se desarrolla a través de la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024). Su **misión principal es ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado y equilibrado basado en la evidencia** para que las administraciones e instituciones públicas pongan en marcha planes y programas relacionados con las adicciones. Sus objetivos principales son tres:

- Reducir los daños causados por el consumo de drogas y las adicciones comportamentales.
- Reducir el consumo de drogas y la presencia de adicciones comportamentales.
- Retrasar al máximo la edad de desarrollo de la dependencia.



Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)

Con fecha 15 de diciembre, el Lehendakari, de conformidad con lo establecido en el Decreto 20/2012, tiene atribuidas al Departamento de Salud del Gobierno Vasco las áreas de Salud Pública y Adicciones.

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias regula las adicciones en la CAPV. Esta ley propone la educación para la salud como estrategia básica, promoviendo la intervención integral multidisciplinar para abordar el fenómeno de las adicciones y **dando prioridad a los ámbitos de acción preventiva orientados a un hábito y una cultura saludables.**

Uno de estos ámbitos de prevención relevantes es el **ámbito comunitario**, ya que, a diferencia de otros ámbitos, las actividades preventivas que desarrollan los ayuntamientos y mancomunidades **permiten la cercanía a las personas y a la comunidad**, realizando intervenciones más eficaces y adaptadas a la realidad local. Por ello, mediante la presente Orden del Departamento de Salud del Gobierno Vasco **se pretende garantizar la creación y mantenimiento de equipos técnicos de prevención comunitaria de las adicciones, atribuyendo a los ayuntamientos y mancomunidades las siguientes competencias:**

Artículo 68.- Competencias municipales

- 1.- Corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en su ámbito territorial:
- Elaborar, desarrollar y ejecutar el plan municipal de adicciones y, en general, los programas y actuaciones en la materia, de acuerdo con lo dispuesto en la presente ley, en el Plan de Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.
 - La creación y regulación del funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en cada ámbito territorial.
 - Gestionar, en su ámbito territorial, los premios y reconocimientos en materia de adicciones.
 - Supervisión y vigilancia de las medidas de control previstas en esta ley.

Asimismo, deben tenerse en cuenta **otros artículos que regulan una adecuada labor preventiva:**

Artículo 13.- Prevención de las adicciones

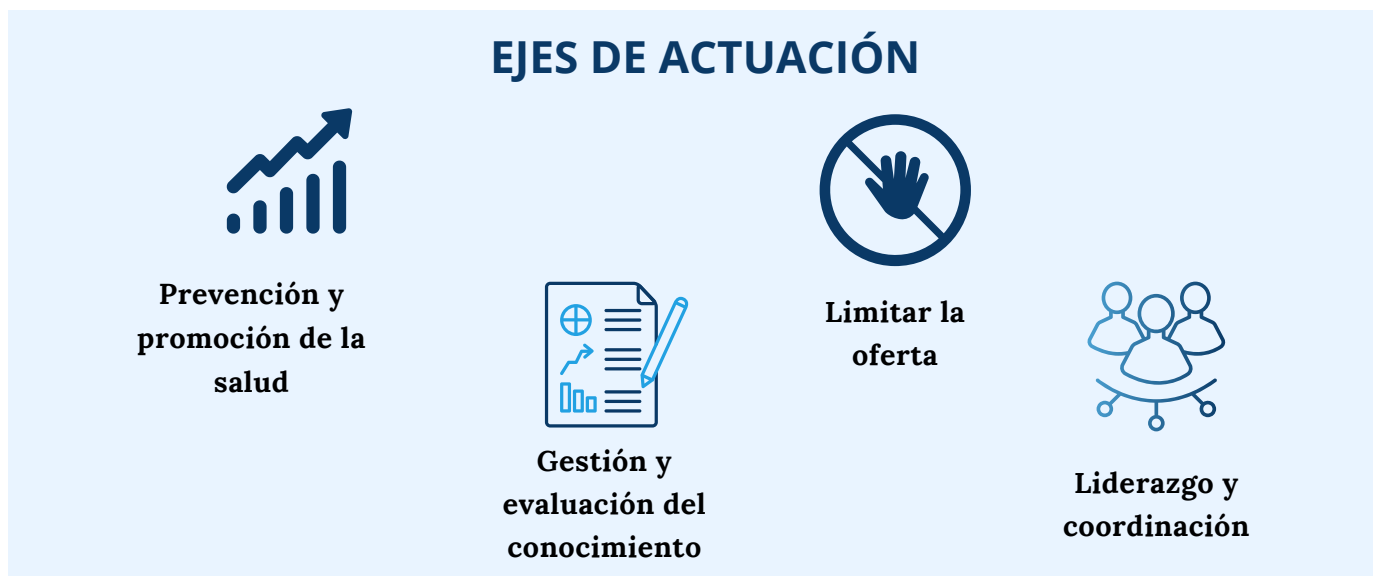
Las medidas de prevención se aplicarán a las adicciones, a los factores de riesgo precursores de estas, a los consumos problemáticos y a las conductas excesivas susceptibles de generar adicciones comportamentales. Las administraciones públicas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, y muy especialmente en el sistema de salud, en el de los servicios sociales y en el educativo.

Artículo 15.- Prevención en el ámbito familiar

Se pondrán en marcha intervenciones y programas destinados a sensibilizar a las personas progenitoras o tutoras sobre la trascendencia de su papel en la promoción de factores de protección durante la infancia y la adolescencia.

<p>Artículo 16.- Prevención en el ámbito comunitario</p>	<p>La prevención en el ámbito comunitario, que tienen de carácter prioritario, alcanza aquellos recursos y personas que mayor influencia tienen sobre la población o los grupos de mayor interés como centros educativos, servicios socioculturales, asociaciones juveniles, culturales, deportivas y de voluntariado, colectivos de profesionales y centros de trabajo.</p>
<p>Artículo 17.- Prevención en el ámbito educativo</p>	<p>Información y sensibilización al alumnado y profesorado de todas las edades sobre los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas de ámbitos diversos. Recursos que fomenten en el alumnado el autoconocimiento, la autoestima, etc.</p>
<p>Artículo 22.- Prevención en el ámbito del deporte, ocio y tiempo libre</p>	<p>Las administraciones públicas competentes en materia de salud, juventud, deporte, cultura y educación, con el fin de evitar el consumo de sustancias, las conductas adictivas y las consecuencias peligrosas que puedan derivar en adicciones comportamentales, promoverán, a través de bolsas integrales, espacios de ocio saludables. Para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se establecerán alternativas saludables y diversificadas para el ocio y la diversión en el tiempo libre. b) Promover el uso responsable de las tecnologías digitales y de las nuevas aplicaciones. c) Promover la implicación y colaboración de las personas jóvenes, promoviendo su participación en programas de ocio, deporte o cultura, especialmente en el caso de personas o colectivos vulnerables.
<p>Artículo 69.- Compromisos presupuestarios</p>	<p>Los Presupuestos Generales del Ayuntamiento deberán prever, en el ámbito de sus competencias, los créditos necesarios para la realización de las actividades establecidas en la presente Ley, de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, los programas aprobados y los convenios suscritos al efecto.</p>

Por último, esta propuesta ha tenido en cuenta las directrices prioritarias y medidas más significativas a desarrollar incluidas en el **Plan de Adicciones de Euskadi 2017-2021**:



3. MARCO TEÓRICO



El Plan Local de Prevención de Adicciones se enmarca en un puzzle de enfoques y modelos teóricos complementarios. De hecho, formamos parte de una sociedad de gran diversidad que está cambiando constantemente y inevitablemente, a lo largo de la historia se han desarrollado diferentes marcos teóricos para entender las adicciones en su conjunto.

Al elegir la estrategia para llevar a cabo el Plan, debemos asegurarnos de que está bien razonada tanto teórica como científicamente. Para ello, no podemos abordar la labor preventiva desde una perspectiva única, sino que debemos apoyarnos en modelos interactivos, flexibles y abiertos que respondan eficazmente a las cualidades y cambios puntuales de las situaciones que surgen. Además, a lo largo de los años, diferentes intervenciones preventivas han demostrado que la clave para afrontar las adicciones es la participación de los miembros que componen la comunidad, creando contextos de reflexión y empoderándolos en sus procesos vitales y decisiones y fomentando la corresponsabilidad.

La elaboración de este Plan se ha basado en aportaciones concretas de diferentes modelos teóricos que ofrecen una mirada unificada para una mejor comprensión del fenómeno de las adicciones y la concreción de la intervención.

Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979)

Según esta teoría, el desarrollo de las personas es el resultado del proceso de adaptación constante que vive el individuo en sus relaciones con su entorno, como la escuela, la familia, el grupo de amigos, los medios de comunicación y la comunidad en general.

Todas las relaciones que se establecen afectan directamente a la trayectoria vital de la persona, pero como las relaciones son de doble sentido el individuo también influye en el entorno. Por ello, para comprender el fenómeno de las adicciones y prevenir las conductas de riesgo, es necesario analizar las características de la persona y tener en cuenta las interacciones que ésta establece con el entorno.

En este sentido, para reforzar los factores de protección y reducción de los factores de riesgo frente a las adicciones será fundamental la intervención en todo el entorno y el fortalecimiento de las relaciones coherentes entre ellas.

Modelo social (Stanton Peele, 1985)

Este modelo se basa en el significado que las personas dan a las adicciones en el día a día, es decir, la adicción se produce por la forma en que el individuo interpreta sus propias vivencias. Las capacidades para afrontar retos o conflictos, la propia percepción, las vivencias del pasado, la personalidad y el contexto social condicionarán el consumo de drogas y la forma de afrontarlo.

Muchas personas recurren al consumo de drogas y/o conductas adictivas para desconectar de cualquier tipo de emoción desagradable ante situaciones de estrés, ansiedad, sufrimiento e inestabilidad.

En palabras de este autor, nuestra cultura tiene un bajo grado de tolerancia a la frustración y busca un nivel inmediato de bienestar y satisfacción, lo que hace que la existencia de conductas con capacidad de generar consumo o adicción de sustancias (apuestas deportivas, juegos de azar, redes sociales, etc.) esté muy aceptada en nuestra sociedad. Por ello, hay que enseñar a la gente a distinguir entre uso o consumo responsable o excesivo, transformando las percepciones de riesgo entre la población y creando conciencia sobre este problema.

Modelo bio-psico-social (George L. Engel, 1977)

Según esta teoría, los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen de forma significativa en la actividad humana, la enfermedad, las situaciones de discapacidad y los procesos adictivos.

La aportación más significativa de este modelo en el ámbito de la prevención ha sido la creación del concepto de "factor de riesgo". Desde este punto de vista, se entiende por factor de riesgo el conjunto de características de entornos y personas en las que una persona aumenta sus posibilidades de inicio y mantenimiento de una dependencia. Esto ha permitido detectar y delimitar con eficacia los elementos, situaciones y hechos que guardan una relación significativa con el desarrollo de la adicción.

Modelo Comunitario (Cowen, 1980; Felner et al. 1983)

El acceso a la prevención de las adicciones desde un modelo comunitario permite tener en cuenta el impacto de los contextos microsociales (familia, grupos de amigos, barrios, etc.) tanto en la génesis de las adicciones como en su desarrollo. Por ello, se afirma la necesidad de una participación organizada de la comunidad en el proceso de búsqueda de soluciones y estrategias, al tiempo que se ofrece la posibilidad de trabajar en diferentes espacios de inclusión social.

Además, este modelo defiende que el recurso máspreciado de la comunidad son las personas, en especial se ensalza la capacidad de iniciativa de los vecinos de un territorio. Y es que, valiéndose de las capacidades de las personas, se responde eficazmente a las necesidades y demandas de la sociedad.

Las acciones e intervenciones preventivas que se proponen en este Plan se basan en diferentes **niveles de prevención** en función del grado de peligrosidad y vulnerabilidad de los colectivos objeto de la acción:

NIVELES DE PREVENCIÓN



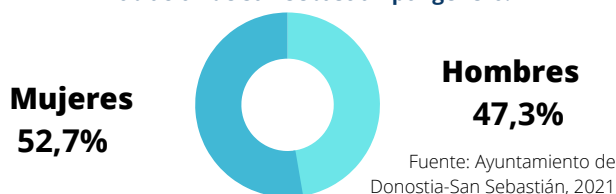
4. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO



POBLACIÓN

La ciudad de San Sebastián contaba en 2021 con **187.850 habitantes**, de los que **88.790 eran hombres (47,27%)** y **99.066 mujeres (52,73%)**. Teniendo en cuenta las franjas de edad, la distribución de la población quedaría así: (Ver Anexo 1).

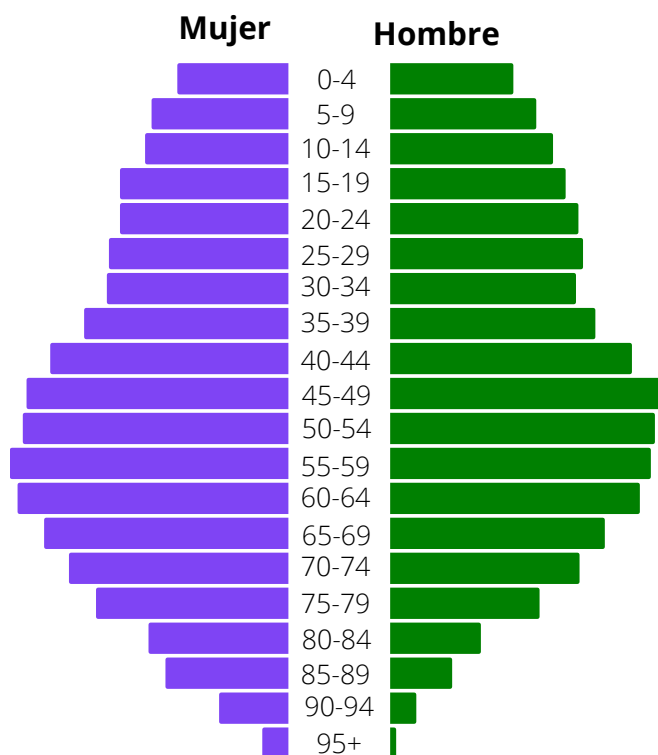
Población de San Sebastián por género.



Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), entre 1996 y 2020 el **crecimiento vegetativo de San Sebastián ha sido negativo**. A pesar de la pérdida de población autóctona, el proceso migratorio ha permitido mantener la población.

El 8,7% de la población (16.273 personas) ha nacido en el extranjero. Por lugar de nacimiento destaca Honduras (13,39%), seguido de Nicaragua (11,30%), Colombia (6,74%) y Moroko (6,98%).

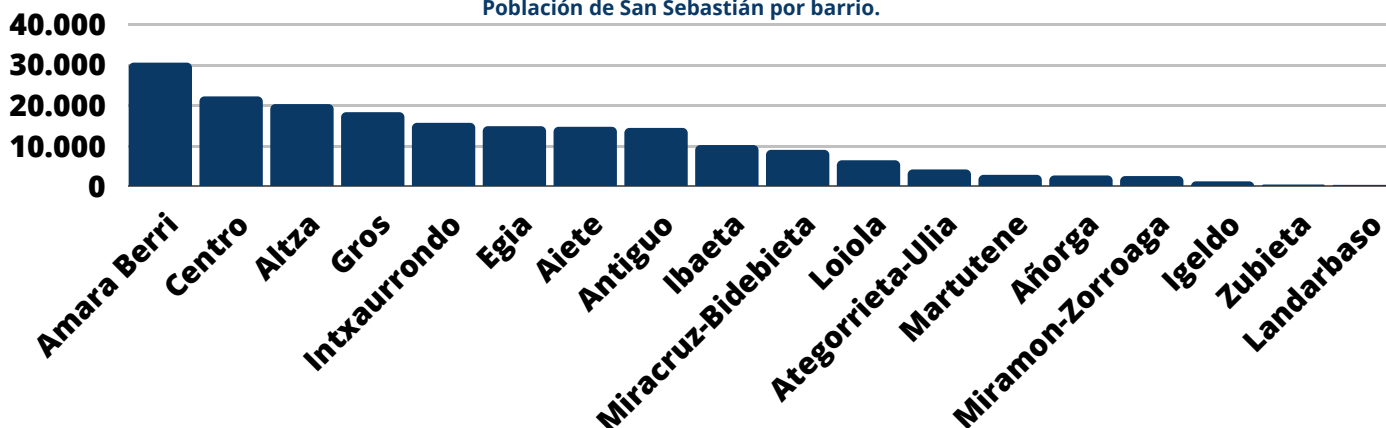
Población de San Sebastián por género y edad.



Fuente: Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián, 2021

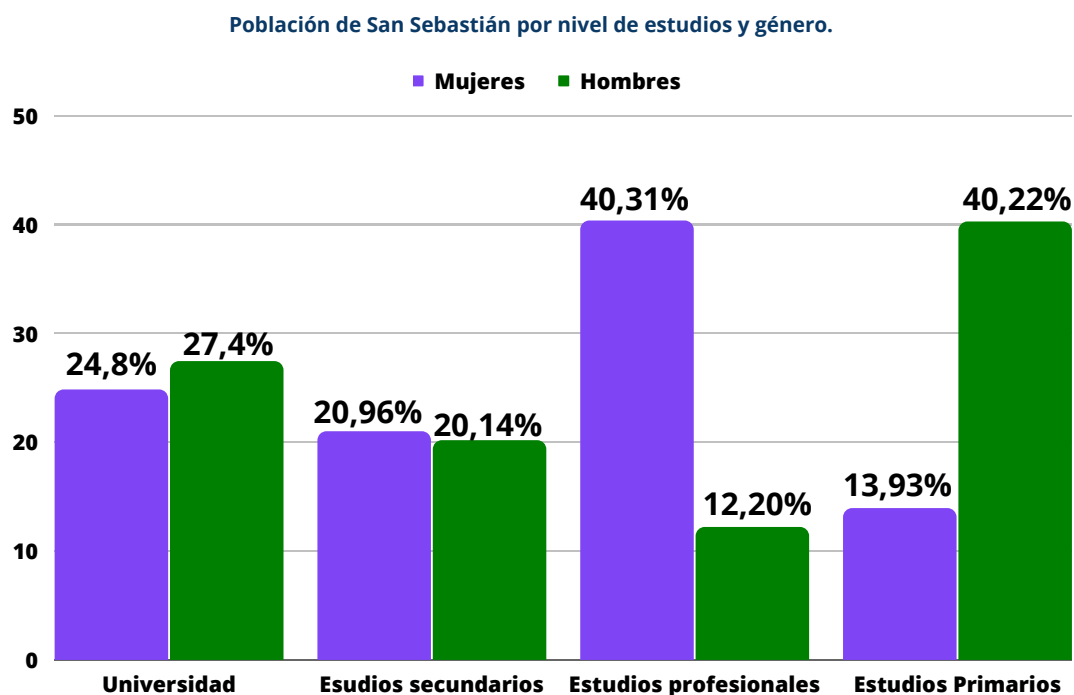
Analizando la población en base a los diferentes barrios que componen Donostia-San Sebastián la distribución sería la siguiente:

Población de San Sebastián por barrio.



Fuente: Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián, 2021

Según los estudios, el 26% de la población de Donostia-San Sebastián tiene estudios universitarios, el 21% ha cursado estudios secundarios, el 13% ha desarrollado estudios profesionales y el 40% de la población ha desarrollado estudios básicos. La distribución de los datos por género es la siguiente:



Fuente: Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián, 2021

Los porcentajes más altos de personas con **Estudios Universitarios** se encuentran en los barrios de Aiete, Antiguo, Centro, Gros, Ibaeta y Miramon-Zorroaga, todos ellos con un porcentaje cercano al 30%. En cuanto a los **Estudios Secundarios Profesionales** el porcentaje más alto (21,03%) es el del barrio de Zubieta y posteriormente con porcentajes cercanos al 15% Añorga, Altza, Intxaurrend y Martutene.

El mayor número de personas con **Estudios Secundarios Generales** se encuentra en los barrios de Amara Berri, Centro, Gros, Intxaurrend y Loiola (un 20% aproximadamente). Por último, en cuanto a las personas con **Estudios Primarios** el mayor porcentaje se encuentra en el barrio de Altza (56,01%) seguido de Martutene y Miracruz-Bidebieta.

Población de San Sebastián por barrio y nivel de estudios.

BARRIO	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	ESTUDIOS PROFESIONALES	ESTUDIOS SECUNDARIOS	ESTUDIOS BÁSICOS
AIETE	33,95%	10,70%	19,65%	35,71%
ALTZA	9,49%	15,92%	18,57%	56,01%
AMARA BERRI	30,73%	12,24%	21,38%	35,64%
ANTIGUO	33,06%	11,55%	20,06%	35,32%
AÑORGA	22,39%	16,57%	19,26%	41,78%
ATEGORRIETA-ULIA	28,52%	11,03%	19,44%	41,02%
CENTRO	35,15%	11,41%	22,00%	31,44%
EGIA	23,54%	14,17%	19,18%	43,11%
GROS	30,59%	12,05%	21,95%	35,42%
IBAETA	31,04%	12,02%	19,25%	37,69%
IGELDO	24,09%	12,89%	18,49%	44,54%
INTXAURRONDO	17,74%	15,61%	21,83%	44,81%
LANDARBASO	26,67%	13,33%	13,33%	46,67%
LOIOLA	19,32%	14,08%	21,98%	44,62%
MARTUTENE	12,82%	15,93%	17,87%	53,35%
MIRACRUZ-BIDEBIETA	15,66%	14,82%	20,26%	49,26%
MIRAMON-ZORROAGA	30,44%	10,15%	19,41%	40,00%
ZUBIETA	16,90%	21,03%	18,97%	43,10%



ACTIVIDAD ECONÓMICA

Según datos del 2019, el 88,7% de la actividad económica de Donostia-San Sebastián se presta en el sector servicios.



Sector primario

0%



Industria y energía

3,3%



Construcción

6,2%



Sector servicios

88,7%

Según datos de Lanbide, el índice de creación de empleo en Donostia-San Sebastián es alto. En cuanto a la tasa de paro, en 2022 el paro ha sido del 8,6% (7647 personas), mientras que la tasa de paro femenina (9,4%) supera a la masculina (7,8%). Las tasas de paro son similares a las de Gipuzkoa.



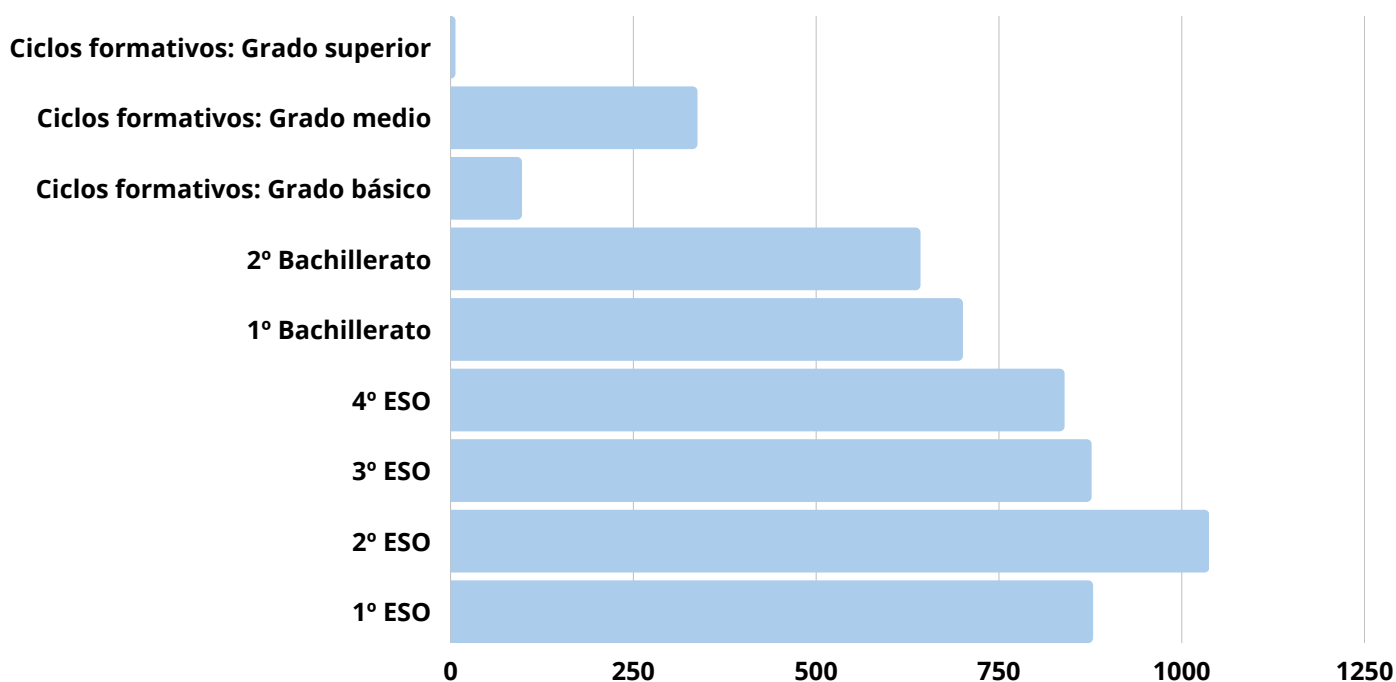
La renta per cápita de las personas mayores de 18 años es de 26.395€ (EUSTAT, 2020), superior a la de Gipuzkoa (23.512€) y a la de Euskadi (22.343€).

5. SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS



La encuesta ha sido realizada por el alumnado que estudia en los centros educativos de Donostia-San Sebastián.

Personas encuestadas por nivel de formación.



Fuente: Elaboración propia, 2022

Las 5.412 personas que han participado en este estudio son de la siguiente edad y género: el 49,5% (o 2.680 personas) son mujeres, el 48,8% (o 2.638) hombres y el 1,7% (o 94) personas no binarias. La muestra de personas no binarias en la distribución por centros no es estadísticamente significativa, sin embargo, la recogida de estos datos es imprescindible para poder representar a todas las personas e identidades.

Personas encuestadas por edad y género.

EDAD	MUJERES	HOMBRES	P. NO BINARIAS	TOTAL
11	2	2	3	7
12	316	327	5	648
13	448	475	18	931
14	441	433	19	893
15	414	401	16	831
16	421	400	5	826
17	431	399	10	840
18	146	143	7	296
19 o +	71	58	4	140
TOTAL	2.680	2.638	94	5.412

Fuente: Elaboración propia, 2022



Probar alcohol

¿HAS PROBADO ALGUNA VEZ ALCOHOL?

Responden afirmativamente el **46,3% del alumnado**, el 42,3% de los hombres, el 50% de las mujeres y el 52,1% de las personas no binarias. Por edades, los más jóvenes lo hacen con menor frecuencia (5,2% a los 12 años, el doble que el anterior a los 13 años, 11,5%, y casi se triplica con 14 años, 30,9%) y aumenta a medida que aumenta la edad, hasta el 87,1% de los de 18 años o más.

El porcentaje de mujeres que han probado el alcohol es superior al de los hombres en todas las edades, ya que entre las de 13 y 14 años son 2,5 y 8,1 puntos superiores, edades fundamentales para el inicio en el consumo de alcohol. Por otro lado, las tasas de consumo de alcohol entre las personas no binarias de menor edad son también elevadas, especialmente entre las personas de 12 a 14 años.

Probar alcohol por edad y género.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
11-12	5,2%	4,4%	37,5%	5,2%
13	10,1%	12,6%	22,2%	11,5%
14	26,6%	34,7%	42,1%	30,9%
15	42,4%	59,4%	50,0%	51,0%
16	67,3%	75,5%	60,0%	71,4%
17	81,2%	84,5%	90,0%	83,0%
18	86,0%	86,3%	85,7%	86,1%
19 O MÁS	86,2%	90,1%	72,7%	87,1%

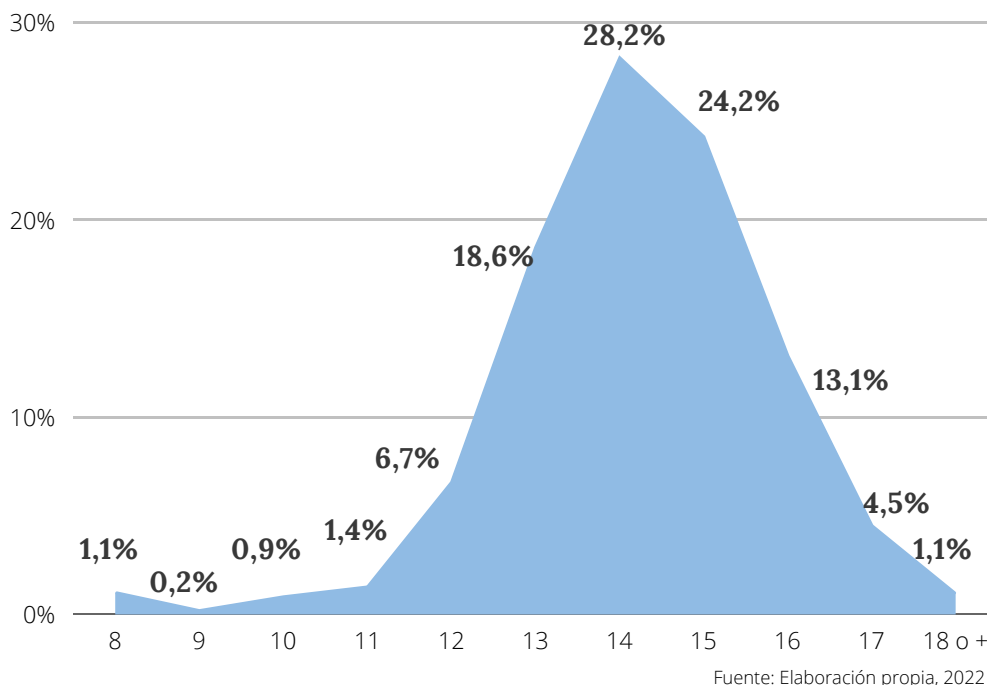
Fuente: Elaboración propia, 2022

Al preguntarle **quién le ofreció ese primer consumo**, destaca el grupo de amistades (51,6%), seguido de la opción personal (30,4%) y la familia (18,1%) incluyendo a la madre, padre, hermanos/as u otros familiares (las diferencias por género son pequeñas).

Edad de inicio en el consumo de alcohol

La edad de inicio en el consumo de alcohol en San Sebastián es de 14 años y 2 meses, similar entre hombres y mujeres (14 años y 2 meses vs 14 años y 3 meses), mientras que entre las personas no binarias se adelanta significativamente, 12 años y 6 meses.

Edad de inicio en el consumo de alcohol.



A los 12 años, el 10,3% de las personas iniciado en el consumo de alcohol, tasa que se eleva al 57,1% a los 14 años. La moda o edad más frecuente está en esa misma edad, con 14 años, entre los 13 y los 14 son casi 5 o 46,8% los que se inician en el consumo de alcohol. Son pocos los que prueban alcohol con más de 15 años (18,7%)

Consumir alcohol

Menos de la mitad de las personas jóvenes ha probado el alcohol (46,3%), **el 38,3% de las personas encuestadas lo han consumido en el último mes**, es decir, el 83% de los que lo han probado.

UNIDAD ALCOHOL



Una unidad de alcohol tiene una equivalencia de 10 gramos, es decir, una copa de vino de 100ml, una cerveza o un chupito de alcohol de alta graduación.

Analizando el consumo cuantitativo máximo de gramos de alcohol realizado **en los últimos meses**, se observa que la **tasa de mujeres es superior a la de hombres y personas no binarias** en todas las franjas de consumo, salvo en los consumos de 0,1-5 gramos y de más de 20 unidades: (en este tramo la tasa de personas no binarias es la más alta, casi el doble que la de mujeres y hombres).

Unidades de alcohol por género.

UNIDAD DE ALCOHOL	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TOTAL
0.1-5	17,3%	10,2%	6,4%	8,7%
5.1-10	6,9%	10,3%	7,4%	8,6%
10.1-15	3,9%	5,7%	2,1%	4,9%
15.1-20	2,5%	3,1%	1,1%	2,7%
>20	11,0%	11,8%	21,3%	13,4%
TOTAL	31,6%	41,1%	38,3%	38,3%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Los consumos por edad varían con la edad. Así, a los 11-12 años una de cada 24 personas consume alcohol, de las que la mitad (4,1%) lo hace en grandes cantidades. A los 13 años, una de cada quince consume alcohol (6,6%), a los 14 años el consumo se triplica (22,2%) y una de cada tres personas de esa edad consume más de 20 unidades.

A los 15 años aumenta considerablemente el consumo, casi cuatro de cada diez personas (38,4%), y una de cada cuatro lo hace de forma abusiva. A los 16 años sigue aumentando la tasa de consumo, hasta el 58,2%, y una de cada cuatro personas que consumen alcohol consume más de 20 unidades. A los 17 años, el consumo sube 11 puntos, hasta el 69,3%, y casi una de cada tres personas de esa edad, consume más de 20 unidades de alcohol (6,3%).

Unidades de alcohol por edad.

EDAD UNIDADES	11-12	13	14	15	16	17	+18
0	95,9%	93,0%	77,8%	61,6%	41,8%	30,7%	30,5%
0,1-5	1,5%	1,8%	5,5%	10,7%	14,3%	13,3%	11,7%
5,1-10	0,4%	1,3%	5,5%	8,9%	14,3%	17,4%	14,4%
10,1-15	0,3%	0,9%	2,4%	5,2%	8,8%	10,0%	7,8%
15,1-20	0,8%	0,3%	1,6%	3,7%	4,7%	4,5%	4,4%
> 20	1,1%	2,3%	7,2%	9,9%	16,1%	21,1%	31,2%
TOTAL	4,1%	6,6%	22,2%	38,4%	58,2%	69,3%	69,5%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Razones para consumir alcohol

Es importante conocer cuáles son las causas que se esconden detrás del consumo de alcohol en la juventud. Las respuestas más significativas han sido las siguientes:

Razones para consumir y no consumir alcohol.

RAZONES PARA CONSUMIR ALCOHOL

Para pasarlo bien	64,7%
Para olvidar problemas- pasar de todo	53,1%
Porque lo hacen mis amistades	51,6%
Para vivir nuevas sensaciones	43,6%
Para sentirme parte del grupo	41,4%
Para emborracharme	41,3%
Para relacionarme mejor	40,1%
Para ligar	37,0%

RAZONES PARA NO CONSUMIR ALCOHOL

Porque es perjudicial para la salud	45,4%
Porque no quiero, sin más	15,3%
Por los riesgos del consumo	12,9%
Porque se pierde el control	9,7%
Porque no lo necesito para divertirme	5,4%
Por si me pilla algún familiar	5,2%
Por los efectos molestos	2,3%

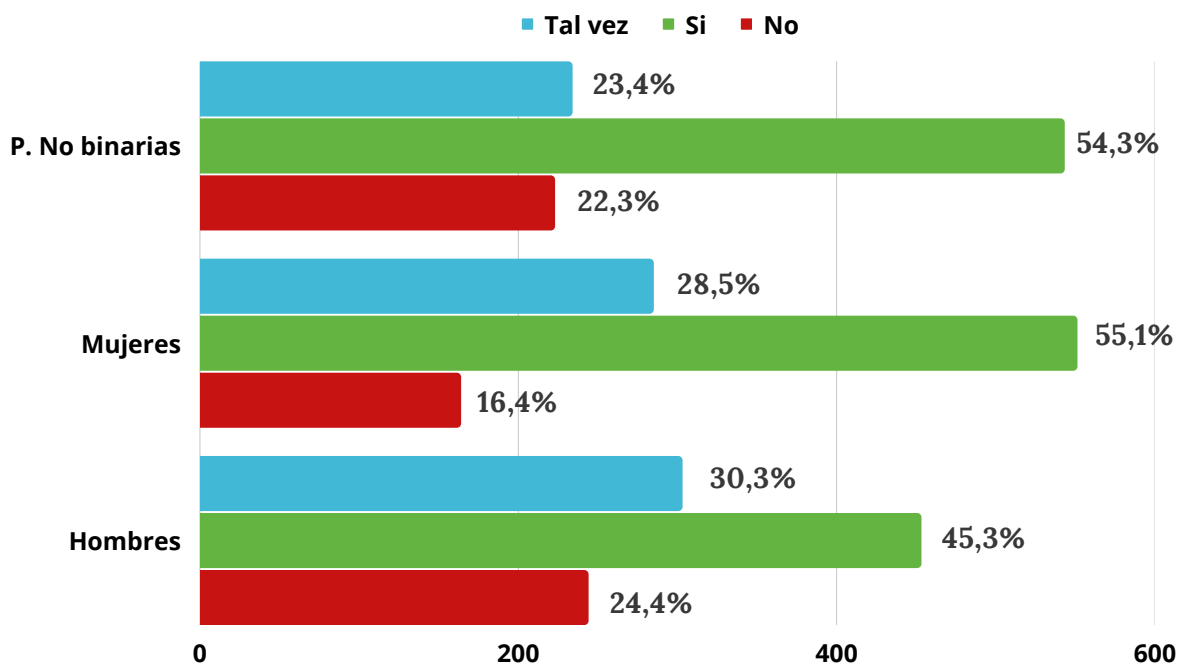
Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumos futuros

¿BEBERÁS ALCOHOL EN EL FUTURO?

El 50,3% del alumnado han respondido afirmativamente, el 29,3% "tal vez" y el 20,4% restante ha respondido negativamente.

Fútuos consumos por género.



Fuente: Elaboración propia, 2022

El número de personas menores de 17 años que afirman beber alcohol aumenta con la edad. Entre los 11 y los 14 años las tasas más elevadas son las de las personas no binarias y a partir de los 15 años es la tasa femenina la que más sobresale.

Personas que han afirmado que beberán alcohol en un futuro por género y edad.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
11-12 AÑOS	5,2%	4,4%	37,5%	5,2%
13 AÑOS	10,1%	12,6%	22,2%	11,5%
14 AÑOS	26,6%	34,7%	42,1%	30,9%
15 AÑOS	42,4%	59,4%	50,0%	51,0%
16 AÑOS	67,3%	75,5%	60,0%	71,4%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Comprar alcohol

Las personas encuestadas adquieren alcohol sobre todo en los supermercados, (32,6%) seguidos de las tiendas pequeñas, (30,5%) y de personas mayores de edad (25,5%). La forma de acceso no varía en función del género.

Comprar alcohol por género.

LUGARES	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TOTAL
CASA	7,9%	10,7%	19,1%	9,5%
SUPERMERCADO	29,9%	35,7%	36,2%	32,6%
TIENDA GOLOSINAS	12,4%	17,9%	24,5%	15,3%
BAR	19,3%	25,0%	24,5%	22,2%
MAYORES DE 18	20,3%	30,7%	27,7%	25,6%
GASOLINERA	4,9%	4,2%	19,1%	4,8%
TIENDA PEQUEÑA	26,8%	33,8%	38,3%	30,5%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Por edades, los tres lugares más habituales no varían, salvo entre los de 17 años, en los que sustituyen los pequeños comercios por el bar. En cuanto a los puntos de compra, a medida que aumenta la edad, aumenta la tasa de todos menos en las tiendas de golosinas, que disminuye entre las personas de 17 años, sobre todo, en relación a las de 15 y 16 años, por el importante incremento de la tasa en los bares.

Comprar alcohol por edad.

LUGARES	11-12 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS
CASA	2,0%	2,4%	4,5%	9,0%	11,7%	19,5%
SUPERMERCADO	3,2%	5,6%	15,0%	30,0%	50,5%	67,3%
TIENDA GOLOSINAS	2,1%	4,1%	13,5%	18,2%	25,3%	23,3%
BAR	2,9%	3,1%	3,9%	12,3%	33,3%	55,1%
MAYORES DE 18	4,0%	8,6%	19,1%	31,8%	42,0%	49,5%
GASOLINERA	2,4%	2,1%	2,8%	4,2%	5,6%	6,5%
TIENDA PEQUEÑA	3,7%	9,3%	23,6%	34,4%	49,5%	48,3%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Riesgos por el consumo de alcohol: Test audit

El **test Audit** fue creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989 (actualizado en 1992). Es una herramienta de cribado que sirve para identificar a las personas con consumos de alcohol peligrosos y nocivos. Ofrece un contexto idóneo para la intervención con personas bebedoras en situación de riesgo, tanto para el abandono total del alcohol como para la reducción de cantidades, así como para evitar posibles daños derivados del consumo. Además, sirve para detectar la adicción al alcohol y otras consecuencias concretas.

¿CÓMO INTERPRETAR LOS DATOS?

Se compone de 10 preguntas que miden el consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo nocivo. La valoración oscila entre 0 y 40 puntos y en personas adultas se interpreta como:

- **0-7 puntos:** Abstinencia o riesgo bajo.
- **8-15 puntos:** Riesgo medio de desarrollar problemas con el alcohol.
- **16-19 puntos:** Riesgo alto de desarrollar problemas con el alcohol.
- **20 o más puntos :** riesgo de dependencia alcohólica.

Esta prueba se ha utilizado sobre todo con personas adultas en el ámbito clínico, no tanto con adolescentes, por lo que los niveles de corte de las cuatro estadísticas no están claramente definidos, pero existe un consenso internacional sobre la creencia de que estos niveles se alcanzan en la adolescencia con puntuaciones más bajas.

Siguiendo parámetros de riesgo muy alto, con una puntuación igual o superior a 16, habría que controlar a 196 personas (3,6%) de entre 13 y 20 años por su alto riesgo de adicción al alcohol en caso de continuar con este consumo. Un total de 1001 personas o el 18,5% de la muestra de 13 a 20 años investigada pueden correr el riesgo de sufrir una adicción al alcohol a una edad muy temprana de la vida, con tasas superiores a los 8 puntos. A pesar de ello, cabe destacar que el **56,3% de las personas encuestadas no tienen riesgo por el consumo de alcohol**. Por otro lado, hay diferencias significativas entre hombres (61%) y personas no binarias (50%) y las mujeres (51.9%).

Unidades de alcohol por género.

	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TOTAL
0	1.609-61,0%	1.391-51,9%	47-50,0%	3.047-65,3%
1-7	598-22,7%	744-27,8%	22- 23,4%	1.364-25,2%
8-15	344-13,0%	449-16,7%	12-% 12,7%	805-14,9%
16-19	48-1,8%	53-2,0%	1-1,1%	102-1,9%
>19	39-1,5%	43-1,6%	12-12,7%	94-1,7%
TOTAL	2.538	2.680	94	5.412

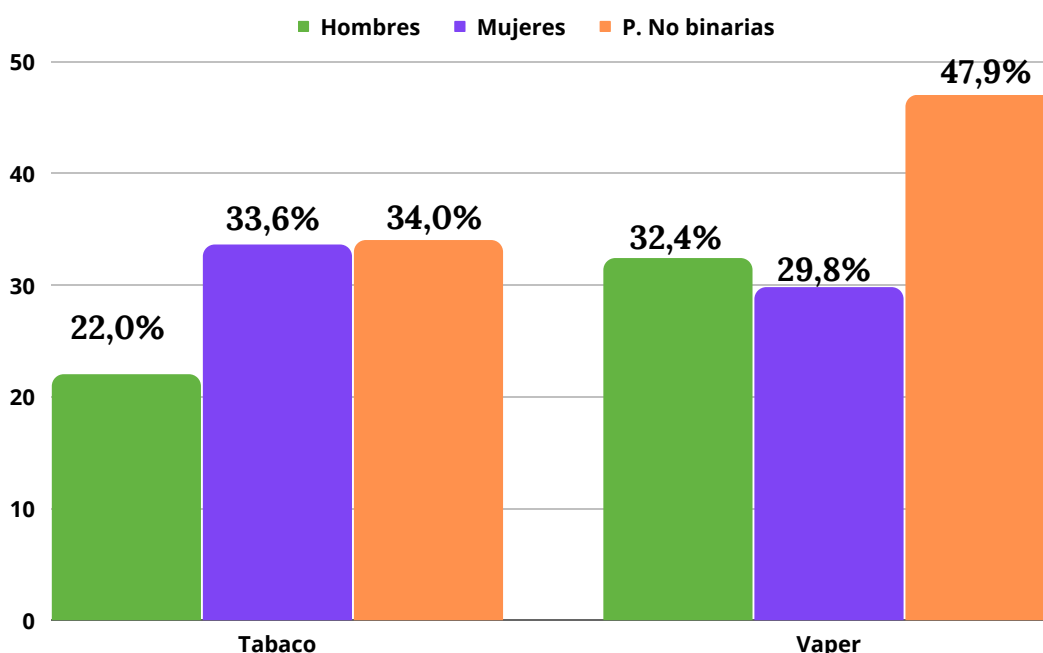
Fuente: Elaboración propia, 2022



Probar Tabaco/Vaper

La tasa de jóvenes y adolescentes que alguna vez han probado el tabaco (al menos medio cigarrillo) es del 26,1%, mientras que en el caso de los cigarrillos electrónicos lo han hecho el 33,3%. Esta tasa es muy alta entre las personas no binarias (47,9%) en comparación con las tasas de mujeres y hombres (29,8% y 32,4%). En cuanto al consumo de tabaco, también se mantienen las diferencias en el vaporizador, siendo las tasas más altas las de las personas no binarias (34%), seguidas de las mujeres (33,6%) y los hombres (22%)

Probar tabaco por género.

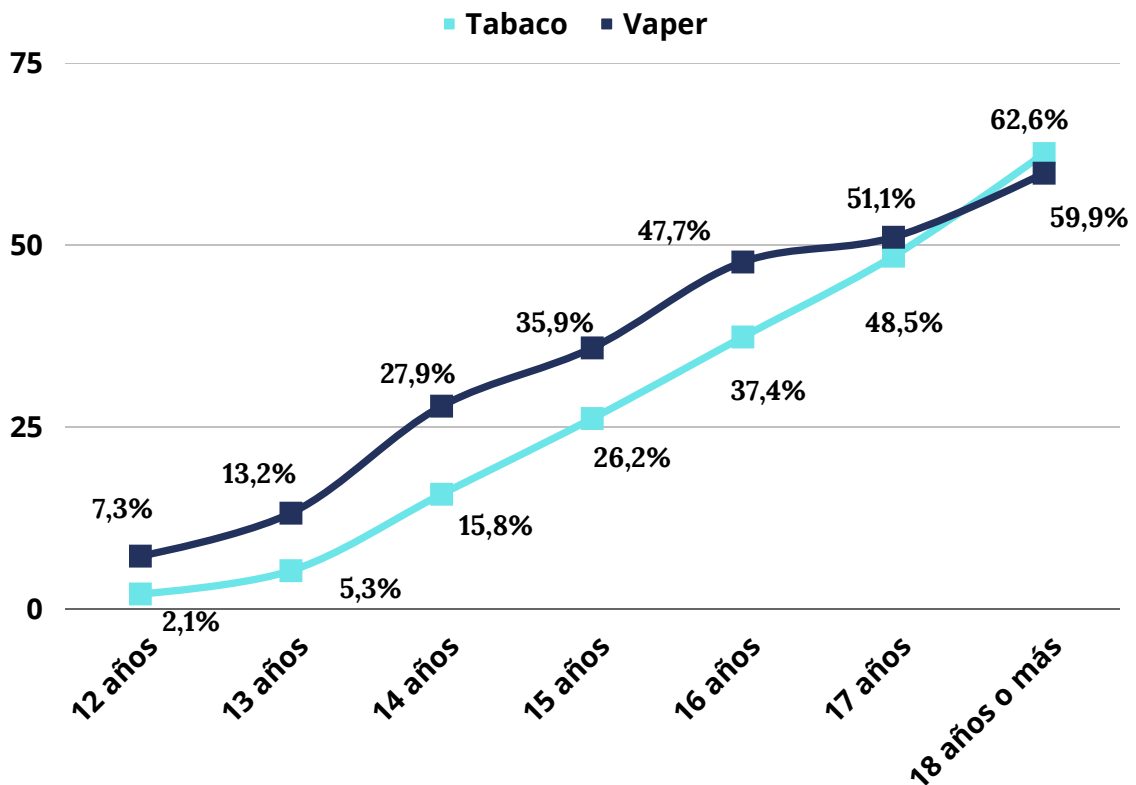


Fuente: Elaboración propia, 2022

Por edades, casi uno de cada cuatro jóvenes ha probado el tabaco a los 14 años. A partir de los 14 años se produce un gran salto cuantitativo, pasando del 15,8% a los 14 años al 26,2% a los 15 años (incremento de más de 10 puntos o del 66% respecto a los 14 años). A partir de los 16 años, una de cada tres personas lo ha probado, y con 17 años casi la mitad de los participantes.

Hay diferencias entre probar el vapor y probar el tabaco tradicional. El vapeo se inicia un año antes del tabaco habitual, las tasas de vaporizantes entre las personas de menor edad (12-14 años) son iguales o superiores a las del tabaco, mientras que entre las de mayor edad las tasas van igualándose, sobre todo, entre las de 17 y más años.

Probar tabaco y vapor por edad.

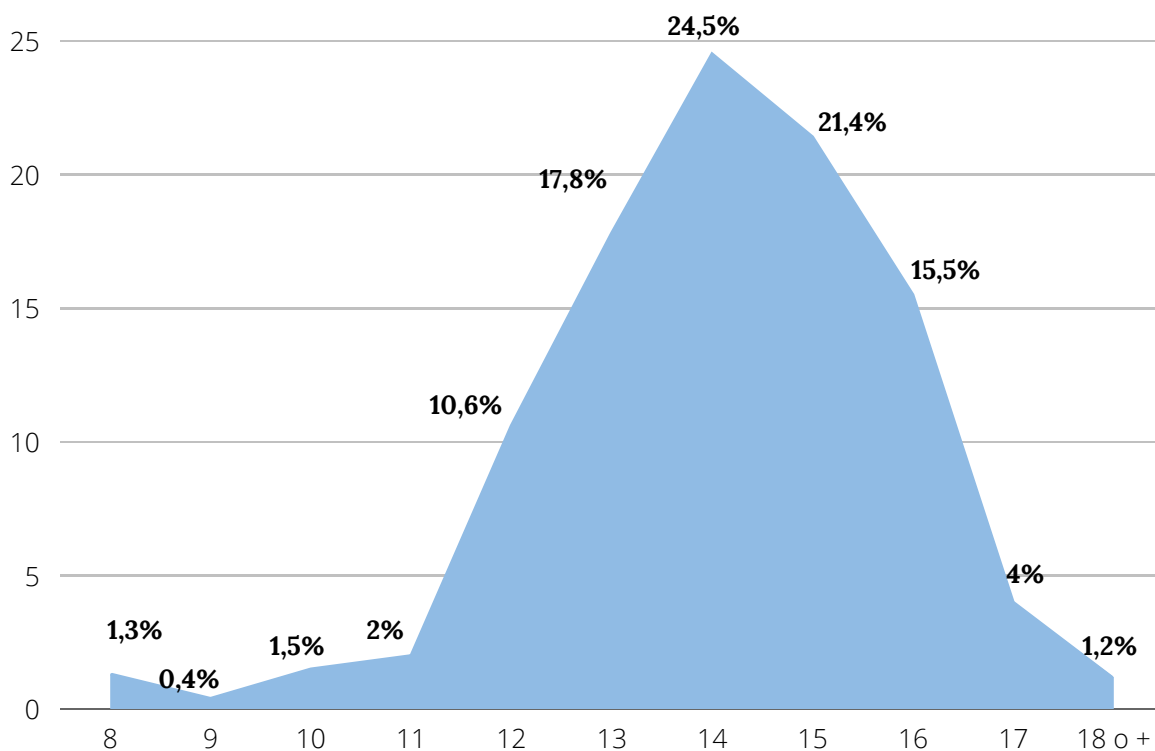


Fuente: Elaboración propia, 2022

Edad de inicio en el consumo de tabaco

La **edad de inicio** en el consumo de tabaco es similar a la del alcohol, **14 años y un mes**; la edad entre hombres y mujeres es la misma; por otro lado, las personas no binarias comienzan un año antes, con 13 años y un mes. La moda se impone a los 14 años, en una cima similar al alcohol, pero con una distribución desigual, ya que entre los 13 y los 15 años el 63,7% de las personas que han fumado tabaco alguna vez han empezado a fumar y en alcohol, a esas edades, lo han hecho el 71%.

Edad de inicio en consumo de tabaco



Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir tabaco

El 26,1% de los y las jóvenes analizados ha probado el tabaco, de los cuales dos de cada tres o 16% lo han consumido de forma habitual (en los últimos 30 días). Casi la mitad de ellos, **el 7,1%, fuma todos o casi todos los días.**

Entre las personas no binarias fuman el 26,6%, tasa que supera a las mujeres (18,2%) y duplica a los hombres (13,3%). Entre quienes consumen a diario o casi a diario, las diferencias se mantienen, ya que entre las personas no binaria fuman a diario el 14,9%, frente al 7,8% de las mujeres y el 6% de los hombres.

Las diferencias entre mujeres y hombres se dan a todas las edades. La tasa femenina supera a la de los hombres y a la de las personas no binarias en todos los tramos de edad excepto entre las personas de 16 y más de 18 años, en los que las tasas de las personas no binarias son las más altas.

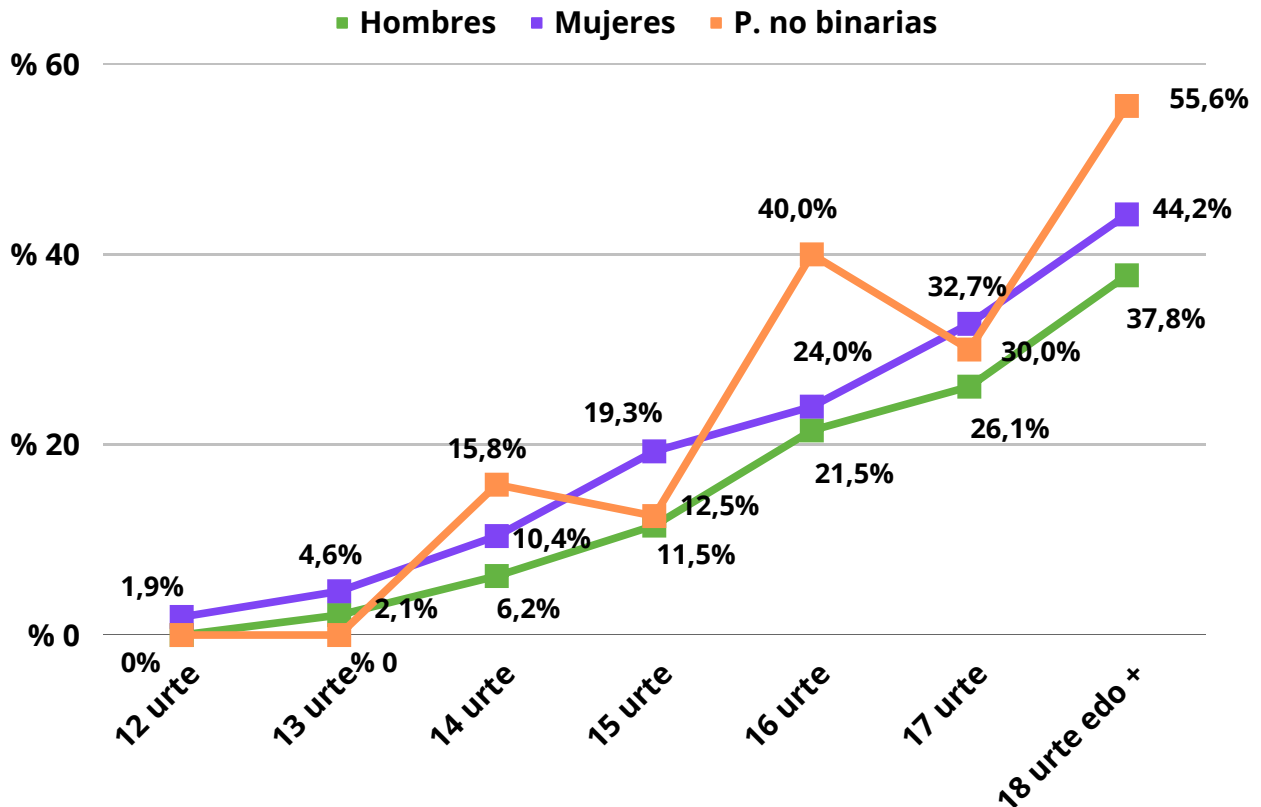
En el caso de las personas que han consumido tabaco a diario o casi a diario, la tasa femenina supera a la masculina en todos los tramos de edad. La diferencia es de 8 puntos a los 15 años y de 6 puntos a los 17. Entre las personas no binarias, las tasas de 14, 16 y más de 18 años son superiores a las del resto, pero los datos no pueden compararse estadísticamente debido al número reducido de personas de la muestra.

Consumo de tabaco en el último mes por edad y género.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
12 AÑOS	0%	1,9%	0%	1,4%
13 AÑOS	2,1%	4,6%	0%	3,4%
14 AÑOS	6,2%	10,4%	15,8%	8,5%
15 AÑOS	11,5%	19,3%	12,5%	15,4%
16 AÑOS	21,5%	24,0%	40,0%	22,9%
17 AÑOS	26,1%	32,7%	30,0%	29,5%
18 AÑOS O MÁS	37,8%	44,2%	55,6%	41,7%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumo diario de tabaco por género y edad.



Fuente: Elaboración propia, 2022



Probar cánnabis

¿HAS PROBADO ALGUNA VEZ CÁNNABIS?

El 15,7% del alumnado analizado, el 16,5% de los hombres, el 15% de las mujeres y el 16% de las personas no binarias responden afirmativamente. Por edades, los más jóvenes lo hacen con menor frecuencia (8-10% a los 12-13 años) que los mayores (una de cada 3 o 4 personas mayores de 17 años).

La tasa de mujeres que han probado el cánnabis es superior entre los 11-13 años y a los 17. Se igualan en los mayores de edad, imponiéndose la tasa masculina a partir de los 18 años. Los datos de las personas no binarias son cambiantes de una edad a otra.

Probar cánnabis por edad y género.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
11-12 AÑOS	7,3%	9,7%	12,5%	8,5%
13 AÑOS	8,6%	10,7%	0%	9,5%
14 AÑOS	12,5%	12,5%	10,5%	12,4%
15 AÑOS	16,5%	16,2%	18,7%	16,4%
16 AÑOS	23,0%	15,2%	0%	18,9%
17 AÑOS	22,5%	22,9%	10,0%	22,6%
18 AÑOS	28,7%	18,5%	28,6%	23,6%
19 AÑOS O MÁS	46,5%	15,5%	54,5%	31,4%

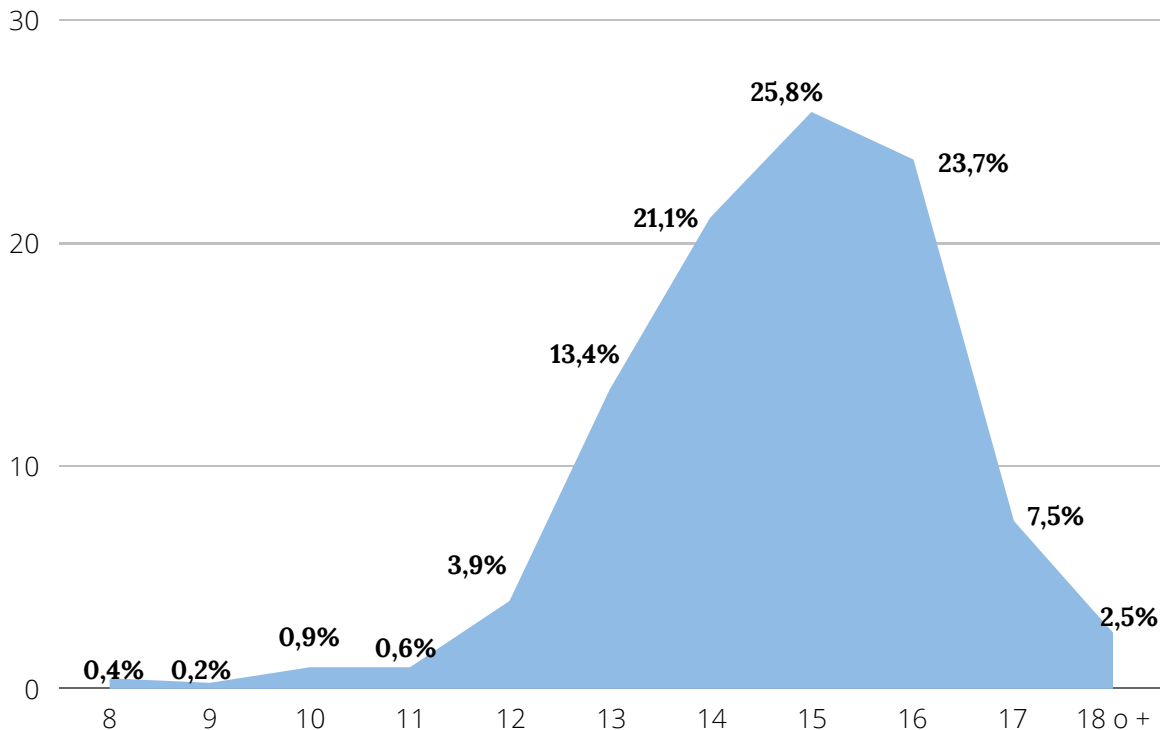
Fuente: Elaboración propia, 2022

Edad de inicio en el consumo de cánnabis

La **edad de inicio en el consumo de cánnabis se establece en 14 años y 9 meses**, ocho meses después de la del tabaco, pero su distribución es desigual, se desvía a la derecha, es decir, (70,6%) se han iniciado en el consumo entre los 14 y los 16 años.

La moda se impone a los 15 años, el 25,8% de las personas que empiezan a consumir lo hacen a esa edad. Antes de los 13 años el 6% ha comenzado y el 33,7% tenía más de 15 años, (de los cuales el 23,7% tenía 16 años).

Edad de inicio en el consumo de cánnabis.



Fuente: Elaboración propia, 2022

Por género, hay pocas diferencias entre hombres y mujeres (14 años y 9 meses vs 14 años y 11 meses) y más diferencias entre las personas no binarias que empiezan a los 13 años.

Consumir cánnabis

Si el 15,7% de la juventud de 12 a 18 años o más ha probado el cánnabis, el 7,8% lo consume (en los últimos 30 días), es decir, la mitad de las personas que lo han probado (49,7%), siendo las siguientes, las diferencias encontradas por género: 8,3% en hombres, 7,1% en mujeres y 13,8% en personas no binarias.

El consumo de cánnabis por edad y género nos indica que se inicia en edades tempranas, entre el 5-7% de los hombres y mujeres de 13 a 15 años y entre el 10-12% de las personas no binarias. A los 16 años, el 11,2% de los hombres y el 6,2% de las mujeres consumen cánnabis frente al 8,8% de los hombres y el 11,4% de las mujeres de 17 años. En estas edades no hay datos de consumo entre las personas no binarias. Entre las personas mayores de edad destaca el consumo de hombres y de personas no binarias.

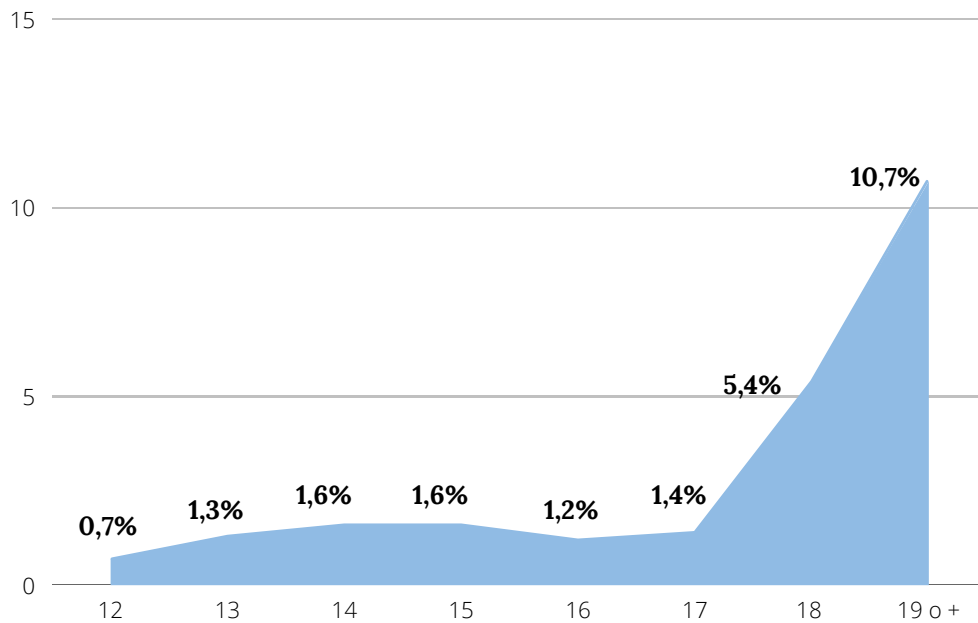
Consumo de cánnabis por edad y género.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
12 AÑOS	3,3%	4,7%	12,5%	4,1%
13 AÑOS	5,7%	5,3%	0%	5,4%
14 AÑOS	6,0%	4,8%	10,5%	5,6%
15 AÑOS	7,7%	7,2%	12,5%	7,6%
16 AÑOS	11,2%	6,2%	0%	8,6%
17 AÑOS	8,8%	11,4%	0%	10,0%
18 AÑOS	18,2%	11,6%	14,3%	13,8%
19 AÑOS O MÁS	29,3%	11,3%	54,5%	22,1%

Fuente: Elaboración propia, 2022

El consumo diario o casi diario de cánnabis aparece casi a partir de los 17 años, un 5,4% a los 18 años y el doble, un 10,7%, entre las personas de 19 o más años.

Consumo diario de cánnabis por edad.

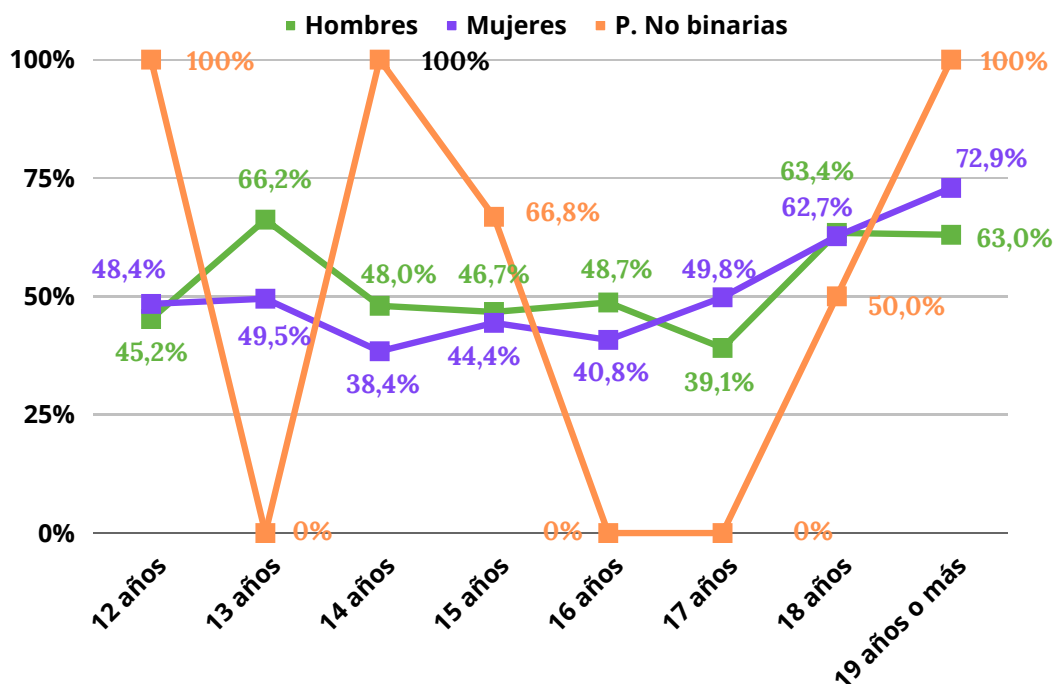


Fuente: Elaboración propia, 2022

¿De las personas que han probado cánnabis cuántas son consumidoras?

Si se calcula el porcentaje de personas que consumen cánnabis entre las personas que lo han probado se obtienen los siguientes datos: entre los menores de 16 años la tasa es mayor entre los hombres y a partir de ese año la de las mujeres. Esto significa que entre los que prueban hasta los 16 años hay más hombres que dan el paso de consumir. Los datos recogidos de las personas no binarias no son homogéneos, es muy alto entre las personas mayores de 12, 14 y 19 años y nulo entre las personas de 13, 16 y 17 años.

Porcentaje de personas consumidoras de cánnabis entre las personas que lo han probado.



Fuente: Elaboración propia, 2022

Causas y contexto del consumo de cánnabis

Es importante conocer las razones por las que los y las jóvenes consumen o no cánnabis, así como el contexto en el que lo hacen los fumadores habituales cuando consumen marihuana o hachís. Las más importantes son:

Razones y contexto para el consumo de cánnabis.

RAZONES PARA CONSUMIR CÁNNABIS

Por curiosidad	15,0%
Por buscar nuevas formas de pasármelo bien	5,6%
Porque está en el ambiente	2,5%
Porque lo hacen en el grupo de amigos/as	2,0%
Como consecuencia de una frustración o un problema	1,8%
Porque me dijeron que se vive de forma distinta la vida	1,7%
Como rechazo a la forma de vida de las personas mayores	0,4%

CONTEXTO DE CONSUMO DE CÁNNABIS

Cuando estoy en una fiesta	12,5%
Cuando estoy con mis amistades	11,2%
Cuando estoy contento/a	4,1%
Cuando estoy solo/a	3,7%
Cuando tengo problemas personales	3,7%
Cuando no sé qué hacer	1,7%
cuando me siento inseguro/a	1,3%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Además de las drogas mencionadas, son habituales en la sociedad el consumo de otras sustancias legales o ilegales. En Donostia-San Sebastián las sustancias que ha probado el alumando encuestado son las siguientes.

Los psicofármacos son las sustancias más probadas, tanto en hombres como en mujeres y en personas no binarias. El consumo de estas sustancias es el doble que el del resto, entre las personas no binarias.

Probar otras drogas por género y edad.

SUSTANCIA	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
COCAÍNA	3,9% (103)	3,6% (96)	12,8% (12)	3,9%
ÉXTASIS	3,7% (97)	2,9% (78)	10,6% (10)	3,4%
SPEED-ANFET.	3,8% (101)	2,9% (78)	11,7% (11)	3,5%
ALUCINÓGENAS	4,0% (105)	2,6% (79)	11,7% (11)	3,4%
HEROÍNA	3,2% (85)	2,4% (65)	10,6% (10)	3,0%
INHALANTES	3,8% (101)	3,2% (87)	12,8% (12)	3,7%
CODEÍNA	4,5% (120)	2,8% (75)	11,7% (11)	3,8%
METANFETAMINA	3,7% (97)	3,1% (82)	11,7% (11)	3,5%
PSICOFÁRMACOS	6,1% (161)	7,7% (206)	16,0% (15)	7,1%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Al preguntar sobre el consumo de otras drogas en los últimos 30 días, las cifras descienden drásticamente. La sustancia más consumida son los psicofármacos, con un 3,6%, la tasa más alta es la de las personas no binarias (13,8%), seguido de la tasa de las mujeres (4%) y la de los hombres (2,8%).

El resto de sustancias tienen un consumo notablemente mejor en los últimos 30 (por debajo del 1%); los inhalantes y alucinógenos, como monguis, LSD y ketamina, junto con la cocaína, presentan las tasas más altas.

Consumo de otras drogas por género y edad.

SUSTANCIA	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TASA MEDIA
COCAÍNA	0,9% (23)	0,4% (14)	5,3% (5)	0,9%
ÉXTASIS	0,6% (17)	0,4% (12)	6,4% (6)	0,8%
SPEED-ANFET.	0,9% (24)	0,4% (12)	6,4% (6)	0,9%
ALUCINÓGENOS	0,5% (14)	0,3% (9)	5,3% (5)	0,6%
HEROÍNA	0,5% (14)	0,3% (7)	5,3% (5)	0,6%
INHALANTES	0,7% (18)	1,0% (27)	6,4% (6)	1,1%
CODEÍNA	0,8% (22)	0,2% (6)	7,4% (7)	0,7%
METANFETAMINA	0,6% (15)	0,4% (11)	5,3% (5)	0,7%
PSICOFÁRMACOS	2,8% (73)	4,0% (106)	13,8% (13)	3,6%

Fuente: Elaboración propia, 2022



Percepción de riesgo de drogas

La percepción del riesgo de uso de diversas sustancias, independientemente de haber sido probada o consumida en general, es mayor con cocaína y heroína (86,3-83,3%), seguida del éxtasis (70,3%), speed y alucinógenos (en torno al 65%). El cánnabis es peligroso para más de seis de cada diez personas que han cumplimentado el cuestionario (64,8%), mientras que para el 9,9% tiene poco o ningún riesgo y para el 20,6% tiene un riesgo medio. La peligrosidad de las bebidas energéticas es muy baja (8,9%) y apenas presenta riesgos para el 67,8%.

Las sustancias legales son las que presentan menores índices de riesgo, el tabaco el 37,7% y el alcohol el 29,9%, pero son superiores a la percepción de riesgo de las bebidas energéticas.

Riesgo general de percepción de drogas

SUSTANCIA	POCO O NINGÚN RIESGO	RIESGO ALTO O MUY ALTO
TABACO	22,0%	37,7%
ALCOHOL	30,8%	29,9%
PSICOFÁRMACOS	30,1%	33,1%
CÁNNABIS	9,9%	64,8%
ÉXTASIS-METANFETAMINA	1,4%	70,3%
SPEED-ANFETAMINA	1,6%	64,5%
COCAÍNA	1,4%	86,3%
ALUCINÓGENOS	5,1%	65,6%
INHALANTES	10,0%	54,1%
HEROÍNA	1,1%	83,3%
BEBIDAS ENERGÉTICAS	67,5%	8,9%

Fuente: Elaboración propia, 2022

La percepción de riesgo alta o muy alta de la sustancia varía mucho si esta sustancia se ha consumido en el último año, y varía mucho, sobre todo, entre las sustancias ilegales, que bajan entre 18,9 y 25,4 puntos. Cabe destacar que en el caso del cánnabis la percepción de riesgo desciende 18,9 puntos, en el caso del tabaco el descenso es del 11,9% y en el del alcohol de 8,2 puntos. El menor descenso se da con los psicofármacos, un 1,7%.

Riesgo general de percepción de drogas (consumiendo en el último año).

SUSTANCIA	CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO	RIESGO ALTO O MUY ALTO	DIFERENCIA
TABACO	25,8%	37,7%	-11,9%
ALCOHOL	21,7%	29,9%	-8,2%
PSICOFÁRMACOS	31,4%	33,1%	-1,7%
CÁNNABIS	45,9%	64,8%	-18,9%
ÉXTASIS-MDMA	49,0%	70,3%	-21,3%
SPEED-ANFETAMINA	46,7%	64,5%	-17,8%
COCAÍNA	60,9%	86,3%	-25,4%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Si la sustancia se ha consumido en el último mes y en más de una ocasión, la percepción de riesgo alta o muy alta aumenta respecto a la percepción de riesgo general para las sustancias en el caso de las sustancias legales, mientras que en las ilegales desciende, sobre todo, en el caso del éxtasis y la cocaína. El cánnabis baja casi 4 puntos.

Riesgo general de percepción de drogas (consumiendo en el último mes).

SUSTANCIA	CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES	RIESGO ALTO O MUY ALTO	DIFERENCIA
TABACO	387,7%	37,7%	+1,0%
ALCOHOL	32,9%	29,9%	+3,0%
PSICOFÁRMACOS	40,8%	33,1%	+7,7%
CÁNNABIS	61,2%	64,8%	-3,6%
ÉXTASIS-MDMA	57,7%	70,3%	-12,6%
SPEED-ANFETAMINA	56,7%	64,5%	-7,8%
COCAÍNA	74,9%	86,3%	-11,4%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Si el consumo se ha realizado en el último mes, pero de forma constante (todos o casi todos los fines de semana), la percepción del riesgo aumenta considerablemente, sobre todo en el caso del tabaco, el alcohol y los psicofármacos, seguido del cánnabis; el resto de sustancias ilegales reducen las diferencias con respecto al consumo si se compara con lo consumido en el último año, pero en general la percepción de riesgo es menor.

Riesgo general de percepción de drogas (consumo habitual en el último mes).

SUSTANCIA	CONSUMO HABITUAL FIN DE SEMANA	RIESGO ALTO O MUY ALTO	DIFERENCIA
TABACO	54,6%	37,7%	+16,9%
ALCOHOL	51,0%	29,9%	+21,1%
PSICOFÁRMACOS	50,0%	33,1%	+16,9%
CÁNNABIS	72,3%	64,8%	+7,5%
ÉXTASIS-MDMA	62,9%	70,3%	-7,4%
SPEED-ANFETAMINA	62,2%	64,5%	-2,3%
COCAÍNA	81,4%	86,3%	-4,9%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Por último, se ha analizado la percepción del riesgo cuando el consumo es habitual pero más intensivo, es decir, si se consume todos o casi todos los días. En este caso, la percepción del riesgo aumenta considerablemente, sobre todo en el caso de las sustancias legales y el cánnabis. En el caso del speed aumenta ligeramente y disminuye tanto en el del éxtasis como en el de la cocaína.

Riesgo general de percepción de drogas (consumiendo todos o casi todos los días).

SUSTANCIA	CONSUMO HABITUAL TODOS LOS DIAS	RIESGO ALTO O MUY ALTO	DIFERENCIA
TABACO	73,3%	37,7%	+36,0%
ALCOHOL	73,3%	29,9%	+43,4%
PSICOFÁRMACOS	61,0%	33,1%	+27,9%
CÁNNABIS	89,6%	64,8%	+24,8%
ÉXTASIS-MDMA	65,7%	70,3%	-4,6%
SPEED-ANFETAMINA	65,4%	64,5%	+0,9%
COCAÍNA	84,0%	86,3%	-2,3%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Si analizamos la percepción de riesgo alto o muy alto en función del género, vemos que tanto hombres como mujeres tienen una mayor percepción de riesgo de casi todas las drogas ilegales y siendo la percepción de riesgo más alta en el caso de la cocaína y la heroína. En cambio, las personas no binarias tienen una mayor percepción de riesgo de todas las sustancias legales.

Riesgo general de percepción de drogas (por género).

SUSTANCIA	MUJERES	HOMBRES	P. NO BINARIAS	MEDIA
TABACO	35,5%	39,8%	40,4%	37,7%
ALCOHOL	30,3%	29,3%	31,9%	29,9%
PSICOFÁRMACOS	32,6%	33,5%	40,4%	33,1%
CÁNNABIS	67,4%	62,6%	56,4%	64,8%
ÉXTASIS-MDMA	68,3%	72,1%	72,4%	70,3%
SPEED-ANFETAMINA	61,6%	67,6%	60,6%	64,5%
COCAÍNA	85,7%	87,3%	73,4%	86,3%
ALUCINÓGENOS	65,9%	65,4%	61,7%	65,6%
INHALANTES	52,1%	56,1%	57,4%	54,1%
HEROÍNA	81,7%	86,2%	78,7%	83,0%
BEBIDAS ENERGÉTICAS	9,4%	8,1%	17,0%	8,9%

Fuente: Elaboración propia, 2022



Tecnologías digitales, apuestas y juego

Se les ha preguntado sobre el uso del chat, redes sociales, videojuegos, juegos on-line, apuestas deportivas, visionado de páginas para adultos, etc., obteniendo los siguientes resultados (uso realizado en el último año):

Por género, **las mujeres utilizan más las redes sociales (98,2%) que los hombres (97,3%)** y las personas no binarias (91,5%). Las mujeres también presentan tasas más elevadas que los hombres y las personas no binarias en el uso del chat: 98,5% de las mujeres, 97,2% de los hombres y 90,4% de las personas no binarias.

Los hombres presentan tasas mucho más elevadas en el uso de videojuegos (74,4%) que las mujeres (46,8%), con tasas muy similares a las de las personas no binarias (76,6%). Lo mismo ocurre en el uso de páginas para adultos, destacando por encima de las mujeres (20,9%) los hombres (61,6%) y las personas no binarias (60,6%).

Con respecto a jugar dinero fuera de Internet, las mujeres presentan tasas bajas (7,5%) respecto a las personas no binarias (23,4%) o los hombres (14,4%). En el juego con dinero por Internet se mantienen las siguientes diferencias: 2,2% en mujeres, 7,2% en hombres y 24,5% en personas no binarias.

Uso de tecnologías digitales (por género).

	MUJERES	HOMBRES	P. NO BINARIA	TOTAL
USO CHAT	98,5%	97,2%	90,4%	97,7%
RRSS	98,2%	96,3%	91,5%	97,2%
VIDEOJUEGOS	46,8%	74,4%	76,6%	60,9%
PÁGINAS PARA ADULTOS	20,9%	61,6%	60,6%	41,4%
JUGAR DINERO EN INTERNET	2,2%	7,2%	24,5%	5,0%
JUGAR DINERO FUERA INTERNET	7,5%	14,4%	23,4%	11,1%
MÚSICA Y PELÍCULAS INTERNET	96,6%	94,0%	89,4%	95,2%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Uso de juego fuera de internet y en internet por género y edad..

JUEGO FUERA DE INTERNET

JUEGO EN INTERNET

EDAD	HOMBRE	MUJER	P. NO BINARIA	HOMBRE	MUJER	P. NO BINARIA
12	8,8%	11,9%	37,5%	4,3%	1,6%	37,5%
13	9,7%	8,4%	5,6%	3,1%	1,8%	5,6%
14	7,4%	7,0%	5,3%	3,0%	1,3%	5,3%
15	13,0%	6,8%	12,5%	7,0%	2,6%	12,5%
16	14,8%	5,7%	0%	9,1%	1,9%	20,0%
17	20,6%	4,4%	50,0%	10,6%	1,8%	50,0%
18	37,8%	11,6%	42,9%	18,2%	6,2%	28,6%
19+	43,1%	11,3%	63,6%	29,3%	4,2%	72,7%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Por edad y género, las tasas de juego de dinero fuera de Internet de los hombres aumentan con la edad (del 8% al 43%) y en la mayoría de la tasa de los hombres duplica la de las mujeres. Las personas no binarias presentan tasas aún más elevadas en algunos tramos de edad.

En el caso del juego en Internet, en comparación con el juego fuera de Internet, aparecen tasas más bajas. Las tasas masculinas se mantienen entre el 3 y el 10%, elevándose notablemente las tasas en el caso de los hombres de mayor edad. Las mujeres presentan en general tasas bajas entre el 1% y el 3%, aumentando entre las mujeres más mayores. Las personas no binarias presentan cifras muy elevadas, sobre todo a los 12 años y a partir de los 15.

Riesgo de desarrollo de la dependencia de Internet

Las tecnologías digitales se han convertido en una herramienta imprescindible en la vida cotidiana, sobre todo para las personas más jóvenes. Los problemas relacionados con el uso de Internet y las tecnologías surgen cuando se consolida el hábito y comienzan a dejarse de lado actividades cotidianas.

Siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional sobre Drogas, a través de la escala CIUS (Escala de Uso Compulsivo; Meermerk, Van Den Eijinden, Verlost y Garretse, 2009) podemos detectar indicadores de un uso inadecuado o problemático en quienes han realizado el cuestionario.

ENCUESTA CIUS

Esta herramienta psicométrica es un breve **cuestionario de 14 preguntas**. Se puede obtener una puntuación de 0 a 56, lo que indicará la gravedad del comportamiento de cada persona. Con **28 o más puntos se correría el riesgo de utilizar las tecnologías digitales de forma compulsiva**.

La escala CIUS se ha realizado a todas las personas encuestadas que han participado en este estudio y el resultado es que un 2,9% (156 personas) pueden ser adictas a internet y un 8% (432 estudiantes) hacen un uso abusivo de las tecnologías digitales o tienen riesgo de desarrollar su dependencia. Por género, el mayor riesgo se da en las personas no binarias 12,8% (12 personas), seguido de las mujeres 3,6% (97 personas) que duplican la tasa masculina 1,8% (47 personas).

Si tenemos en cuenta una puntuación superior a 28, vemos que hay **588 personas en riesgo de adicción a las tecnologías digitales** (390 mujeres, 176 hombres y 22 personas no binarias). En otras palabras, el 14,5% de las mujeres, el 6,7% de los hombres y el 23,4% de las personas no binarias tienen riesgo de ser adictas a Internet a corto o medio plazo.

CIUS-Riesgo de desarrollar dependencia a internet por Género

	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TOTAL
0	142- 5,4%	65- 2,4%	7- 7,4%	214- 4,0%
1-14	1.162- 44,0%	913- 34,1%	33- 35,1%	2.108- 38,9%
15-28	1.158,-43.9%	1.312- 49,0%	32- 34,0%	2.502- 46,2%
29-42	129- 4,9%	293- 10,9%	10- 10,6%	432- 8,0%
43-56	47- 1,8%	97- 3,6%	12- 12,8%	156- 2,9%
TOTAL	2.638	2,680	94	5.412

Fuente: Elaboración propia, 2022

La escala CIUS o riesgo de dependencia de Internet, en valores superiores a 28, se da sobre todo en mujeres de todas las edades, duplicando los valores de los hombres y superando la tasa de personas no binarias de 14 a 16 años. Destacan los datos muy altos de personas binarias de 11 a 13 años y de 17 o más años.

CIUS >28 puntos por edad y género.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	P. NO BINARIAS	TOTAL
11-12	2,7%	5,7%	62,5%	4,9%
13	4,2%	11,6%	22,2%	8,1%
14	6,7%	15,9%	10,5%	13,4%
15	8,5%	17,9%	6,3%	13,1%
16	9,5%	18,3%	0%	13,9%
17	6,5%	16,5%	30,0%	11,9%
18 O +	10,0%	13,4%	38,9%	12,8%

Fuente: Elaboración propia, 2022



Mitos y conocimiento sobre alcohol y otras drogas

Conocimiento y mitos.

	VERDAD.	FALSO	NO SE
Las personas que solo beben vino o cerveza no pueden llegar a ser alcohólicas	13,0%	63,2%	23,9%
El alcohol es una droga mas	75,0%	10,7%	14,3%
El alcohol es una buena forma de levantar el ánimo	28,4%	44,2%	27,4%
El alcohol sirve para relajarse	23,2%	45,0%	27,4%
Beber alcohol solo los fines de semana significa que se controla el consumo	28,9%	44,1%	27,0%
Las mujeres son más susceptibles a los efectos del alcohol	30,6%	19,%	49,8%
Si se toma café o una ducha fría, se pasa la borrachera	19,8%	26,6%	53,5%
El alcohol mejora la sexualidad	11,4%	39,4%	49,2%
Una fiesta sin alcohol no es divertida	14,7%	67,8%	17,6%
Las personas que aguantan mucho alcohol nunca se vuelven alcohólicas	7,8%	57,0%	35,2%
El cánnabis no es adictivo	6,2%	71,8%	22,0%
Como el cánnabis es natural no es dañino	4,1%	62,3%	33,6%
El alcohol no engorda	9,9%	48,5%	41,6%
Si comes cuando bebes te emborrachas menos	43,1%	14,7%	42,2%
Ciertas sustancias estimulantes (cocaína,speed,..) hacen que se pase la borrachera	5,0%	35,6%	59,4%
Bebiendo aguanto bastante, por lo que si no me emborracho, no me va a producir ningún daño	6,3%	54,7%	39,0%
El consumo de cánnabis mejora el nivel de atención	5,2%	48,6%	46,2%

Fuente: Elaboración propia, 2022

De las 17 preguntas planteadas, 10 preguntas o el 59% no han sido contestadas correctamente, bien por desconocimiento (han respondido "no sé"), bien por error. Aunque en la prevención la información no es suficiente, es absolutamente necesaria para poder cambiar conceptos, creencias y mitos que pueden llevar a cambiar los comportamientos.

Por género, las mujeres tienen mejor información que los hombres y los hombres mejor que las personas no binarias. Los conceptos o temas que se han respondido con más dificultad han sido:

- Los efectos del alcohol en el aspecto emocional, sobre todo en el estado de ánimo y la relajación.
- Control y adicción al alcohol.
- Influencia del alcohol en las mujeres.
- Formas de reducir los síntomas del exceso de alcohol.

Por edades, se ha comparado el nivel de conocimiento que tienen a los 12, 14 y 16 años (niveles educativos de 1º y 3º de la ESO y 1º de Bachillerato/Formación Profesional). Se observa que los más jóvenes tienen menos conocimientos en general.

A los 14 años, más del 50% responde correctamente en 7 de las 17 preguntas, 8 contestan "no sé". En el grupo de 16 años las respuestas correctas son 10 de 17.

A continuación los datos exactos por género:

	HOMBRES			MUJERES			P. NO BINARIAS		
	VERDAD.	FALSO	NO SÉ	VERDAD.	FALSO	NO SE	VERDAD.	FALSO	NO SÉ
Las personas que solo beben vino o cerveza no pueden llegar a ser alcohólicas	14,0%	61,3%	24,7%	11,7%	65,5%	22,8%	18,1%	50,0%	31,9%
El alcohol es una droga más	73,8%	12,2%	13,9%	76,6%	9,0%	14,5%	62,8%	16,0%	21,3%
El alcohol es una buena forma de levantar el ánimo	28,9%	41,4%	29,7%	27,6%	47,3%	25,1%	37,2%	33,0%	29,8%
El alcohol sirve para relajarse	24,5%	42,8%	32,7%	21,5%	47,4%	31,1%	31,9%	36,2%	31,9%
Beber alcohol solo los fines de semana significa que se controla el consumo	31,0%	43,0%	26,0%	26,6%	45,7%	27,6%	33,0%	29,8%	37,2%
Las mujeres son más susceptibles a los efectos del alcohol	32,5%	16,1%	51,4%	28,9%	23,1%	48,0%	25,5%	17,0%	57,4%
Si se toma café o una ducha fría, se pasa la borrachera	15,4%	26,8%	57,8%	24,2%	26,5%	49,3%	21,3%	24,5%	54,3%
El alcohol mejora la sexualidad	12,6%	37,3%	50,1%	9,9%	41,9%	48,2%	19,1%	27,7%	53,2%
Una fiesta sin alcohol no es divertida	16,2%	63,3%	20,5%	12,8%	72,9%	14,3%	25,5%	46,8%	27,7%
Las personas que aguantan mucho alcohol nunca se vuelven alcohólicas	8,9%	53,9%	37,1%	6,5%	60,4%	33,1%	13,8%	45,7%	40,4%
El cánnabis no es adictivo	6,9%	68,8%	% 24,3	5,3%	75,3%	19,4%	13,8%	55,3%	30,9%

Fuente: Elaboración propia, 2022

	HOMBRES			MUJERES			P. NO BINARIAS		
	VERDAD.	FALSO	NO SÉ	VERDAD.	FALSO	NO SE	VERDAD.	FALSO	NO SÉ
Como el cánnabis es natural no es dañino	4,8%	61,6%	33,6%	3,1%	63,4%	33,5%	14.,%	48,9%	36,2%
El alcohol no engorda	11,4%	44,0%	44,5%	8,1%	53,2%	38,7%	14,9%	43,6%	51,5%
Si comes cuando bebes te emborrachas menos	36,1%	16,2%	47,7%	50,3%	13,1%	36,6%	38,3%	14,9%	46,8%
Ciertas sustancias estimulantes (cocaína,speed,..) hacen que se pase la borrachera	6,0%	32,7%	61,3%	3,8%	38,6%	57,6%	14,9%	29,8%	55,3%
Bebiendo aguanto bastante, por lo que si no me emborracho, no me va a producir ningún daño	6,9%	51,3%	41,8%	5,4%	58,6%	36,0%	16,0%	38,3%	45,7%
El consumo de cánnabis mejora el nivel de atención	6,6%	46,5%	46,9%	3,4%	51,0%	45,6%	16,0%	40,4%	43,6%

Fuente: Elaboración propia, 2022

	12 años			14 años			16 años		
	VERDAD.	FALSO	NO SÉ	VERDAD.	FALSO	NO SE	VERDAD.	FALSO	NO SÉ
Las personas que solo beben vino o cerveza no pueden llegar a ser alcohólicas	11,0%	62,3%	36,7%	16,1%	58,7%	25,2%	12,0%	69,4%	18,6%
El alcohol es una droga más	55,6%	14,8%	29,6%	72,1%	12,7%	15,2%	81,7%	9,0%	9,3%
El alcohol es una buena forma de levantar el ánimo	17,4%	41,0%	41,6%	27,7%	42,2%	30,1%	33,7%	42,9%	23,5%
El alcohol sirve para relajarse	14,8%	39,5%	45,7%	22,3%	39,2%	45,7%	28,1%	44,2%	27,7%
Beber alcohol solo los fines de semana significa que se controla el consumo	33,8%	27,6%	38,6%	27,9%	44,1%	28,0%	27,1%	49,3%	23,6%
Las mujeres son más susceptibles a los efectos del alcohol	9,0%	21,6%	69,4%	26,4%	18,3%	55,3%	40,1%	20,5%	39,5%
Si se toma café o una ducha fría, se pasa la borrachera	14,4%	17,7%	67,9%	20,7%	19,1%	60,1%	22,9%	32,6%	44,6%
El alcohol mejora la sexualidad	6,9%	30,1%	63,0%	11,1%	36,7%	52,2%	12,2%	44,1%	43,7%
Una fiesta sin alcohol no es divertida	6,9%	62,3%	30,7%	14,7%	67,1%	18,3%	18,4%	69,7%	11,9%
Las personas que aguantan mucho alcohol nunca se vuelven alcohólicas	8,3%	36,3%	55,4%	9,2%	51,5%	39,3%	6,5%	65,9%	27,6%
El cánnabis no es adictivo	3,1%	63,3%	33,6%	5,3%	73,0%	21,7%	7,4%	73,5%	19,1%

Fuente: Elaboración propia, 2022

	12 años			14 años			16 años		
	VERDAD.	FALSO	NO SÉ	VERDAD.	FALSO	NO SE	VERDAD.	FALSO	NO SÉ
Como el cánnabis es natural no es dañino	1,4%	47,8%	50,8%	4,3%	60,9%	34,8%	4,2%	71,5%	24,2%
El alcohol no engorda	11,9%	28,2%	59,9%	10,5%	42,4%	47,1%	9,9%	56,2%	33,9%
Si comes cuando bebes te emborrachas menos	14,4%	13,7%	71,9%	39,8%	12,2%	48,0%	55,8%	15,6%	28,6%
Ciertas sustancias estimulantes (cocaína,speed,..) hacen que se pase la borrachera	2,5%	29,3%	68,2%	4,1%	33,3%	62,5%	5,6%	36,9%	57,5%
Bebiendo aguanto bastante, por lo que si no me emborracho, no me va a producir ningún daño	3,7%	33,3%	63,0%	7,1%	50,5%	42,4%	6,5%	64,8%	28,7%
El consumo de cánnabis mejora el nivel de atención	2,5%	40,7%	56,8%	4,1%	47,7%	48,2%	6,9%	51,0%	42,1%

Fuente: Elaboración propia, 2022



Comparación de consumos por centro escolar

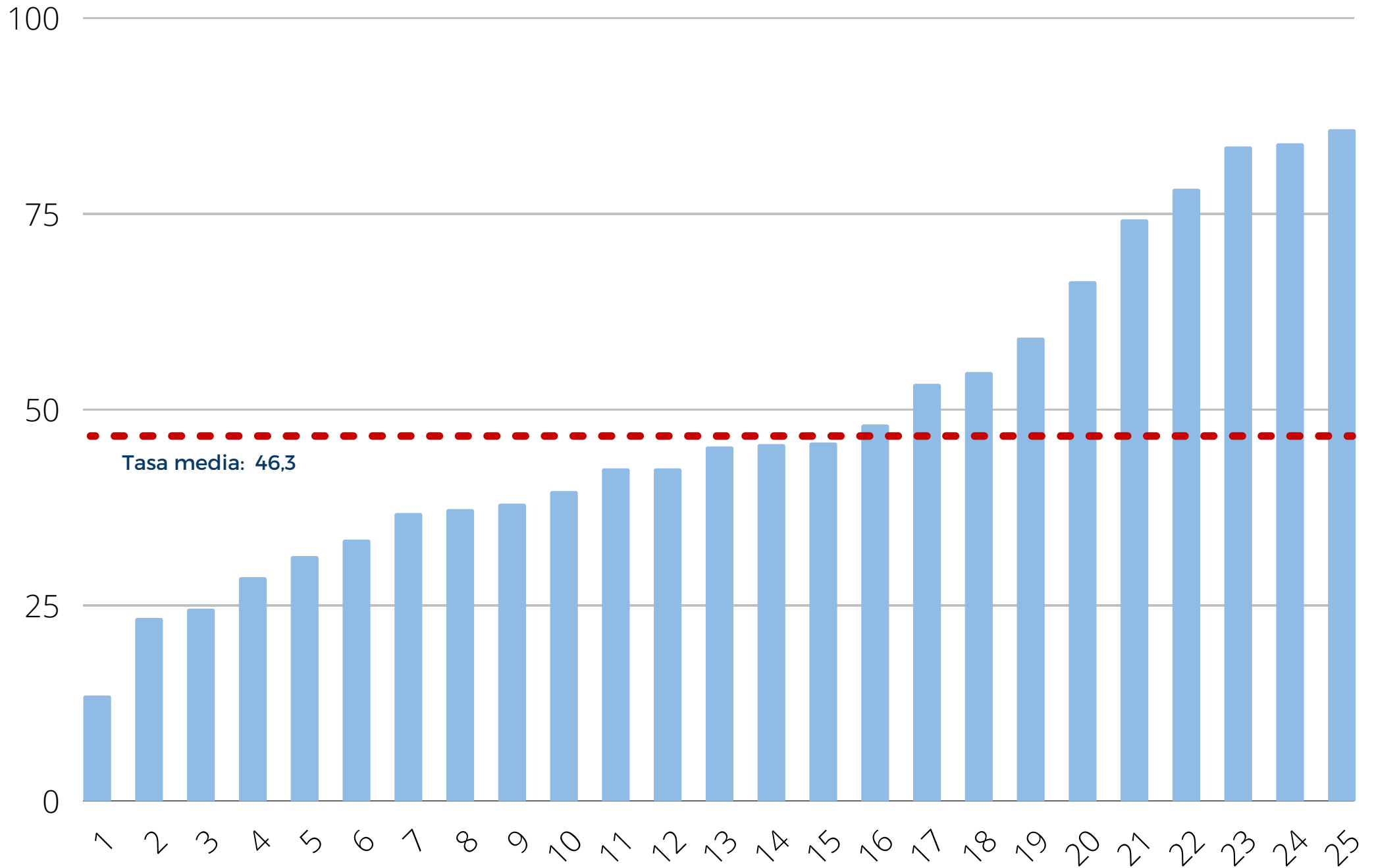
Entre los 25 centros que han participado en la investigación, hay centros de Secundaria, Bachillerato, o de ambos, de formación profesional y de formación para adultos. Esto significa que las edades del alumnado varían de entre 11 y 12 años hasta 45 años o superiores, lo que es importante, ya que, en general, los consumos suelen ser menores entre la juventud y mayores a medida que aumenta la edad.

Cada centro tiene asignado un número que sólo conoce el propio centro y tiene como referencia la tasa media de consumo de las personas que han participado. De esta manera, teóricamente cuanto más adulto sea el alumnado, más probabilidades habría de estar en la parte más alta de las tablas siguientes o superar las tasas medias. Para consultar los datos concretos ver el anexo 2.

Además de la comparación entre centros, es muy importante analizar la distribución por género de estos consumos, encontrándose diferencias significativas en este sentido. Así, en general, las tasas de consumo de mujeres de alcohol y tabaco son superiores a las de los hombres en todos los centros, excepto en cuatro (alcohol) o cinco (tabaco) centros. Las tasas de cánnabis son mayores entre los hombres en más de la mitad de los centros.

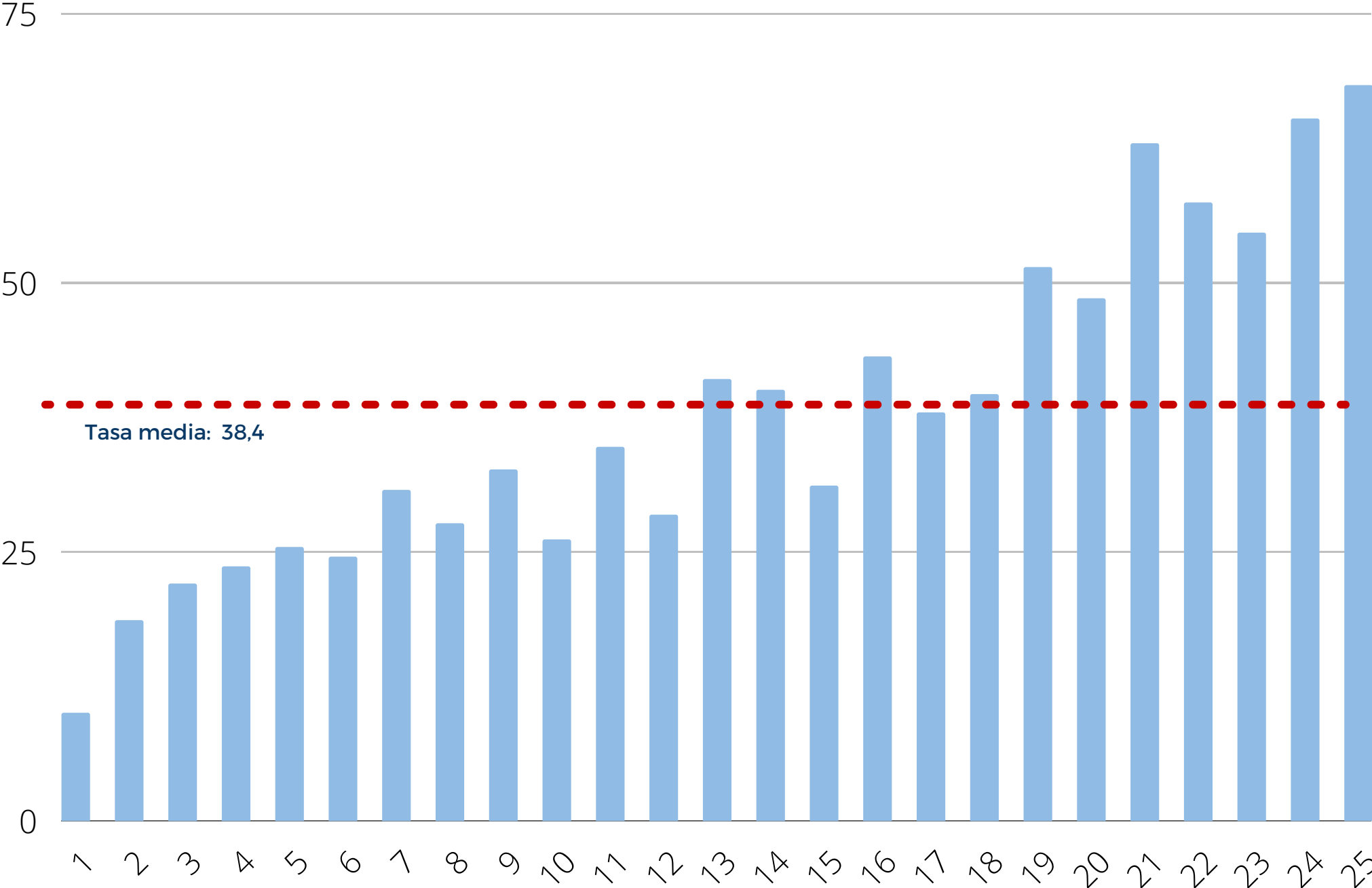
A continuación se recogen los datos de cada centro en comparación con la tasa media de consumo y los porcentajes de consumo de diferentes drogas por centro y género:

Probar alcohol en Donsotia-San Sebastián por centro escolar.



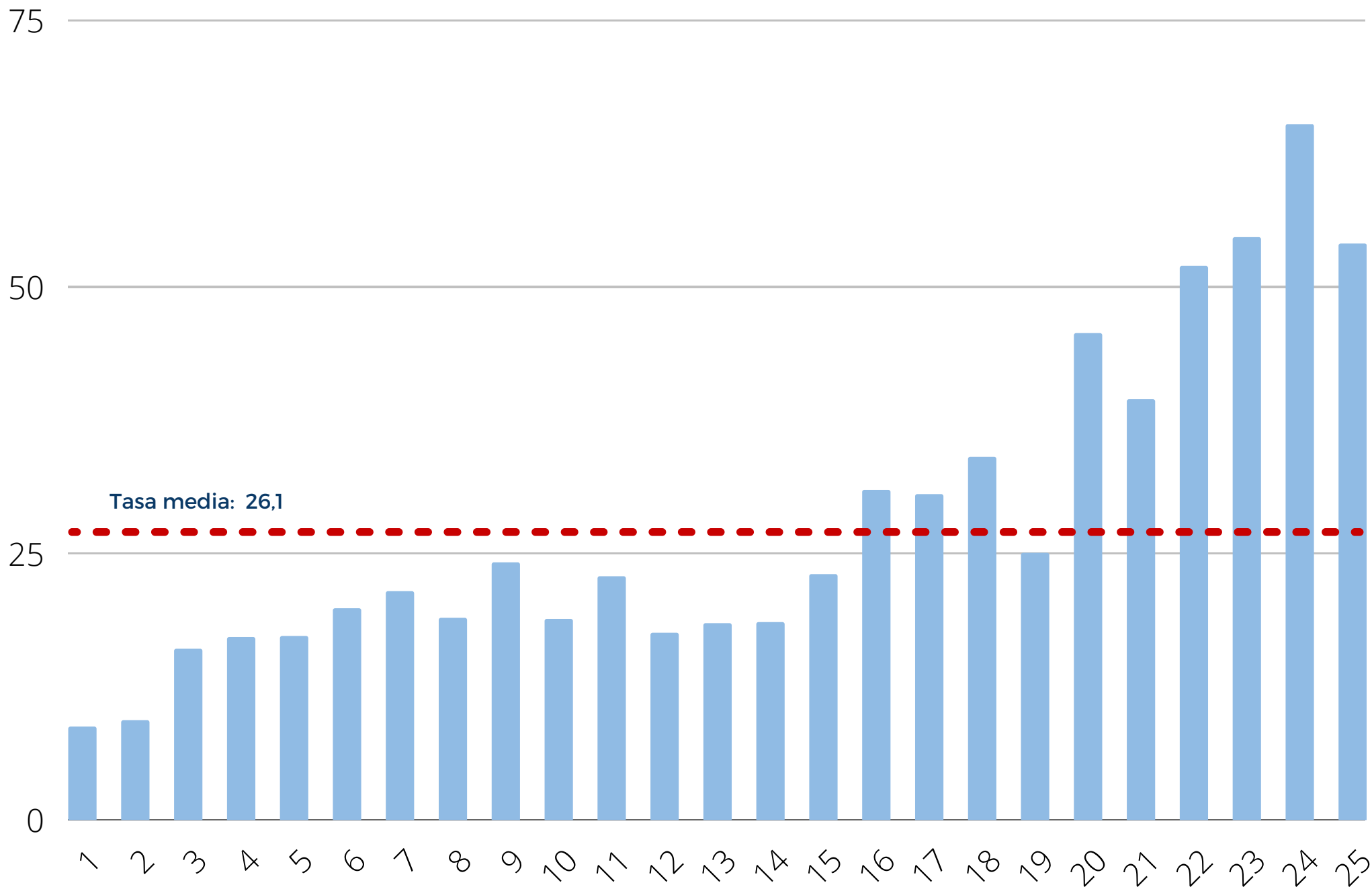
Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir alcohol (último mes) en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



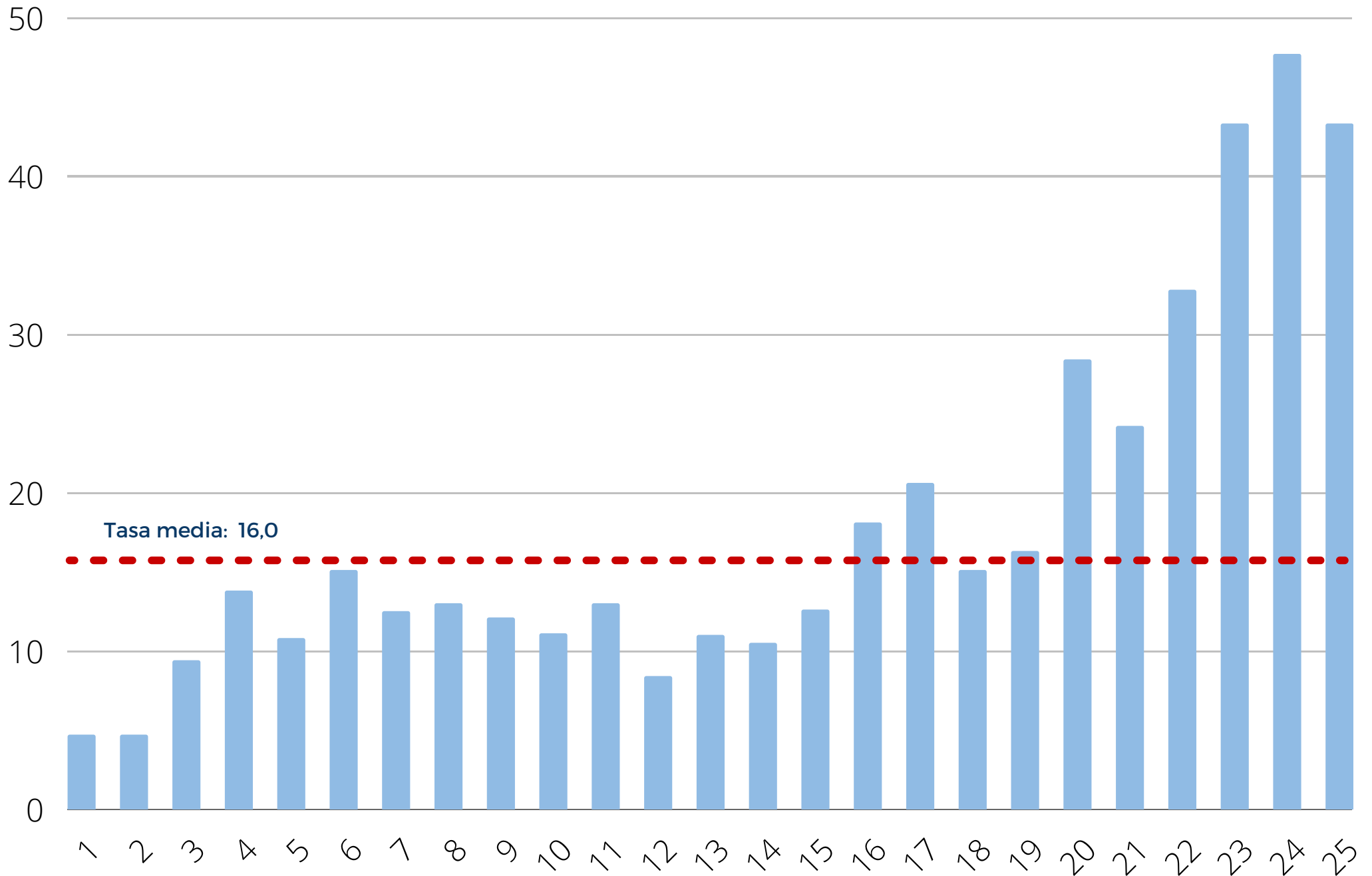
Fuente: Elaboración propia, 2022

Probar tabaco en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



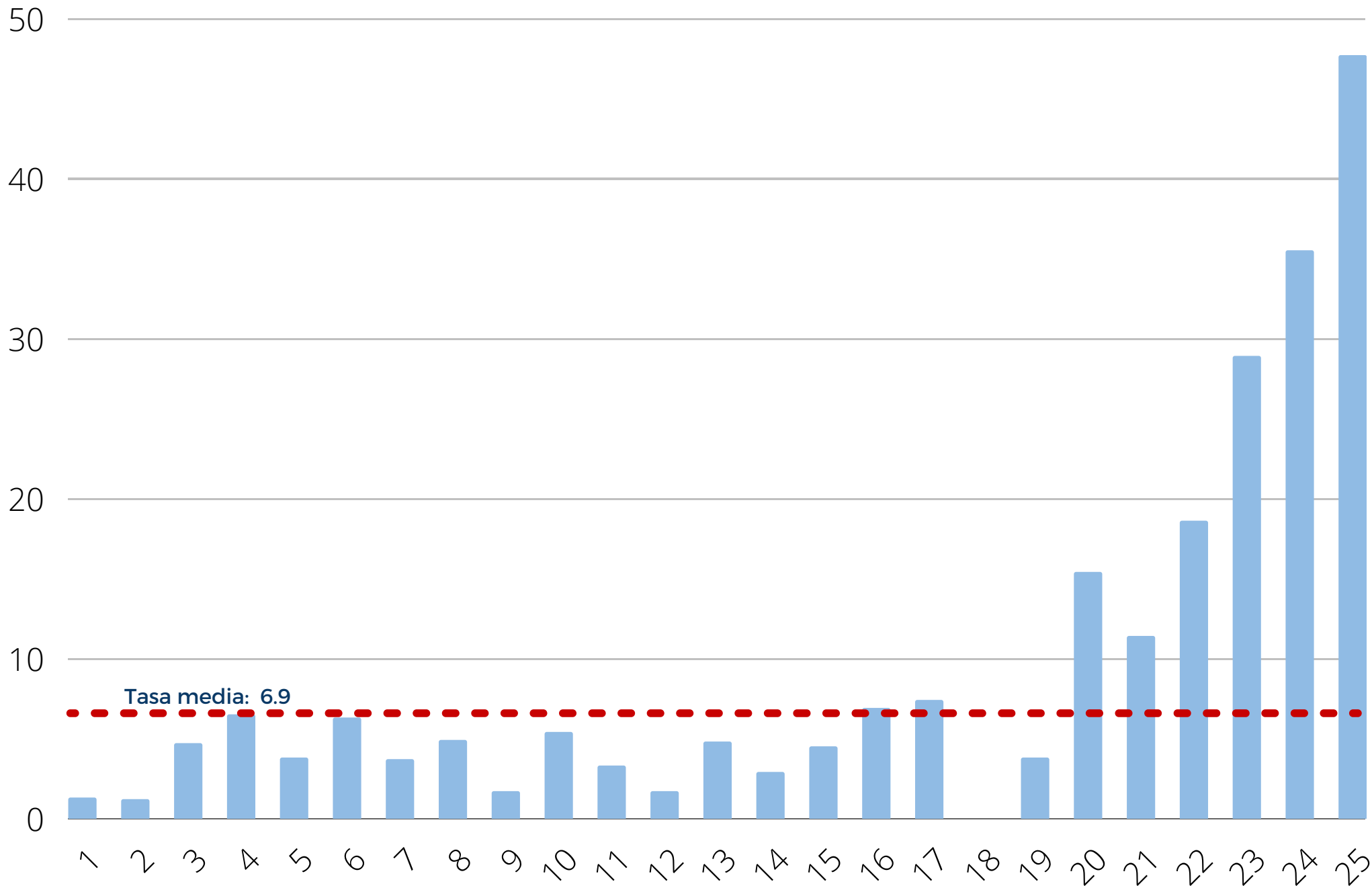
Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir tabaco (último mes) en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



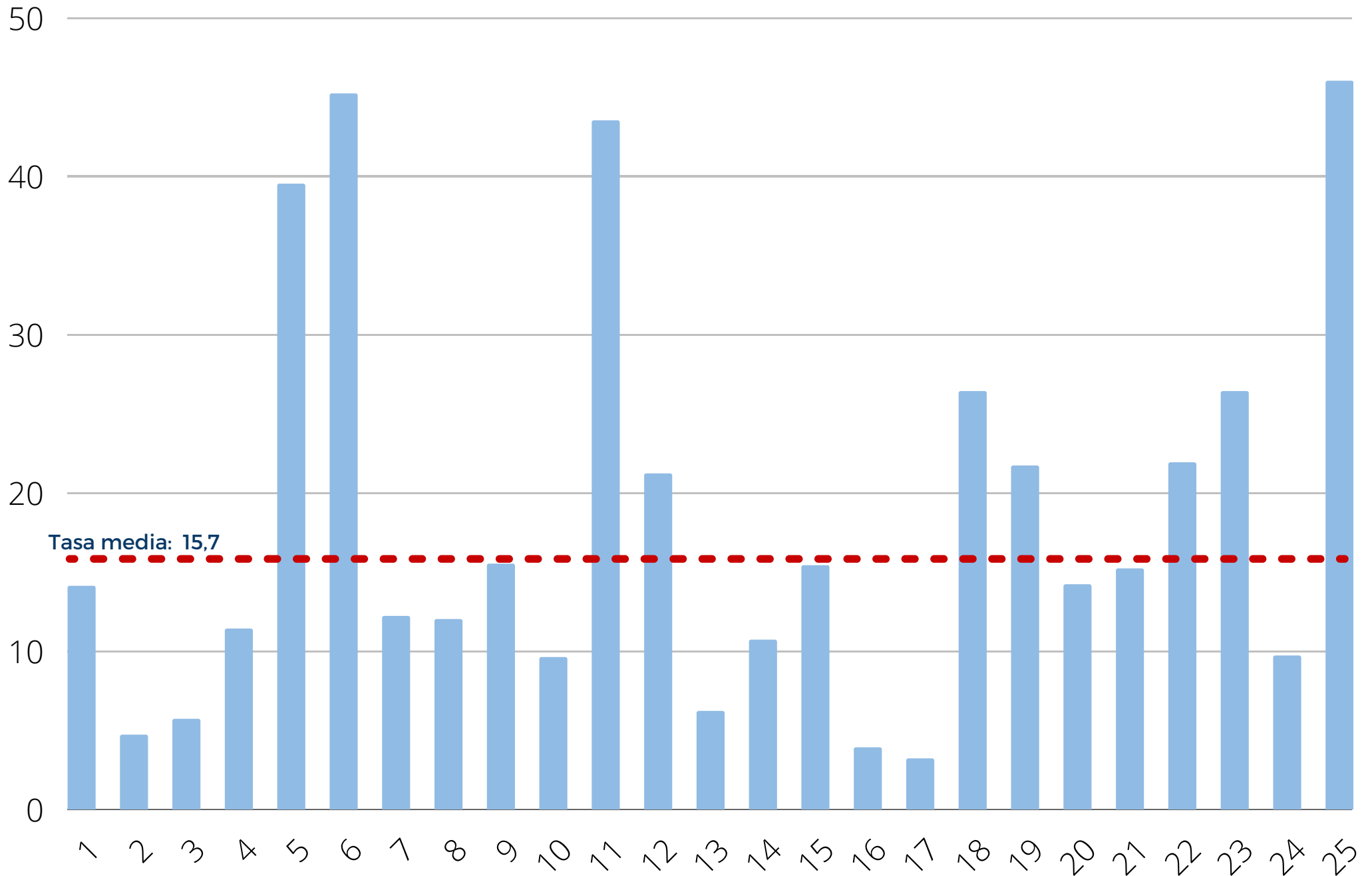
Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir tabaco (diario o caso diario) en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



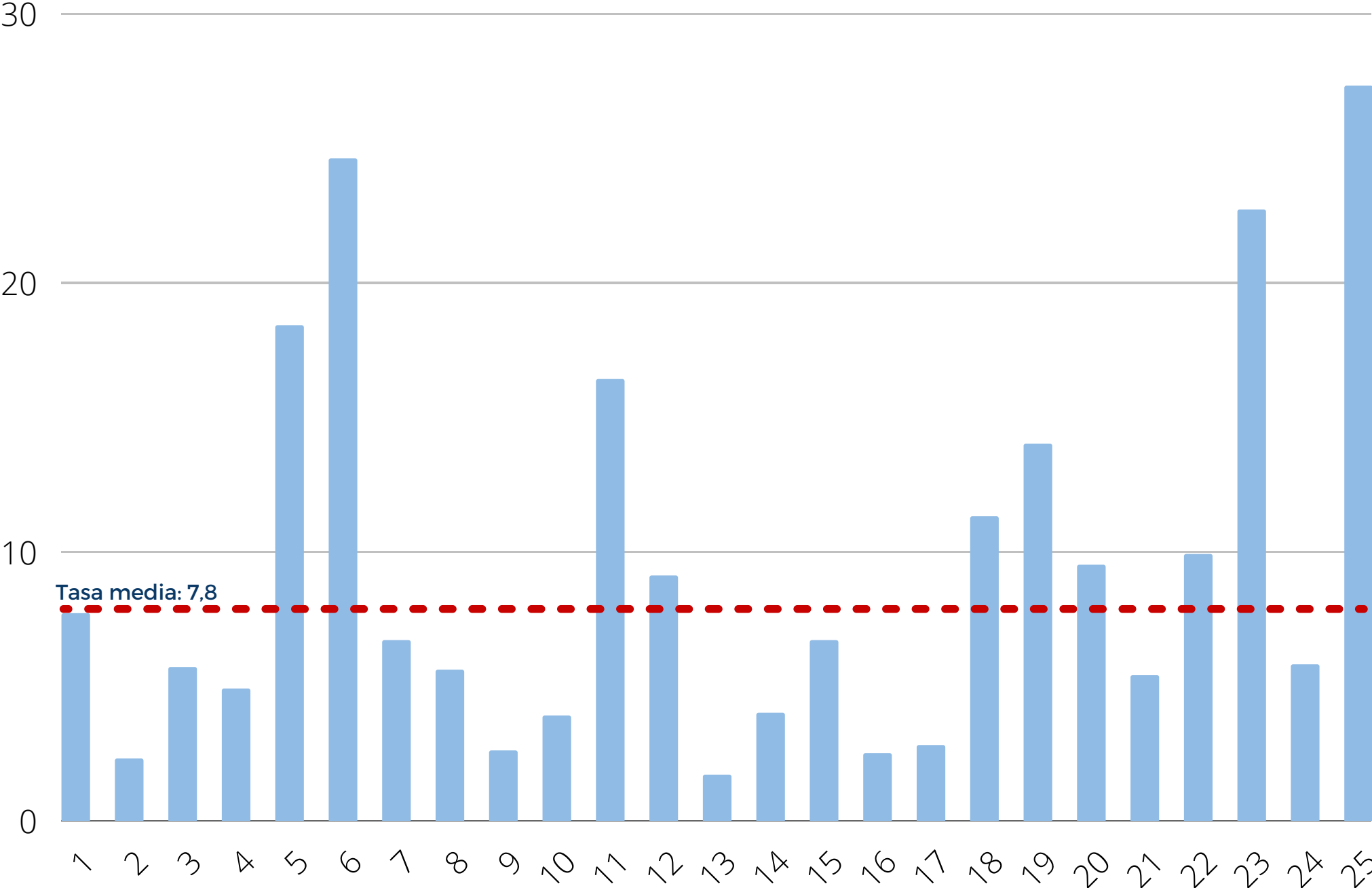
Fuente: Elaboración propia, 2022

Probar cánnabis en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



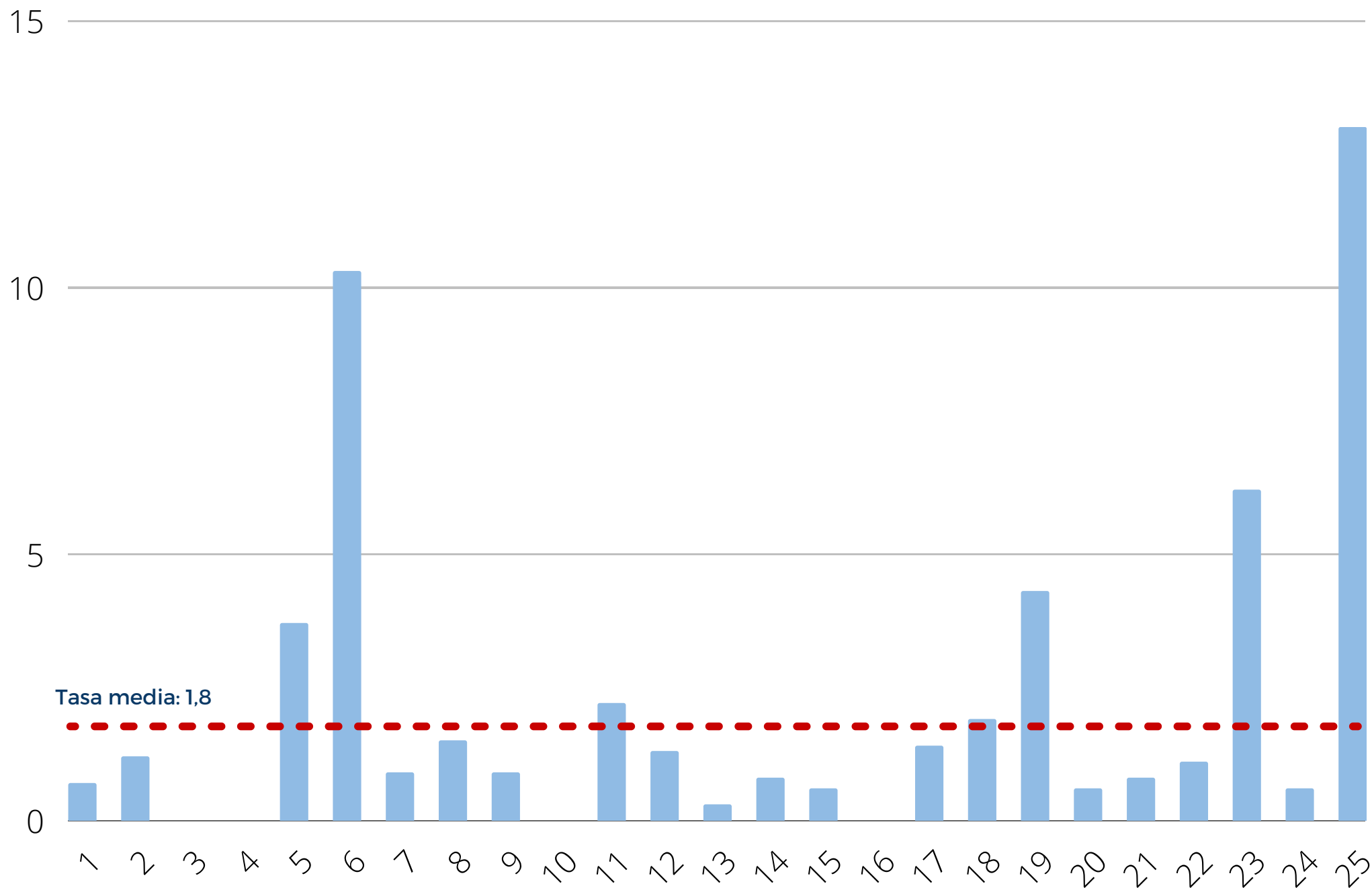
Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir cánnabis (último mes) en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



Fuente: Elaboración propia, 2022

Consumir cánnabis por (diario o casi diario) en Donostia-San Sebastián por centro escolar.



Fuente: Elaboración propia, 2022



CONCLUSIONES GENERALES

Alcohol

Una de cada 2 personas encuestadas ha probado el alcohol y uno/a de cada 3 jóvenes lo ha consumido en el último mes.

La edad media de inicio en el consumo es de 14 años y 1 mes, la edad es similar entre mujeres y hombres, mientras que entre las personas no binarias es de 12 años y 6 meses. La edad de inicio en el consumo es similar a la edad media del estudio Estudes en 2021.

Las principales razones para iniciarse en el consumo son: para divertirse o disfrutar (64.7%) para olvidarse de los problemas (53.1%) y porque lo hace el grupo de amistades (51%).

La principal razón para no consumir alcohol son sus efectos sobre la salud.

Analizando por género el consumo de las mujeres es 10 puntos superior al de los hombres.

Consumo abusivo (consumo de más de 10 unidades): 1 de cada 5 mujeres lo hace, 1 de cada 6 hombres y 1 de cada 4 personas no binarias.

El 3,6% de las personas encuestadas (196 personas) tienen **riesgo de ser adictas al alcohol**.

Tabaco

Una de cada 4 personas encuestadas ha probado el tabaco y una de cada 3 personas ha probado los vapeadores.

El número de personas que han **probado los vapeadores** entre los **12 y 14 años triplica el de quienes han probado el tabaco**.

Una de cada 6 personas (16%) ha consumido tabaco en el último mes y el **7% de las personas encuestadas lo hace a diario**.

La edad media de inicio en el consumo es de 14 años y 2 meses, la edad es similar entre mujeres y hombres, mientras que entre las personas no binarias es de 13 años y 1 mes. La edad de inicio en el consumo es similar a la edad media del estudio Estudes en 2021, dos meses más concretamente.

Analizando por género el consumo de las mujeres es algo más elevado que el de los hombres en todos los tramos de edad, la tasa de personas no binarias duplica la de mujeres y hombres.

Cánnabis

Una de cada 6 personas encuestadas **(15,7%) ha probado cánnabis**, una de cada 13 personas **(7,8%) lo ha consumido en el último mes** y el **7% lo ha hecho de forma diaria**.

La edad media de inicio en el consumo es de 14 años y 9 meses, es similar entre mujeres y hombres, la edad media de las personas no binarias es de 13 años. La edad de inicio en el consumo es igual a la edad media del estudio Estudes en 2.021.

El consumo diario por edad se mantiene entre el 1,0% y el 1,5% hasta los 17 años, a partir de esta edad el consumo diario aumenta considerablemente, **al 5,4% a los 18 años y al 10,7% a los 19 o más años**.

De las personas que prueban cánnabis son más los hombres que pasan a realizar un consumo habitual en todas las franjas de edad (excepto entre los 17 y los 19 años).

Las principales razones para consumir cánnabis son la curiosidad (15%) buscar una nueva forma de divertirse (5,6%) y el entorno (2,5%). **Los contextos** más comunes para consumir son entornos festivos y el grupo de amistades.

Consumo de otras drogas

Entre un **3 y un 4%** de las personas encuestadas **ha probado** otras drogas y **las consume el 1%**. La droga más probada y consumida son los psicofármacos, que han sido probados por el 7,1% y consumidos por el 3,6%.

Por género, el consumo de personas no binarias es entre 5 y 10 veces mayor en todas las sustancias que en mujeres y hombres. El consumo femenino de psicofármacos e inhalables es superior al masculino, el 4% de las mujeres y 2,8% de los hombres consumen psicofármacos y el 1% de las mujeres y el 0,7% de los hombres consumen inhalantes.

Percepción de riesgo de las drogas

El **mayor riesgo** lo perciben las personas investigadas con el **consumo de cocaína y heroína**, el 86% afirma que el consumo de cocaína es de alto riesgo y el 84% en el caso de la heroína. **La percepción de riesgo del cannabis es algo más baja**, el 65% la percibe como droga de riesgo. **En el caso del alcohol, los psicofármacos y el tabaco la percepción de riesgo es aún más baja**, el 30%, el 33% y el 38% responden que tienen un riesgo alto, respectivamente. **La percepción de riesgo más baja es la de las bebidas energéticas**, sólo un 8,9% piensa que el consumo de esta sustancia es peligroso.

Uso de tecnologías digitales

El chat y las redes sociales son las tecnologías más extendidas entre todas las personas participantes. Entre las mujeres el uso es mayor que entre los hombres y las personas no binarias.

El uso de páginas web exclusivas para personas adultas supera los 40 puntos entre los hombres y las personas no binarias en comparación con las mujeres, mientras que en el caso de **los videojuegos** el uso de hombres y personas no binarias es 30 puntos superior al de las mujeres y en **el juego** 7 puntos superior.

El riesgo de desarrollar adicción a las tecnologías digitales se ha detectado entre el 11% de las personas encuestadas (15% de las mujeres, 7% de los hombres y 23% de las personas no binarias).

Por género, el riesgo de entre las mujeres (más de 28 puntos del CIUS) duplica el de los hombres en todos los tramos de edad.

Juegos de azar y apuestas deportivas

Un **11% juega dinero fuera de internet** y un **5% mediante internet**. Por **género, las mujeres son las que menos juegan**; un 2,2% de mujeres juegan dinero en internet frente a 7,2% de los hombres y 24,5% de personas no binarias. Pasa lo mismo fuera de internet; 7,5% de las mujeres lo hacen frente al 14,4% de los hombres y 23,4% de las personas no binarias.

6. PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD SOBRE LAS ADICCIONES Y LA PREVENCIÓN



Para poder determinar el diagnóstico y las necesidades actuales de la realidad de Donostia-san Sebastián es fundamental conocer el punto de vista de los diferentes agentes relevantes del municipio en relación al consumo de sustancias y conductas problemáticas.

Para ello, se ha optado por utilizar una metodología basada en el modelo participativo, método de trabajo que permite recabar la opinión de agentes de diferentes sectores, implicando desde un principio a las personas en el proceso de elaboración del plan y promoviendo su seguimiento activo en las acciones de diagnóstico, planificación y evaluación que se lleven a cabo más adelante.

Con el objetivo de garantizar la participación de la comunidad en el Plan Local y obtener la mayor información posible, el personal municipal, de fundaciones, del ámbito político, asociaciones... han cumplimentado un cuestionario.



CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Un total de **194 personas** han compartido sus opiniones y percepciones de forma anónima. La mayoría de las personas participantes han dado sus respuestas en euskera, concretamente el 56,70%. El 62,64% de las personas encuestadas (122) son mujeres, el 36,08% (66 personas) hombres y el 1,03% personas no binarias (2).

Por edades, la mayor parte tiene entre 36 y 60 años, concretamente el 86,60%, el 10,31% tiene entre 18 y 35 años y el 3,09% tiene más de 60 años.

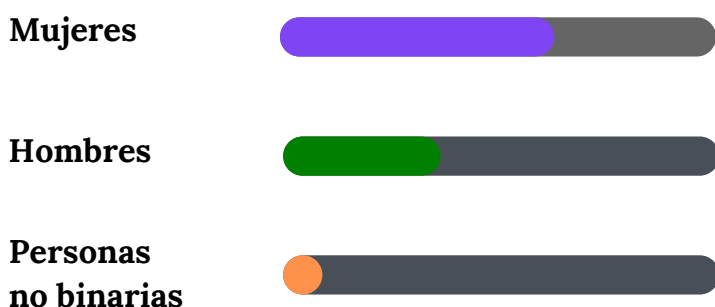


Gráfico: Participantes por género.
Fuente: Elaboración propia, 2022



Gráfico: Participantes por edad.
Fuente: Elaboración propia, 2022



PERCEPCIÓN GENERAL

Analizando las respuestas de las personas participantes se puede afirmar que **en general existe una percepción de empeoramiento de la situación de las adicciones** tanto en el caso de las adicciones comportamentales y con sustancia. (Para los datos concretos ver los anexos 3 y 4).

En el caso de las **adicciones comportamentales** la mayoría de las personas encuestadas cree que, en los últimos años se ha incrementado el uso de diferentes dispositivos y el 93,78%, el 94,35%, el 85% y el 87% respectivamente están totalmente de acuerdo o de acuerdo en que se ha incrementado el uso de **aplicaciones, redes sociales y juegos online**. El **68,36% de los participantes cree que el uso de videojuegos ha aumentado** pero el 27,68% no lo ve claro. El 64,40% cree que las personas que juegan por Internet han aumentado en los últimos años. En el caso de las apuestas realizadas en las casas de apuestas, el 38,98% cree que éstas han aumentado y el 49,71% no lo ve claro.

El 58,19% de las personas considera que ha **aumentado el número de casas de apuestas**, el 59,88% cree que hay **poca regulación de las apuestas deportivas** y el 70,62% cree que **ha aumentado la publicidad en torno a las apuestas**.

En el caso de la evolución del **consumo de sustancias**, la **opinión está más dividida** y en la mayoría de las sustancias el mayor porcentaje de personas no tiene una percepción clara o no cree que su consumo haya aumentado o disminuido. En el caso del **tabaco**, el 49,71% de las personas encuestadas no tiene una opinión clara al respecto y el 38,41% **no cree que haya aumentado el consumo**. En el caso de los **psicofármacos** el 68,36% cree que su **consumo ha aumentado**. En el caso del consumo de **cigarrillos electrónicos y el alcohol**, el 45% cree que su consumo ha aumentado, pero un alto porcentaje no lo ve claro. En el caso de las sustancias ilegales la opinión no es tan clara, ya que sólo el 36,15% y el 32,20% tienen claro que ha aumentado el consumo de cannabis y de cocaína-speed-anfetamina, respectivamente.

El 87,57% de las personas participantes considera que hay una **excesiva normalización social de algunas sustancias** y el 71,75% que la **disponibilidad de sustancias es alta**. Entre las personas encuestadas, el 54,80% afirma que ha aumentado el consumo entre las personas jóvenes, pero el 36,15% no tiene una opinión clara al respecto. El 47,45% opina que la sociedad tiene poca información pero el 24,85% piensa lo contrario.

En general, la mayoría de los participantes coinciden en la **necesidad de aumentar la participación social**, en **incrementar el número de recursos y en promover la orientación**, siendo el 70,05% quienes consideran que hay una baja participación social, el 61,58% echa en falta más orientación y el 57,62% menciona la escasez de recursos.



EVOLUCIÓN DEL CONSUMO

Las personas participantes que han cumplimentado el cuestionario han analizado si los consumos han aumentado, disminuido o cambiado en **los últimos cuatro años**. Han respondido sobre cómo ha sido la evolución de los consumos de drogas y de adicciones comportamentales, así como sobre la población de municipios del entorno, y si consideran que sus consumos son mayores, menores y/o similares a los de Donostia-San Sebastián. Además, señalan cuáles son los colectivos más afectados por estos consumos. Estas son las respuestas recibidas sobre este tema.

Respecto a las **adicciones comportamentales** (juego, tecnologías digitales...), el **84,02% cree que han aumentado**, por otro lado, el **54,12% cree que el consumo de drogas ha cambiado** y el **41,75%** considera que **ha aumentado**.

En comparación con la población del entorno, la mayoría de las personas participantes considera que tanto el uso de **sustancias adictivas** así como las **adicciones comportamentales son similares** en Donostia-San Sebastián.

Si analizamos **los colectivos más afectados por las adicciones**, el **64,49%** de las personas investigadas responde que el grupo de **personas más afectadas serían las personas jóvenes de entre 18 y 35 años**, para el **36,08%** personas con **especiales dificultades socio-emocionales**, según el **34,54%**, **personas con problemas de salud mental sin tratamiento médico** y para el **30,41%** **personas con dificultades socio-económicas**.

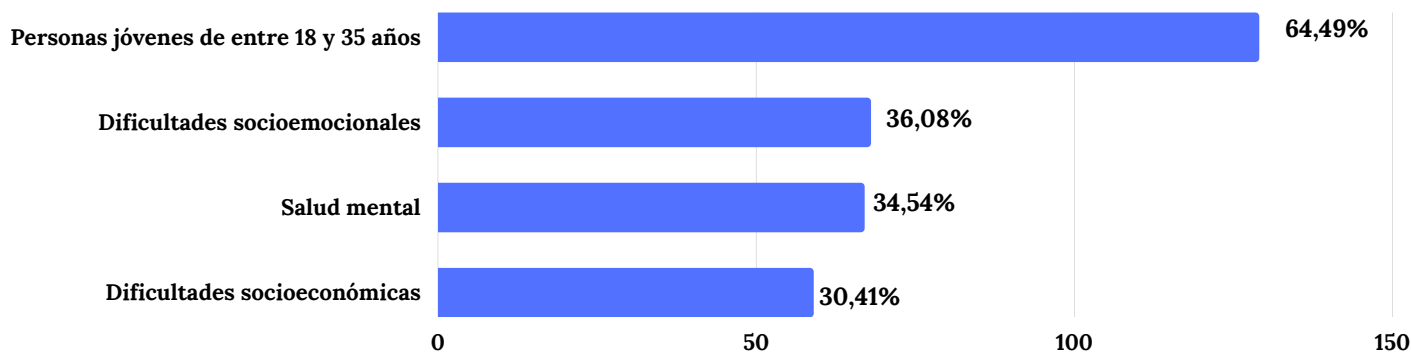


Gráfico: Personas más afectadas por las adicciones

Fuente: Elaboración propia, 2022



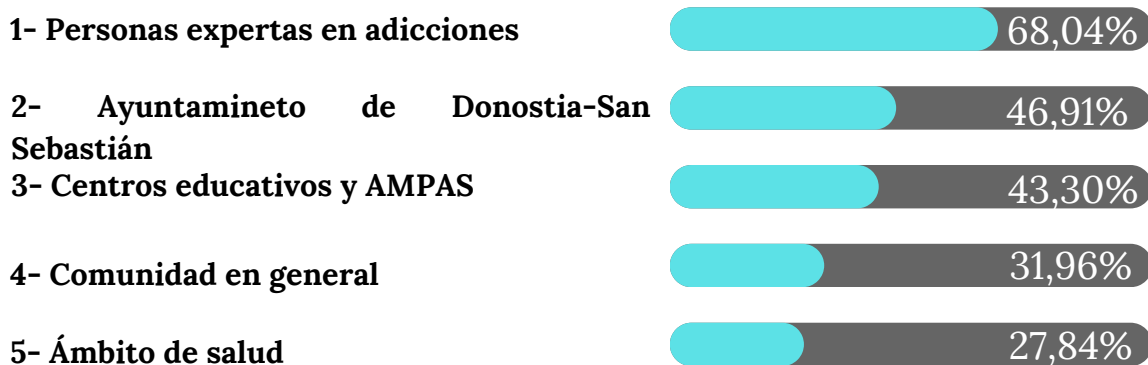
DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA PREVENCIÓN

A la hora de preguntar **qué se debería hacer para difundir y promover la prevención en Donostia-San Sebastián**, las acciones que más plantean han sido:

ACCIONES A REALIZAR		TASA
1	Comenzar antes con la labor preventiva del alumnado.	73,20%
2	Más campañas preventivas.	47,42%
3	Más oferta para el ocio y el tiempo libre.	45,88%
4	Más talleres para familias.	30,92%
5	Más acciones a nivel comunitario.	25,77%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Las acciones deberían ser realizadas por los siguientes colectivos:



Fuente: Elaboración propia, 2022



CONOCIMIENTO DE LABOR PREVENTIVA

Por último, se ha analizado si conocen o no la **labor preventiva que realiza desde el Departamento de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián** y se ha realizado una valoración de estos trabajos.

En cuanto al conocimiento, la **mayoría de las personas encuestadas desconoce la labor que se realiza desde el Departamento de Promoción de la Salud**. De las diferentes acciones, **las más conocidas son las actividades en ámbito festivo (41,24% las conoce)**, seguido del **servicio de información, orientación y asesoramiento (17,01%)** y el **control de la oferta (17,01%)**.

A continuación se ha pedido a las personas participantes que valoren **del 1 al 10** (1 poco y 10 mucho) las diferentes acciones. Para ello se les ha preguntado por **cuatro ámbitos diferentes: formación, prevención selectiva/indicativa, ocio y tiempo libre y control de la oferta**.

Todos las acciones preventivas valoradas **obtienen una puntuación de 3 a 4**, por lo que las **valoraciones pueden considerarse bajas**.

La puntuación **MÁS ALTA** corresponde a las **acciones de ocio y tiempo libre**, con una media de **4,66** y la puntuación **MÁS BAJA**, a los **trabajos preventivos de control de oferta** (3,76 de media).

La puntuación media de cada labor preventiva se muestra en la siguiente tabla:

LABORES PREVENTIVAS	PUNTUACIÓN MEDIA del 1 al 10 (1 poco 10 mucho)
FORMACIONES: talleres de prevención de adicciones con menores, profesionales, padres y madres (sin y con sustancias).	4,23
PREVENCIÓN SELECTIVA/INDICADA: información, orientación y servicio de asesoramiento.	4,09
INTERVENCIONES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE: alcoholemias,...	4,66
LABOR PREVENTIVA DE CONTROL DE LA OFERTA: inspecciones.	3,76

Fuente: Elaboración propia, 2022



CONCLUSIONES GENERALES

- La mayoría de las personas encuestadas cree que en los últimos años se **han incrementado las adicciones comportamentales**.
- En el caso de la evolución del **consumo de sustancias**, la **opinión está más dividida**; el 54,12% cree que el consumo de drogas ha cambiado y el 41,75% considera que ha aumentado.
- El 87,57% de las personas participantes considera que **hay una excesiva normalización social de algunas sustancias**.
- La mayoría de los participantes coinciden en la **necesidad de aumentar la participación social, en incrementar el número de recursos y en promover la orientación**.
- El **64,49%** de las personas encuestadas responde que el grupo de **personas más afectadas serían las personas jóvenes de entre 18 y 35 años**.
- **Para difundir y promover la prevención en Donostia-San Sebastián**, las acciones que más plantean han sido: comenzar antes con la labor preventiva del alumnado, más campañas preventivas y más oferta para el ocio y tiempo libre. Y estas acciones deberían realizarlas personas expertas en adicciones, el Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y los centros educativos y AMPAS.
- La mayoría de las personas encuestadas **desconoce la labor que se realiza desde Salud pública municipal del Departamento de Salud y Medio Ambiente**.

7. ÁREAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS Y PROYECTOS



Con el objetivo de establecer las áreas de actuación y proyectos enmarcados en el presente Plan Local de adicciones se han tenido en cuenta :



VII. Plan de Adicciones de Euskadi



Evaluación del anterior Plan Local



Evidencia científica del ámbito de las adicciones



Percepción de la población adulta



Respuestas del alumnado escolarizado

El Plan es un documento abierto y dinámico al que iremos añadiendo nuevas acciones y proyectos. Por tanto, la información que a continuación presentamos es el primer paso en la implementación de este Plan. Las modificaciones serán continuas, pero es importante mencionar que el momento crucial para el ajuste de las acciones y proyectos se realizará a los dos años, cuando realicemos el siguiente diagnóstico en los centros educativos y el cuestionario a diferentes agentes.

1. Prevención y promoción de la salud

OBJETIVO GENERAL

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

OBJETIVOS

1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.

1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo biopsico social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.

ACCIONES

1.1.1. Reforzar las intervenciones efectivas para la detección temprana de familias, menores y personas en situaciones de riesgo y especial vulnerabilidad, así como sistemas de seguimiento y evaluación.

1.1.2. Impulsar los programas dirigidos a adolescentes y jóvenes con consumos excesivos de sustancias adictivas y adicciones comportamentales, así como los que aborden un uso adecuado de las tecnologías digitales.

1.1.3. Poner en marcha acciones preventivas selectivas en jóvenes y adolescentes, junto a otros departamentos municipales, que contribuyan a aumentar la percepción del riesgo y conocimiento del impacto de las drogas y conductas adictivas como los juegos de azar en la salud y autonomía personales.

1.2.1. Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud en las intervenciones llevadas a cabo

1.2.2. Incorporar la perspectiva de género atendiendo a las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres que originan en cada caso las adicciones en todas las intervenciones de prevención municipales.

1.2.3. Potenciar en los centros escolares de la ciudad el desarrollo de factores generadores de salud y de protección de las adicciones.

1.2.4. Impulsar los programas de promoción de la salud y prevención universal de las adicciones en los ámbitos familiar, escolar, de ocio y diversión y comunitario. En concreto:

- Ofrecer y generar recursos didácticos y herramientas específicas de promoción de la salud y prevención universal dirigidos a la comunidad educativa.
- Impulsar actuaciones que proporcionen a menores y jóvenes capacidades, habilidades y herramientas que favorezcan la adopción de conductas saludables.
- Apoyar los programas ya existentes de promoción de la actividad física y del deporte.

1.2.5. Desarrollar campañas y demás acciones de sensibilización poblacional sobre sustancias concretas y adicciones comportamentales con especial énfasis en los perjuicios de aquellas sustancias que como el alcohol tienen mayor aceptabilidad social y de las adicciones que afectan a la población joven:

- Actividades dirigidas a profesionales, en especial de la educación y la comunicación.
- Diseño e implementación de estrategias de comunicación en redes sociales.
- Coordinación de un espacio interinstitucional e interdepartamental en relación al consumo excesivo de alcohol en jóvenes y adolescentes asociados a espacios de ocio (Mesa del Alcohol).

1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones

1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

1.3.1. Colaborar con Igualdad en la identificación de medidas preventivas que disminuyan los riesgos derivados del consumo de drogas (sustancias) y los abusos sexuales en los espacios de ocio.

1.3.2. Facilitar los programas de prevención y/o reducción de riesgos dirigidos a ámbitos festivos y de ocio.

1.3.3. Desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a aumentar la percepción del riesgo del consumo de sustancias y conductas excesivas generadoras de adicciones

1.3.4. Diseñar programas, contenidos y actuaciones de prevención dirigidos a reducir los riesgos asociados a un uso inadecuado del juego y de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones, así como a otras conductas excesivas susceptibles de generar adicciones.

1.4.1. Impulsar acciones encaminadas a la desnormalización de las sustancias más consumidas y de mayor aceptación social.

CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MOMENTOS FESTIVOS

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un proyecto recogido en el Plan anterior y tras las oportunas evaluaciones se seguirá desarrollando.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo general

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivo específicos

1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.

1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

Acción

Ofrecer en momentos y espacios festivos de la ciudad un punto donde poder sensibilizar, informar y orientar a las personas que se acerquen sobre el consumo de alcohol.

Colectivo al que se dirige: es un servicio de prevención, formación e información dirigido a todas las personas interesadas que se acerquen al espacio de intervención.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

-Fiestas.

-Guardia Municipal.

Bases teóricas

El modelo tradicional de consumo de drogas dominante en nuestra sociedad se ha caracterizado por el consumo del alcohol y el tabaco. Estos dos consumos cuentan con una amplia legitimación social y cultural, lo que contribuye a percibir como naturales estos consumos que tienen un gran impacto negativo. El consumo de alcohol, a pesar de ser legal, causa más problemas a los individuos, las familias y la sociedad que todas las demás drogas juntas (exceptuando el tabaco).

La mayoría de las personas consumidoras, no llegan a tener problemas con el alcohol, pero en ocasiones, un consumo elevado o continuado puede crear serios problemas con los estudios, el trabajo o la familia, también puede facilitar la aparición de enfermedades o producir accidentes. Los accidentes de tráfico son un importante problema de salud pública, muchas personas mueren y muchas otras quedan seriamente heridas e incapacitadas.

Los efectos del alcohol en el organismo son ya muy conocidos, el alcohol produce una depresión no selectiva en el sistema nervioso central, deteriorando la función psicomotora, la percepción sensorial (vista y oído), modifica el comportamiento de la persona, etc. En general, los efectos del alcohol son directamente proporcionales a su concentración en sangre, a mayor concentración mayor deterioro. La probabilidad de ser responsable de un accidente se duplica para una tasa de alcohol de 0,5 gr/l, se quintuplica para una tasa de 0,8 gr/l, y se hace 20 veces mayor para una tasa de 1,4 gr/l.

Los efectos del alcohol sobre las distintas funciones relacionadas con el rendimiento psicomotor y la capacidad para conducir, así como el riesgo de sufrir un accidente de tráfico, varían principalmente según la edad, forma de consumo de alcohol (habitual, esporádico), la experiencia en la conducción de vehículos e incluso según el tipo de colisión (sólo un vehículo o colisión múltiple).

Es sobre la base de esta relación entre la alcoholemia y el riesgo de accidente de tráfico, a partir de la cual se han establecido los niveles máximos de alcohol en sangre a los que está permitido conducir. Los conocimientos científicos actuales han contribuido a establecer que en la mayoría de países de la Unión Europea el límite sea de 0,5 gramos/litro.

La concentración de alcohol en sangre depende directamente de la cantidad de alcohol consumida: a mayor cantidad de alcohol consumida mayor cantidad de alcohol en sangre. Pero hay que tener en cuenta que el nivel de alcohol en sangre se ve influenciado por el peso y el sexo del individuo.

Para calcular la alcoholemia se puede utilizar la siguiente formula: Alcoholemia=gramos de alcohol ingeridos/peso en Kg x (0,7 en hombres y 0,6 en mujeres).

El análisis de las cantidades de alcohol ingerido nos orienta para la definición de distintos grupos de bebedores, y en especial los que presentan consumos abusivos. Para facilitar la cuantificación de los consumo existen diferentes tipologías basadas en la utilización de la unidad de medida llamada UBE (Unidad Bebida Estándar=10gramos de Etanol), que simplifica el cómputo de las cantidades de alcohol ingerido de la siguiente manera:

-1 UBE = 1 vaso de bebida fermentada (cerveza, vino...).

-2 UBEs = 1 vaso de destilados (ginebra, whisky,...).

Mujeres:

Vaso	40 Kg	45 Kg	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg
1	0,45	0,40	0,35	0,30	0,25	0,25
2	0,90	0,80	0,75	0,60	0,50	0,45
3	1,40	1,25	1,10	0,95	0,75	0,65
4	1,85	1,65	1,50	1,25	1,00	0,90

Fuente: Sasoia S.L.: Controles de alcoholemia subvencionados por el Gobierno Vasco, 2021

Hombres:

Vaso	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg	100 Kg
1	0,30	0,25	0,25	0,20	0,15	0,15
2	0,60	0,50	0,45	0,40	0,30	0,25
3	0,95	0,75	0,65	0,55	0,50	0,45
4	1,25	1,00	0,90	0,75	0,65	0,60

Fuente: Sasoia S.L.: Controles de alcoholemia subvencionados por el Gobierno Vasco, 2021

Descripción del desarrollo del proyecto

Enmarcado en momentos festivos, se realiza una campaña de sensibilización, información y prevención del consumo abusivo de alcohol, con la realización de una prueba de los niveles de alcohol. Esta prueba se realiza en stands habilitados para tal fin, a los cuales acuden todas las personas interesadas de forma voluntaria.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Concienciar al colectivo consumidor de alcohol sobre su estado real de nivel etílico y sensibilizar en relación a los riesgos de los consumos y la conducción.

Objetivos específicos

- Que las personas que se acercan a realizar la alcoholemia relacionen sus tasas de alcoholemia con la percepción de embriaguez que experimentan.
- Informar y orientar de una manera personalizado sobre los consumos y los riesgos personales de cada individuo que realiza la alcoholemia.
- Que las personas que personas conozcan las consecuencias reales que las tasas pueden ejercer ante la conducción.
- Informar sobre las consecuencias legales de la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Minimizar la el número de conductores ebrios.
- Minimizar los accidentes de tráfico causados por el consumo del alcohol.

Objetivos operativos

- Que el 80% de las personas que se acercan al stand realicen la prueba de alcoholemia.
- Que el 100% de las personas que realizan la prueba de alcoholemia tengan una información personalizada.
- Que el 80% de las personas que realizan la prueba de alcoholemia se lleven material para consultas posteriores.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Acordar con la técnico de referencia de Fiestas la ubicación, el día y la hora en las que se realizarán las alcoholemias.
- Contactar con la persona de referencia de la empresa que realiza las alcoholemias.
- Solicitar todos los permisos pertinentes.

2ª fase implementación y ejecución

- Acudir con los técnicos de la empresa contratada a poner el servicio en el lugar y momento acordados.
- Los usuarios rellenan un cuestionario en el que se piden datos sobre la edad, sexo, consumo de alcohol realizado y si se piensa realizar algún tipo de desplazamiento, y cómo sería este.
- Se pasa a realizar la prueba del nivel de alcohol, viéndose al instante el resultado que se da (positivo o negativo).
- Se les dan unos folletos informativos, así como explicaciones personalizadas sobre los consumos obtenidos y los tiempos de espera en caso de tener que desplazarse.

3ª fase evaluación

- Realizar con la empresa contratada y el técnico de referencia la evaluación del desarrollo del servicio.
- Análisis del informe de actuación.

Evaluación

Indicadores de proceso

- Nº de personas que han acudido al servicio.
- Estadísticas de los participantes.

Técnicas previstas de recogida de información

- Registro del Nº de participantes.
- Análisis de los datos recogidos.

TESTADO, ANÁLISIS E INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS ILÍCITAS EN ESPACIO DE OCIO

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un proyecto que se ha desarrollado durante años y es interesante volver a implementar con algunas propuestas de actualización y mejora para adaptarlo a la realidad de la ciudad.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo general

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivo específico

1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.

1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

Acción

Realizar testados in situ en momentos festivos para informar, orientar y prevenir el consumo de riesgo en los usuarios que se acercan al servicio.

Colectivo al que se dirige: a personas que consumen o piensan consumir sustancias ilícitas en su tiempo de ocio, especialmente a quienes están a punto de iniciarse en el consumo. También a las personas de su entorno (especialmente cuadrilla o grupo de amigos).

Proyecto a desarrollar en colaboración con

- Fiestas.
- Guardia Municipal.

Bases teóricas

La adulteración de las sustancias, debida a la falta de control sanitario, es uno de los principales riesgos sanitarios asociados con el uso de drogas ilícitas y una de las mayores preocupaciones de las personas usuarias. Por este motivo, en los últimos años se han venido extendiendo en diversos países (sobre todo en la Unión Europea) programas de testado, fundamentalmente de pastillas de éxtasis, dirigidos a advertir de este riesgo y detectar lo antes posible adulteraciones, especialmente peligrosas. Este tipo de programas han demostrado una gran efectividad a la hora de contactar con las personas usuarias, especialmente las más jóvenes, que difícilmente se interesarían por otro tipo de dispositivos preventivos y que, de esta manera, además de conocer el contenido de lo que van a consumir, pueden recibir otras informaciones complementarias, plantear consultas de todo tipo, descansar, tomar agua y algún alimento, etc. Los programas de testado también se han revelado como un valioso instrumento para recoger datos sobre la aparición de nuevas sustancias y sobre cambios en los patrones de consumo.

Descripción del desarrollo del proyecto

Este proyecto se basa en el testado (pruebas y test de los consumos) y análisis de sustancias ilegales y en la información, tanto genérica como personalizada, estando dirigida tanto a potenciales consumidores como a personas interesadas en cualquier aspecto relacionado con el uso de drogas. La participación es totalmente voluntaria. Habiendo demostrado su eficacia especialmente con los más jóvenes.

Es un Programa de prevención selectiva en espacio de ocio y diversión, que es frecuente en la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas no legales. Tiene un carácter itinerante y se desarrolla principalmente en las fiestas patronales.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Prevenir el consumo abusivo de sustancias entre los jóvenes ofreciéndoles una información veraz y objetiva que posibilite a los usuarios y usuarias de drogas una mejor gestión de los riesgos derivados de su consumo.

Objetivos específicos

- Concienciar a las personas que participen en el programa de los riesgos que entraña el uso de drogas así como incitar a la reflexión en torno a los motivos de su consumo, los objetivos que persiguen con dicho consumo y el modo en que usan las sustancias.
- Alertar a la persona usuaria acerca del inexistente control sanitario de las sustancias ilícitas advirtiéndole de la adulteración de las mismas.
- Difundir entre el colectivo usuario de drogas los conceptos de reducción de riesgos incluyendo aspectos tales como prácticas sexuales más seguras, mejora de hábitos alimenticios y conocimiento de las consecuencias legales del consumo, tenencia y tráfico de estupefacientes.
- Obtener información tanto cuantitativa como cualitativa sobre nuevas sustancias y patrones de consumo.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Acordar con la técnico de referencia de Fiestas la ubicación, el día y la hora en la que se realizarán los testados de drogas (conocer los principales lugares donde se producen los consumos, para la adecuada ubicación de la intervención).
- Coordinar con la empresa que llevará a cabo los testados.
- Solicitar los permisos pertinentes.

2ª fase implementación y ejecución

- El programa se desarrolla sobre el terreno en una furgoneta con una carpa anexa.
- Los usuarios realizan un breve cuestionario, se informa de las diferentes actividades, y se resuelven dudas. Charlas informativas para proporcionar información sobre las sustancias y sus propiedades, principales riesgos sanitarios agudos y a largo plazo, riesgos legales, consejos para un uso más seguro, adicción y dependencia, sexo seguro, etc.

- Si fuera necesario, se dirige a la furgoneta para el posible testado o para ofrecer información personalizada. (Furgoneta acondicionada como laboratorio de testado de sustancias para servicio de análisis: análisis cuantitativo posterior de las muestras que así lo requieran).
- En los casos necesarios, se derivan a las personas que lo precisan hacia otros dispositivos sanitarios o asistenciales.
- Reparto de material informativo. Reparto de consumibles (preservativos masculinos y femeninos, esnifadores desechables, suero fisiológico, alcoholímetros desechables, etc).

3ª fase evaluación

- Realizar con la empresa contratada y el técnico de referencia la evaluación del desarrollo del servicio.
- Memoria descriptiva de la actividad realizada con los datos obtenidos y valoración de la intervención.

Evaluación

Indicadores de proceso

- Nº de personas que han acudido al servicio.
- Estadísticas de los participantes. Datos sociodemográficos.
- Indicadores relacionados con los objetivos operativos.

Técnicas previstas de recogida de información

- Registro del nº de participantes.
- Evaluación del nº de derivaciones a otros servicios sanitarios.
- Encuesta sobre intención de consumo.
- Datos sobre los análisis realizados.

FORMACIÓN EN RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC-S)

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un proyecto que se está desarrollando durante años y tras actualizaciones, mejoras y ampliación del marco de actuación, se seguirá implementando.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo general

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos específicos

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

Eje de actuación: **4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN**

Objetivo general

Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Objetivos específicos

- 4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones.
- 4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito.

Colectivo al que se dirige: a los profesionales que se relacionan con menores (para que orienten a madres/padres y menores), madres/padres (para que adquieran conocimientos y habilidades dirigidos a la orientación de sus hijas e hijos) y como colectivo final, los menores (para evitar que realicen conductas de riesgo).

Proyecto a desarrollar en colaboración con

Centros Educativos.

Bases teóricas

Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación avanzan de una manera vertiginosa consiguiendo que haya una abundancia enorme de información disponible, que la gente esté más conectada entre sí, nuevas formas de entretenimiento, etc. Este avance y esta era de la comunicación digital, traen consigo sus riesgos, riesgos que muchas veces desconocemos.

En la información recogida para el Plan se ha constatado una y otra vez, que en este ámbito hay un alto nivel de desconocimiento para un manejo adecuado de los riesgos que se puedan generar como consecuencia de una utilización inadecuada.

Por un lado, nos encontramos con una juventud que se maneja con gran soltura y tiene una gran capacidad de adaptación ante los constantes cambios, pero no toma las precauciones necesarias para evitar realizar conductas de riesgo. Y por otro, estamos ante un fenómeno en el que muchos adultos muestran dificultades para entender y manejarse de una manera correcta ante los riesgos, y como consecuencia, tienen dificultades para ser modelo de referencia y control para los menores.

Es obvio, que como en otros ámbitos de la vida, los niños y los jóvenes necesitan apoyo y orientación de los adultos para llegar a utilizar estas herramientas de una manera positiva y segura sin realizar conductas de riesgo.

Los adultos mediante los conocimientos adquiridos y experiencias vividas, estamos preparados para prevenir otro tipo de riesgos, es decir, enseñamos que hay que tener cuidado al cruzar una carretera o que no hay que hablar con desconocidos, pero no hemos sido instruidos, ni tenemos mucha experiencia para realizar una prevención al mismo nivel ante los riesgos que nos podemos encontrar en la red.

Está claro que es imposible estar pendientes de todos los programas que salen, de todas las aplicaciones, de los nuevos dispositivos para acceder a la red, las nuevas maneras de comunicación, las nuevas redes sociales,... Pero lo que sí es posible, es conocer los riesgos de un uso inadecuado de las nuevas tecnologías y tener unos conocimientos básicos de herramientas de seguridad y privacidad. Para llegar a adquirir estos conocimientos y utilizar las tecnologías de manera responsable, la intervención más adecuada es la formación.

Descripción del desarrollo del proyecto

Es un proyecto que tras acordar con el centro educativo la formación a realizar, se ofrecen sesiones a los profesionales y madres/padres/cuidadores/as sesiones se complementan durante todo el curso mediante el acceso a la plataforma online para información, sensibilización, materiales para trabajar en el aula y asesoramiento.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Se busca capacitar tanto a los adultos como a los menores para prevenir y protegerse de riesgos como el ciberbullying, grooming, sexting, sextorsión, ciberdelitos, adicción,...

Objetivos específicos

- Con los conocimientos y capacidades adquiridas prevenir situaciones de riesgo.
- Evitar posteriores intervenciones más complejas y costosas para reparar los daños que se han generado por la incorrecta utilización de las nuevas tecnologías.
- Establecer un canal de comunicación con los centros educativos, tanto con su profesorado como con madres y padres.

Objetivos operativos

- Que las sesiones formativas de los centros educativos se implementen.
- Ofrecer un espacio con información, recursos y asesoramiento.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Reunirse con los centros educativos para recoger sus inquietudes.
- Diseñar las formaciones y la plataforma online.
- Contratar a las empresas que formará a los profesionales y gestionará la plataforma.
- Ajustar con la empresa la formación y el diseño de la plataforma.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Invitar a los centros educativos a participar.
- Diseñar un calendario para las sesiones.
- Desarrollo de las sesiones.
- Alimentar e ir actualizando la plataforma.

3ª fase evaluación

- Realizar dinámicas de evaluación en cada sesión.
- Realizar el cuestionario personal de evaluación.
- Recogida y análisis de los datos de la plataforma.

Evaluación

Indicadores de proceso

Para intervenciones de formación:

- Nº de entidades a las que se hará la oferta formativa.
- Cobertura esperada: Nº de entidades que participarán del proceso formativo.
- Cobertura esperada: Nº de actividades formativas.
- Cobertura esperada: Nº total de horas del proceso formativo.

Indicadores en función de los objetivos operativos:

- Asistencia a las sesiones.
- Grado de satisfacción de los asistentes respecto a la formación recibida.
- Nº de propuestas para futuras formaciones.

Técnicas previstas de recogida de información

- Registro de asistencia.
- Dinámicas de evaluación.
- Cuestionario personal de evaluación.

FORMACIÓN EN PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DEL ALCOHOL

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un programa que los últimos años a tenido un importante impulso y se ha desarrollado en más centros educativos.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo General

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivo específico

1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.

Acción

Potenciar en los centros escolares de la ciudad el desarrollo de factores generadores de salud y de protección de las adicciones.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

- Centros Educativos.

Bases teóricas

El programa Riesgo Alcohol surge ante la necesidad de dar respuesta a la creciente situación de consumo de alcohol y otras drogas en la C.A.V. sobre todo entre el sector juvenil. En este sentido, los centros educativos son el escenario idóneo para difundir información entre este colectivo ya que son espacios que acogen un gran número de jóvenes.

Descripción del desarrollo del proyecto

Programa de prevención selectiva aplicado en el ámbito educativo, dirigido al alumnado de la ESO, Bachillerato y a ciclos formativos de iniciación profesional. Se dirige a jóvenes que realizan consumo de alcohol para que desarrollen una conducta responsable en su relación con el alcohol y aumente su percepción de riesgo.

La intervención se estructura de la siguiente manera:

- Formación directa al alumnado a través de un taller de tres horas distribuido habitualmente en 2 sesiones.
- Entrega de material de trabajo y reflexión a cada escolar participante: Carpeta "Riesgo alcohol".
- Entrega de Manual de apoyo para el profesorado con información adicional y actividades complementarias.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Que la juventud tome conciencia de los riesgos asociados al consumo del alcohol y otras drogas, que tenga información de los posibles daños y riesgos que puede ocasionar dicho consumo, y que refuerce conductas de autocuidados si deciden consumir alcohol.

Objetivos específicos

- Ofrecer formación a jóvenes para reducir riesgos.
- Fomentar una actitud responsable respecto al consumo de alcohol.
- Reducir los usos problemáticos del alcohol.
- Retrasar la edad de inicio del consumo del alcohol y otras drogas.
- Evitar la progresión en el consumo y disminuir los consumos del alcohol y otras drogas: moderar el consumo o abandonarlo.
- Favorecer la toma de decisiones en situaciones de riesgo.

Objetivos operativos

- Crear un espacio de información, formación y orientación tanto a menores como a sus familias.
- Ofrecer los recursos adecuados a cada caso.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Reunirse con los centros educativos y ofrecer el programa partiendo de los datos recogidos en el centro.
- Acordar y planificar las sesiones de intervención.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Desarrollo las sesiones de intervención.

3ª fase evaluación

- Revisión del trabajo realizado.
- Recogida de nuevas propuestas.
- Recogida de indicadores de proceso y resultados.

Evaluación

Indicadores de proceso

- N° de centros que participa en el programa.
- N° de personas que participan en el programa.

Indicadores de resultado

- Encuestas de satisfacción.
- Evaluación de datos.

PREVENCIÓN DEL JUEGO PATOLÓGICO Y APUESTAS

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un programa nuevo que se ha implementado este año por primera vez como consecuencia de la necesidad de intervención detectada en el diagnóstico.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo general

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivo específico

1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo bio-psico-social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes

Acción

Potenciar en los centros escolares de la ciudad el desarrollo de factores generadores de salud y de protección del juego patológico y apuestas.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

Centros Educativos.

Bases teóricas

La American Psychiatric Association (APA) afirma que “ha habido un incremento de evidencias consistentes en que jugar activa el sistema cerebral de recompensa de forma similar a como lo hacen el uso excesivo de las drogas, y que causa patología, cuyos síntomas clínicos son similares a los que provocan las drogas”.

Desde un punto de vista científico se puede dividir el concepto de juego entre los juegos con apuestas (gambling) o sin apuestas monetarias (gaming). Ambos tipos de juego tienen en común que pueden dar lugar a hábitos adictivos perniciosos para el individuo que los sufre, pero es importante distinguirlos porque el juego con apuestas tiene más implicaciones financieras, mayor dependencia del azar y menor interactividad, y porque los juegos sin apuesta, especialmente los videojuegos, tienen una enorme extensión y constituyen un factor de riesgo hacia el juego monetario problemático.

Descripción del desarrollo del proyecto

Programa de prevención selectiva aplicado en el ámbito educativo, dirigido al alumnado de la ESO, Bachillerato y a ciclos formativos. Se busca fomentar la conciencia sobre el riesgo de adicción relacionado al juego, fomentar factores de protección ante el uso abusivo fomentando factores emocionales y un ocio saludable.

La intervención se estructura de la siguiente manera:

Formación directa al alumnado a través de dos talleres de hora y media distribuido habitualmente en 2 sesiones.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Que la juventud tome conciencia de los riesgos asociados al juego y las apuestas, que tenga información de los posibles daños y riesgos.

Objetivos específicos

- Concienciar sobre la capacidad adictiva del juego y los factores que influyen en su desarrollo.
- Ofrecer herramientas para diferenciar entre el juego lúdico y el juego patológico.
- Favorecer factores de protección que dificulten el desarrollo de conductas abusivas o adictivas relacionadas con el juego.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Reunirse con los centros educativos y ofrecer el programa partiendo de los datos recogidos en el diagnóstico realizado en el centro.
- Acordar y planificar las sesiones de intervención.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Desarrollo las sesiones de intervención.

3ª fase evaluación

- Revisión del trabajo realizado.
- Recogida de nuevas propuestas.
- Recogida de indicadores de proceso y resultados.

Evaluación

Indicadores de proceso

- N° de centros que participa en el programa.
- N° de personas que participan en el programa.

Indicadores de resultado

- Encuestas de satisfacción.
- Evaluación de datos.

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LOS LOCALES DE JOVENES

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un proyecto que se había desarrollado con anterioridad. En un momento dado, se constató que habíamos desarrollado el trabajo en todos los locales identificados, incluso en algunos locales se implementó dos veces por las necesidades detectadas. Ante la imposibilidad de llegar a nuevas personas, se suspendió la implementación para retomarlo con posterioridad. Se valora que ha llegado el momento de volver a ofrecerlo.

Eje de actuación: **1. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Objetivo general

Impulsar la promoción de la salud, de manera que se capacite a las personas para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, mediante la creación de entornos que hagan fáciles las opciones saludables y la adquisición de habilidades que ayuden a reducir la demanda de sustancias y llevar una vida libre de adicciones. Y a su vez potenciar los factores de protección, reducir la incidencia y la prevalencia de las adicciones y minimizar los factores y conductas de riesgo precursoras de las mismas.

Objetivos específico

- 1.1. Potenciar la promoción de la salud y la prevención universal desde el modelo biopsico social de las adicciones y la perspectiva comunitaria, fomentando el trabajo intersectorial, la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector y con otros agentes.
- 1.2. Potenciar la promoción de la salud y la prevención de las adicciones en personas y colectivos en situación de especial riesgo o vulnerabilidad.
- 1.3. Atenuar los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a conductas excesivas con riesgo de generar adicciones.
- 1.4. Consolidar las actuaciones para la desnormalización de las sustancias más consumidas y con mayor aceptación social.

Colectivo al que se dirige: jóvenes que se reúnen en los locales de Donostia.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

- Negociado de Igualdad.
- Guardia Municipal.
- Juventud.
- Otras instituciones/asociaciones que aportan materiales.

Bases teóricas

El espacio privado donde se reúne un grupo de jóvenes suele adoptar varios nombres como “local”, “lonja”, “txoko”, “bajera”... Su función principal es la de ser un lugar de reunión con las amistades. En estos locales se pueden encontrar grupos de chicas, de chicos, mixtos, formados por varios grupos de amigos, formados por una sola cuadrilla, etc.

Según los jóvenes que se reúnen en estos espacios, entre otras cosas, el espacio propio y la autogestión son los principales valores que aportan estos lugares. En este sentido, debemos reconocer que la juventud siempre ha perseguido esos deseos y objetivos.

Descripción del desarrollo del proyecto

Mediante este proyecto se pretende interactuar con los jóvenes en sus espacios propios. Para ello se realizarán diferentes acciones dirigidas a ofrecer información, formación y asesoramiento.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Ofrecer a los jóvenes que se reúnen en los locales de San Sebastián acciones dirigidas a la prevención de riesgos.

Objetivos específicos

- Explorar y describir las necesidades del grupo de personas que se identifica en los locales.
- Proporcionar información veraz y actualizada a las personal que acuden a los locales de jóvenes.

Objetivos operativos

- Crear un espacio de información, formación y orientación en el espacio donde se relacionan los jóvenes.
- Realizar diferentes acciones en los locales.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Realizar un listado de los locales de Donostia-San Sebastián.
- Contactar con los locales.
- Diseñar entre las personal que acuden a los locales y el Ayuntamiento las dinámicas a desarrollar.

2ª fase implementación y ejecución

Realizar las acciones diseñadas.

3ª fase evaluación

- Cuestionarios para medir el nivel de satisfacción de los participantes en las acciones.
- Análisis de datos.

Evaluación

Indicadores de proceso

- Personas destinatarias inmediatas-directas: todas las personas que acuden a los locales de jóvenes.

Función de los objetivos operativos

- Nº de locales que participan en la iniciativa.
- Nº de acciones desarrolladas en estos locales.
- Nº de personas que participan en el proyecto (distribución por sexo).

Técnicas previstas de recogida de información

- Escala y cuestionarios.

2. Reducción de la oferta

OBJETIVO GENERAL

Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

OBJETIVOS

2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción.

2.2. Controlar la oferta e introducir valores de moderación y responsabilidad en la oferta de actividades relacionadas con el juego y tecnologías digitales.

ACCIONES

2.1.1. Reforzar las intervenciones en relación con la reducción de oferta y el consumo contempladas en la normativa sobre adicciones.

2.1.2. Desarrollar programas de reducción y control de la oferta dirigidos tanto a la hostelería como a otros espacios, eventos y puntos de consumo y venta, potenciando el autocontrol y la responsabilidad en la promoción y dispensación teniendo en cuenta, desde una perspectiva de género, la incorporación creciente de las mujeres adolescentes.

2.1.3. Potenciar las medidas alternativas a las sanciones (tanto en el caso de sustancias legales como en el de las ilegales), para fomentar la responsabilización de los propios actos.

2.2.1. Impulsar medidas orientadas al autocontrol y responsabilidad en los espacios que ofrecen la posibilidad de realizar apuestas.

FORMACIÓN EN DISPENSACIÓN RESPONSABLE

Encuadre del proyecto en el Plan

Es un proyecto que a lo largo de los años y las evaluaciones realizadas se modificó y los últimos años no se ha desarrollado. Tras el diagnóstico se ha decidido volver a implementar con algunas actualizaciones.

Eje de actuación: **2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA**

Objetivo general

Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Objetivo específico

2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción.

Acción

Desarrollar programas de reducción y control de la oferta dirigidos tanto a la hostelería como a otros espacios, eventos y puntos de consumo y venta, potenciando el autocontrol y la responsabilidad en la promoción y dispensación teniendo en cuenta, desde una perspectiva de género, la incorporación creciente de las mujeres adolescentes.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

Donostia Kultura. Negociado de Igualdad. Hostelería.

Bases teóricas

Un programa de dispensación responsable es aquel que enfatiza las estrategias y actitudes de comunicación que ayudan a los profesionales de la hostelería a prevenir los efectos negativos del consumo de alcohol de sus clientes.

La dispensación responsable se centra en la intervención ambiental dirigida de manera selectiva con el objetivo de evitar riesgos. A la hora de evitar riesgos, nos dirigimos a toda la población pero, sobre todo, nos tenemos que fijar en los colectivos que, por sus condiciones físicas, edad o circunstancia, no deben beber nada de alcohol ya que el consumo puede ser perjudicial para ellos u otras personas (conductores, embarazadas, menores de edad, enfermos, personas empleadas en trabajos donde el consumo implique riesgo...).

La dispensación responsable, tiene un gran potencial de prevención de riesgos en las personas que se acercan a los establecimientos donde se dan los consumos. La dispensación responsable es un elemento clave de cualquier acción de la comunidad dirigida a la reducción de riesgos y daños. Por tanto, en este ámbito toma una gran relevancia prestar más atención a la formación del personal que dispensa en bares, pub-s, discotecas...

Mediante la dispensación responsable, se busca poner en marcha ciertas medidas con el objetivo de disuadir consumos inadecuados y para ello es necesario marcar ciertas normas en el espacio donde se consume y en el servicio que se ofrece.

Los objetivos prioritarios de la dispensación responsable son:

- No servir bebidas alcohólicas a los menores de 18 años.
- No servir alcohol a clientes intoxicados y procurar evitar la embriaguez de quien está bebiendo de más.
- Intentar disuadir a los clientes de emprender actividades arriesgadas cuando han bebido demasiado (por ejemplo, conducir).

Para que una dispensación sea responsable, Saltz y Stanghetta (1997) aportan los siguientes puntos a tener en cuenta:

1. Monitorizar el consumo del cliente y tratar de espaciar el consumo de quienes beben demasiado, cuando sea necesario, para evitar que se intoxiquen.
2. Evitar que los clientes intoxicados conduzcan o incurran en otras actividades de riesgo.
3. Servir las bebidas alcohólicas respetando las medidas estándar.
4. Promover el consumo de comida y bebidas no alcohólicas.
5. Evitar las promociones de bebidas alcohólicas (“2x1”, etc.).

Para una dispensación responsable es necesario formar a los profesionales o personas que dispensen el alcohol. Los contenidos que se pueden trabajar en estas formaciones son variados, pudiendo trabajar los siguientes puntos:

- Conocimientos teóricos sobre la dispensación responsable.
- Legislación.
- El alcohol y sus efectos.
- Estrategias de conducta para evitar situaciones problemáticas.
- Atención sanitaria.

Descripción del desarrollo del proyecto

Mediante la formación y el reparto de materiales de prevención se trabajará con los colectivos que participan en los espacios y momentos de ocio para desarrollar acciones preventivas dirigidas a las personas usuarias de esos espacios.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Capacitar a los dispensadores en la prevención de situaciones de riesgo relacionadas con el abuso del consumo de bebidas alcohólicas, el consumo por parte de colectivos de riesgo, situaciones de atención sanitaria y violencia de género.

Objetivos específicos

- Evitar circunstancias no deseables, como el consumo en menores, las borracheras o que consuman personas ebrias o que vayan a conducir.
- Reducir y evitar, mediante la dispensación responsable, los problemas asociados a esas circunstancias.
- Beneficiar a la sociedad en general transmitiendo, a través del trabajo de los profesionales que venden o sirven bebidas alcohólicas, hábitos saludables de consumo.
- Evitar las pérdidas económicas y de prestigio asociadas a estos consumos problemáticos o al consumo por parte de colectivos de riesgo.
- Saber actuar ante situaciones de necesidad de atención sanitaria.
- Saber actuar de manera adecuada ante situaciones de violencia de género.

Objetivos operativos

- Organizar sesiones formativas dirigidas a las personas que atenderán directamente a los usuarios de los espacios de ocio.
- Facilitar materiales de prevención.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Diseñar el proceso de formación.
- Buscar a los ponentes más adecuados para impartir los módulos que nos interesan.
- Ajustar con cada ponente los contenidos que impartirá, la metodología y el tiempo a invertir.
- Realizar un diseño definitivo de la formación.
- Ofrecer la formación.
- Diseñar las dinámicas y cuestionarios de evaluación.

2ª fase implementación y ejecución

- Acoger a los y las ponentes.
- Presentación de la formación.
- Recoger la asistencia.
- Desarrollo de las sesiones.

3ª fase evaluación

- Realizar dinámicas de evaluación en cada sesión.
- Realizar el cuestionario personal de evaluación.
- Recoger el nivel de satisfacción de los ponentes y asistentes.
- Recoger propuestas de mejora.

Evaluación

Indicadores de proceso

Para las intervenciones de formación:

- N° de entidades a las que se hará la oferta formativa.
- Cobertura esperada: N° de entidades que participarán del proceso formativo.
- Cobertura esperada: N° de actividades formativas.
- Cobertura esperada: N° total de horas del proceso formativo.
- Cobertura esperada: N° de personas que participarán del proceso formativo.

Indicadores relacionados con los objetivos operativos:

- Asistencia a las sesiones.
- Grado de satisfacción de los asistentes respecto a la formación recibida.
- N° de propuestas para futuras formaciones.

Técnicas previstas de recogida de información

- Registro de asistencia.
- Dinámicas de evaluación.
- Cuestionario personal de evaluación.

MEDIDAS POR TENENCIA O CONSUMO DE SUSTANCIAS

Encuadre del proyecto en el Plan

Eje de actuación: **2. REDUCCIÓN DE LA OFERTA**

Objetivo general

Limitar el acceso a sustancias y a actividades susceptibles de generar adicciones, reducir la tolerancia social frente a su consumo e impulsar el cumplimiento eficaz de la normativa vigente.

Objetivo específico

2.1. Controlar las actividades relacionadas con la promoción, publicidad, venta, suministro y consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias legales que pueden causar adicción

Acción

Ofrecer intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas detectadas por tenencia o consumo de sustancias adictivas.

Colectivo al que se dirige: a jóvenes que muestran factores de riesgo y han sido detectados por Guardia Municipal (con sanción o sin ella), por agentes sanitarios, agentes sociales o centros educativos.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

- Guardia Municipal.
- Servicios Sanitarios.
- Acción Social.
- Centros educativos.

Bases teóricas

El colectivo de los jóvenes de edad es especialmente significativo con relación al riesgo por consumo de drogas y otros tipos de riesgo. En la Adolescencia se están formando y son especialmente sensibles a la adquisición de capacidades, valores y hábitos. A esas edades, mientras se abandona el papel de dependencia ante las personas adultas, se establecen las primeras relaciones con las drogas y otros riesgos.

El proyecto aquí descrito, se sustenta en torno a diferentes ejes de referencia; el modelo de intervención sistémico, la perspectiva constructivista del aprendizaje, la adolescencia como periodo del ciclo vital crítico, la teoría del apego, la teoría de las necesidades de los adolescentes y las Drogodependencias (Modelo de reducción de riesgos y daños y el Modelo de la competencia social).

FACTORES SOBRE LOS QUE SE INCIDE:

- Favorecer y potenciar los factores de protección en los jóvenes ante los consumos de drogas.
- Reducir los consumos de riesgo asociados al consumo de drogas.
- Retrasar la edad de inicio del consumo entre los grupos de riesgo.
- Evitar la progresión en el consumo y disminuir los consumos: moderar el consumo o abandonarlo.
- Proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas y riesgos asociados a su consumo. Romper con los mitos en relación a los consumos.
- A nivel personal:
 - Tomar conciencia e identificar el propio consumo y la evolución personal.
 - Analizar diferentes motivaciones que acompañan al consumo. Aclarar la función personal que cumple el consumo.
 - Potenciar la reflexión personal en torno al rol que adoptamos en nuestro grupo natural y los posibles riesgos derivados del mismo; presión del grupo, etc.
- A nivel de información y conocimientos:
 - Aportar información científicamente contrastada con relación al cannabis/alcohol, etc.
 - Señalar claramente los colectivos para los que el consumo de cannabis/alcohol está totalmente contraindicado.
 - Trabajar prejuicios y mitos en relación a las drogas.
- A nivel reducción de riesgos:
 - Prevención de conductas de riesgo: consumo y la ley, mezcla con otras drogas, consumo en centros de estudio, consumo abusivo los fines de semana, etc.
 - Prevenir el paso hacia otras drogas y consumos.
 - Aportar líneas de autocuidado y autoprotección, para evitar o minimizar riesgos generando alternativas saludables.

Descripción del desarrollo del proyecto

Mediante este proyecto se pretende interactuar con los jóvenes en su propio sistema. Para ello se realizarán diferentes acciones dirigidas a ofrecer información, formación y asesoramiento en materias relacionadas con las adicciones.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Detectar e intervenir en situaciones de riesgo y ofrecer un recurso de tipo educativo.

Objetivos específicos

- Detectar situaciones de riesgo.
- Informar, orientar y formar a los jóvenes, sus familias y otros agentes.
- Ofrecer recursos adaptados a la situación personal de cada joven y su familia.

Objetivos operativos

- Crear un espacio de información, formación y orientación tanto a jóvenes como a sus familias.
- Ofrecer los recursos adecuados a cada caso.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Contratación de la empresa que desarrollará el servicio.
- Planificación de la gestión y coordinación entre la técnico del Ayuntamiento, otros Departamentos del Ayuntamiento y empresa contratada.
- Planificación y gestión de los casos que según sus necesidades (coordinación de casos que ya se están atendiendo desde el Departamento, casos nuevos, casos a derivar).

2ª fase implementación y ejecución

- Realizar las acciones diseñadas.

3ª fase evaluación

- Evaluaciones entre los agentes participantes.
- Análisis de datos.

Evaluación

Indicadores de proceso

Personas destinatarias inmediatas: jóvenes y familias que acuden al servicio.

Función de los objetivos operativos

- N° de jóvenes que participan en la iniciativa.
- N° de casos atendidos tras una sanción administrativa.
- N° de personas atendidos sin sanción administrativa pero con acta.
- N° de personas atendidas en centros educativos.

Técnicas previstas de recogida información

Recogida de datos.

4. Gestión del conocimiento, formación y evaluación

OBJETIVO GENERAL

Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas implementadas en este ámbito.

OBJETIVOS

4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones.

4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito.

ACCIONES

4.1.1. Mantener la colaboración estructurada con entidades que trabajan en el ámbito de la investigación y el conocimiento de las adicciones.

4.1.2. Recabar datos sobre las diferencias y especificidades existentes entre hombres y mujeres en el ámbito de las adicciones, así como sobre las desigualdades de género en la prevención y atención de las mismas.

4.2.1. Establecer canales a nivel local para la difusión de información y conocimiento relevante en materia de adicciones:

- Desarrollo y difusión de la web del Servicio de Adicciones de la Dirección de Salud y Medio Ambiente de Donostia-San Sebastián.
- Elaborar un Diagnóstico bianual de la situación de las adicciones en Donostia-San Sebastián.
- Identificar e impulsar buenas prácticas preventivas basadas en la evidencia

4.2.2. Desarrollar acciones de formación y recabar materiales divulgativos para profesionales municipales que trabajan en el ámbito de las adicciones, en base a un análisis de sus necesidades que lleve incorporada la perspectiva de equidad.

Desarrollar un programa de formación específico sobre las adicciones comportamentales, destinado a las y los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, los servicios de salud de atención primaria, los servicios sociales y tercer sector y que tenga en cuenta las especificidades que se dan en hombres y en mujeres.

4.3. Desarrollar e implantar una sistemática de evaluación de los programas del Plan municipal de prevención en materia de adicciones.

4.3.1 Instaurar un marco metodológico y las pautas de seguimiento y evaluación de los programas e iniciativas desarrollados o apoyados, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

DISEÑO Y DIFUSIÓN DE MATERIALES SOBRE DROGAS Y TICS

Encuadre del proyecto en el Plan

Tras la recogida de información mediante el diagnóstico hemos detectado la necesidad de ofrecer más información a los diferentes agentes y colectivos.

Eje de actuación: **4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, FORMACIÓN Y EVALUACIÓN**

Objetivo general

Avanzar en la investigación, en la divulgación y en el conocimiento en materia de adicciones, sus causas y efectos, así como en la evaluación de los programas e iniciativas planteados en este ámbito.

Objetivos específicos

4.1. Impulsar el desarrollo del conocimiento en el ámbito de las adicciones.

4.2. Favorecer la formación y la difusión de conocimiento relevante en materia de adicciones, especialmente entre las personas que trabajan este ámbito.

Acción

Revisar la información que en este momento distribuimos (web y material en papel). Actualizarlos y buscar nuevos materiales. Poner especial interés en conseguir o elaborar material en euskera.

Proyecto a desarrollar en colaboración con

- Gobierno Vasco.
- Centros educativos.
- Departamento de Juventud.
- Donostia Kultura.

Bases teóricas

La información es uno de los pilares fundamentales de la prevención.

Mediante el material educativo, se pretende dar a conocer ciertos conocimientos de una manera pedagógica. Con estos contenidos se busca ampliar los conocimientos de las personas que lo adquieran y lean. El material educativo facilita la adquisición de conceptos, habilidades, actitudes y destrezas.

El material se utiliza como vehículo de transmisión de los mensajes que queremos hacer llegar a los responsables de los menores y a los menores para la prevención de riesgos en drogodependencias y uso de las TICs. Estos materiales deben contar con los elementos que posibiliten cierto aprendizaje específico. La elección o el diseño de los materiales se realiza teniendo en cuenta el colectivo al que va dirigido y basándose en fundamentos psicológicos, pedagógicos y comunicacionales. Los materiales deberán ser sencillos, atractivos, comprensibles e interesantes para motivar el interés para la lectura.

Los contenidos se presentarán en diferentes formatos como: carteles, dípticos, regletas, alcoholímetros, vídeos, guías, enlaces,...

Descripción del desarrollo del proyecto

Desde el servicio se recopilan y diseñan materiales que se ofrecen a diferentes espacios y colectivos. Para facilitar el acceso a los materiales se utilizará el material físico y el soporte de la plataforma Online.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Asegurar la existencia de información en los espacios (físicos y virtuales) que utilizan los menores, madres/padres y profesionales.

Objetivos específicos

- Ofrecer a las personas usuarias o a los responsables de menores usuarios de los servicios municipales materiales relacionados con las TICs.
- Ofrecer a las personas usuarias o a los responsables de menores usuarios de los servicios municipales materiales relacionados con las drogodependencias.
- Asegurar que el material existente en los espacios municipales sea adecuado y actualizado.

Objetivos operativos

- Asegurar que haya cuadernillos/dípticos/carteles,... informativos en cada espacio que el Ayuntamiento ofrece para los menores.
- Asegurar que haya material adecuado y actualizado en la plataforma Online.

Actividades del proyecto

1ª fase planificación y diseño

- Realizar un listado de los espacios donde se quiera poner a disposición de los usuarios el material.
- Diseñar el material.

2ª fase implementación y ejecución

- Acordar con el técnico de referencia el material a repartir.
- Crear los materiales.
- Reparto de los materiales.

3ª fase evaluación

- Revisión del trabajo realizado.
- Actualización constante de los materiales.
- Recogida de nuevas propuestas.

Evaluación

Indicadores de proceso

- Número de espacios donde se ha facilitado el material.
- Número de materiales que se han repartido en relación a las drogodependencias.
- Número de materiales que se han repartido en relación a las TICs.
- Número de accesos a los materiales de la plataforma.

Técnicas previstas de recogida de información

- Registro de materiales repartidos.
- Acceso a la página web.

8. EVALUACIÓN



Para comprobar que el plan de prevención presentado está siendo eficaz y que se adapta adecuadamente a la realidad del municipio, es imprescindible un proceso de evaluación sistemático y continuado, tanto a lo largo de toda la vigencia del Plan como al final del mismo. Para ello, se llevarán a cabo dos tipos de evaluación, una **evaluación continua** y **otra evaluación final**, cada una de ellas con características específicas.

La evaluación continua la utilizaremos como instrumento de mejora y memoria de las actuaciones realizadas. Creemos que este planteamiento de trabajo dinámico y flexible tanto en el momento de implementar los proyectos como cuando se realiza una **evaluación anual**, ayudan a ajustar cada intervención a la realidad y las necesidades del momento. A través de la evaluación anual podemos conocer qué ha sucedido y saber si se han conseguido o no los objetivos planteados.

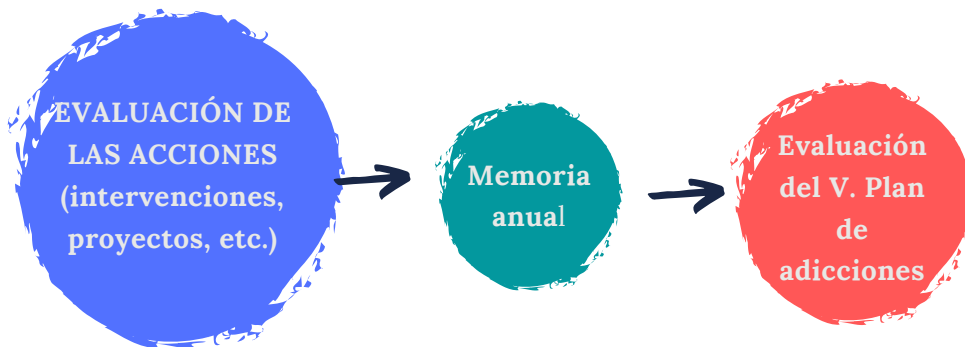
Así la evaluación se realizará durante el desarrollo y finalización de los proyectos. Para ello, en los diferentes proyectos mencionados se especifican indicadores de proceso y técnicas de recogida de información. Estos indicadores cuantitativos y cualitativos pueden ser la opinión de los participantes, actividades realizadas, nivel de participación, cuestionarios respondidos por las personas destinatarias, informes realizados por instituciones o expertos, entrevistas, reuniones de evaluación, etc., y se recogerán en diferentes informes. Estos informes ayudarán a realizar la evaluación anual donde se elaboran las conclusiones en relación a los resultados:

- Si se han obtenido los resultados previstos.
- Cuáles son los resultados más importantes.
- Hasta qué punto existe seguridad de que las intervenciones y/o proyectos han generado los resultados esperados.
- Qué explicación se puede dar de los resultados negativos y propuestas de futuro.
- Qué similitudes y diferencias encontramos respecto a otros años con objetivos y poblaciones diana parecidas,...

Esta evaluación continua es una herramienta que nos posibilita ir mejorando los procesos mientras los estamos realizando, pero no tenemos que olvidar que, siendo necesaria la mejora continua, no es menos importante hacer una evaluación final para poder tener una visión global y de esta manera, hacer mejoras para futuros Planes. Gracias a este tipo de evaluación podemos conocer el cumplimiento de los objetivos y recoger las propuestas para el nuevo Plan.

Los momentos de evaluación serían:

<p>Al finalizar una acción y/o intervención programada</p>	<p>Al final y durante el proceso, se debe tener en cuenta también el grado de eficacia en la consecución de los objetivos de cada una de las acciones que recoge el programa.</p>
<p>Al finalizar cada año</p>	<p>Al final de cada año recoger los informes de las evaluaciones de las intervenciones programadas y realizar una memoria con el objetivo de mejorar las acciones e intervenciones.</p>
<p>Al finalizar la vigencia del Plan Local de Prevención de Adicciones</p>	<p>Evaluación final: Finalizado el periodo de vigencia (2023-2027), el plan será evaluado en su conjunto, es decir, su diseño, planificación, ejecución de programas y acciones, impacto social y resultados obtenidos.</p>



Síntesis del proceso de elaboración del Plan:



9. BIBLIOGRAFÍA



- Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián. Donostia data. Recuperado el 4 de enero de <https://www.donostia.eus/ataria/es/web/donostia-data/biztanleak>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). La ecología del desarrollo humano. Paidós Ibérica.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. 1998 Sep 14; 158(16): 1789-1795.
- Cowen, E.L. (1980). The primary mental health project. Yesterday, today and tomorrow. Journal of special education, 14, 133-154.
- Custorio, M., García, N., Orriols, R., Sánchez, P. y Serra, M. (2013). Guía para la elaboración de Planes Locales de Drogodependencias. Diputación de Barcelona.
- Delegación del Gobierno Español. (1985). Plan Nacional sobre drogas. Recuperado el 4 de enero de <https://pnsd.sanidad.gob.es/home.htm>.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2017). VII Plan de adicciones. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2017). Encuesta sobre adicciones en Euskadi. SiiS, Fundación Eguia Coreaga: Centro de Documentación y Estudios.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. Vol. 196 N°4286.
- Felner, R., Jason, L., Moritsugu, J. y Farber, S. (1983). Preventive psychology. Theory, research & practice. Pergamon general psychology series.
- González de Audikana, M., Ruiz-Narezo, M., Moro, A. (coords.). (2021). Consumo de drogas y conductas de riesgo en la adolescencia. Análisis y estudios 36, Graó.
- Ley 1/2016, de 7 de abril, sobre atención integral de adicciones y drogodependencias.

- Meerkerk, G., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A. y Garretsen, H. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *CyberPsychology & Behavior*.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017-2018). Estrategia nacional sobre adicciones.
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2021). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). 1994-2021.
- Moro, A., Arostegui, E. y Montero, M. (2019). Drogas y escuela IX. Deusto publicaciones.
- Peele, S. (1985). The meaning of addiction: and unconventional view.

10. ANEXOS



Anexo 1: Población por edad y género

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
0-4	3.045	3.205	6.260
5-9	3.753	3.806	7.759
10-14	3.931	4.244	8.175
15-19	4.261	4.573	8.834
20-24	4.621	4.907	9.528
25-29	4.925	5.027	9.952
30-34	4.982	4.843	9.825
25-39	5.607	5.349	10.956
40-44	6.539	6.304	12.843
45-49	7.190	7.103	14.293
50-54	7.293	6.904	14.197
55-59	7.649	6.798	14.447
60-64	7.437	6.511	13.948
65-69	6.707	5.596	12.303
70-74	6.024	4.936	10.960
75-79	5.280	3.892	9.172
80-84	3.837	2.360	6197
85-89	3.371	1.610	4.981
90-94	1.896	674	2.570
95+	709	148	857

Fuente: Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián 2021

Anexo 2: Probar y consumir diferentes drogas por centro escolar

CENTRO ESCOLAR	PROBAR TABACO %	CONSUMIR TABACO %	TABACO DIARIO %	PROBAR ALCOHOL %	CONSUMIR ALCOHOL %	PROBAR CANNABIS %	CONSUMIR CANNABIS %	CANNABIS DIARIO %
1	8,7	4,7	1,3	13,4	10	14,1	7,7	0,7
2	9,3	4,7	1,2	23,3	18,6	4,7	2,3	1,2
3	16	9,4	4,7	24,5	17,9	5,7	5,7	0
4	17,1	13,8	6,5	28,5	22	11,4	4,9	0
5	17,2	10,8	3,8	31,2	23,6	39,5	18,4	5,7
6	19,8	15,1	6,3	33,3	25,4	45,2	24,6	10,3
7	21,4	12,5	3,7	36,7	24,5	12,2	6,7	0,9
8	18,9	13	4,9	37,2	30,7	12	5,6	1,5
9	24,1	12,1	1,7	37,9	27,6	15,5	2,6	0,9
10	18,8	11,1	5,4	39,5	32,6	9,6	3,6	0
11	22,8	13	3,3	42,4	26,1	43,5	16,4	2,2
12	17,5	8,4	1,7	42,4	34,7	21,2	9,1	1,3
13	18,4	11	4,8	45,2	41	6,2	1,7	0,3
14	18,5	10,5	2,9	45,2	40	10,7	4	0,8
15	23	12,6	4,5	45,7	31,1	15,4	6,7	0,6
16	30,9	18,1	6,9	48	43,1	3,9	2,5	0
17	30,5	20,6	7,4	53,2	37,9	3,2	2,8	1,4
18	34	15,1	0	54,7	39,6	26,4	11,3	1,9
19	25	16,3	3,8	59,1	51,4	21,7	14	4,3
20	45,6	28,4	15,4	66,3	48,5	14,2	9,5	0,6
MEDIA	26,1	16,1	6,9	46,3	38,4	15,7	7,8	1,8

Fuente: Elaboración propia, 2022

CENTRO ESCOLAR	PROBAR TABACO %	CONSUMIR TABACO %	TABACO DIARIO %	PROBAR ALCOHOL %	CONSUMIR ALCOHOL %	PROBAR CANNABIS %	CONSUMIR CANNABIS %	CANNABIS DIARIO %
21	39,4	24,2	11,4	74,2	69,2	15,2	5,4	0,8
22	51,9	32,8	18,6	78,1	57,4	21,9	9,9	1,1
23	54,6	43,3	28,9	83,5	54,6	36,1	22,7	6,2
24	65,2	47,7	35,5	83,9	65,2	9,7	5,8	0,6
25	54	36	23	85,7	68,3	46	27,3	13
MEDIA	26,1	16,1	6,9	46,3	38,4	15,7	7,8	1,8

Fuente: Elaboración propia, 2022

Anexo 3: Percepción general de las adicciones comportamentales

	TOTAL. DE ACUERDO	%	DE ACUERDO	%	NDN D	%	DESACUERDO	%	TOTAL. DESACUERDO	%
Aumento aplicaciones	129	72,88%	37	20,90%	8	4,51%	0	0%	3	1,69%
Aumento uso RRSS	126	71,18%	41	23,16%	7	3,95%	0	0%	3	1,69%
Aumento uso videojuegos	60	33,89%	61	34,46%	49	27,68%	5	2,82%	2	1,12%
Aumento juego online	87	49,15%	65	36,72%	22	12,42%	1	0,56%	2	1,12%
Aumento páginas pornog.	51	28,81%	50	28,24%	72	40,67%	3	1,69%	1	0,56%
Más apuestas en internet	47	26,55%	67	37,85%	31	17,51%	2	1,12%	3	1,69%
Más apuestas fuera internet	23	12,99%	46	25,98%	88	49,71%	15	8,47%	5	2,82%
Más casas de apuestas	48	27,11%	55	31,07%	47	26,55%	11	6,21%	16	9,03%
Más publicidad	47	26,55%	78	44,05%	35	19,77%	11	6,21%	6	3,38%
Poca regulación	56	31,63%	50	28,24%	59	33,33%	8	4,51%	4	2,25%

Fuente: Elaboración propia, 2022

Anexo 4: Percepción general de las adicciones con sustancia

	TOTAL. DE ACUERDO	%	DE ACUERDO	%	NDND	%	DESACUERDO	%	TOTAL. DESACUERDO	%
Cigarrillo electrónico	33	18,64%	48	27,11%	66	37,28%	22	12,42%	4	2,25%
Tabaco	2	1,12%	19	10,73%	88	49,71%	59	33,33%	9	5,08%
Alcohol	26	14,68%	54	30,50%	77	43,50%	15	8,47%	5	2,82%
Cánnabis	20	11,29%	44	24,85%	98	55,36%	13	7,34%	2	1,12%
Cocaína-speed-anfet.	18	10,16%	39	22,03%	111	62,71%	7	3,95%	2	1,12%
Psicofármacos	48	27,11%	73	41,24%	49	27,68%	3	1,69%	4	2,25%
Consumo jóvenes	32	18,07%	65	36,72%	64	36,15%	14	7,90%	2	1,12%
Fácil acceso	44	24,85%	83	46,89%	43	24,29%	4	2,25%	3	1,69%
Más normalidad	105	59,32%	50	28,24%	11	6,21%	7	3,95%	4	2,25%
Poca información	31	17,51%	53	29,94%	49	27,68%	37	20,90%	7	3,95%
Poca participación	45	25,42%	79	44,63%	36	20,33%	12	6,77%	5	2,82%
Pocos recursos	46	25,98%	56	31,63%	46	25,98%	23	12,99%	6	3,38%
Poca orientación	44	24,85%	65	36,72%	39	22,03%	24	13,55%	5	2,82%

Fuente: Elaboración propia, 2022