



**II Plan sobre**  
**DROGAS**  
**Y ADICCIONES**

Ciudad Autónoma de Melilla  
2014-2017



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**





## **II PLAN SOBRE DROGAS Y ADICCIONES**

Ciudad Autónoma de Melilla  
2014-2017



## INDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>11</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b>	<b>15</b>
<b>A. PROCESO CONSULTIVO</b>	<b>15</b>
<b>B. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>21</b>
<b>C. PRINCIPIOS RECTORES</b>	<b>23</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA</b>	<b>27</b>
<b>4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>33</b>
1. POBLACIÓN	33
2. EDUCACIÓN	34
3. TRABAJO	35
<b>B. ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LA JUVENTUD MELILLENSE 2012</b>	<b>37</b>
<b>C. EL CONSUMO DE DROGAS EN MELILLA</b>	<b>38</b>
1. ENCUESTA EDADES 2013 AMPLIADA EN MELILLA	38
A. PREVALENCIA DE CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA	38
B. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	39
C. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	39
D. PREVALENCIA DE CONSUMO DIARIO	39
E. VALORACIÓN DE LAS ACCIONES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS	40
2. ENCUESTA ESTUDES 2010 AMPLIADA EN MELILLA	40
A. DATOS GENERALES	41
B. CONSUMO DE TABACO	45
C. CONSUMO DE ALCOHOL	45
D. CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	48
- TRANQUILIZANTES	49
- CANNABIS	49
- COCAÍNA	50
- HEROÍNA	51
- SPEED/ANFETAMÍNAS	51
- ALUCINÓGENOS	52
- INHALABLES VOLÁTILES	52
- ÉXTASIS Y DROGAS DE DISEÑO	53
- CONSUMO DE GHB	53
E. POLICONSUMO	54
F. CANNABIS: PATRONES PROBLEMÁTICOS DE CONSUMO	56
G. OPINIONES ACERCA DEL CONSUMO DE DROGAS	58
- RIESGO PERCIBIDO	58
- DISPONIBILIDAD PERCIBIDA	58
- INFORMACIÓN RECIBIDA	59
H. ENTORNO SOCIAL	59

- EL GRUPO DE IGUALES	59
- LAS RELACIONES CON LOS PADRES	60
I. NUEVAS SUSTANCIAS	61
3. INDICADORES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS	62
- ADMISIONES A TRATAMIENTO	62
- MUERTES RASUPSI	63
- URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	63
<b>D. RECURSOS EXISTENTES EN DROGODEPENDENCIAS</b>	<b>65</b>
1. ORGANIGRAMA	65
2. ÁREAS DE INTERVENCIÓN	66
- FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN	66
- PREVENCIÓN	67
- ASISTENCIA	69
- REINSERCIÓN	71
3. EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS	73
<b>3. DESCRIPCIÓN DEL PLAN</b>	<b>77</b>
<b>A. EJES</b>	<b>77</b>
<b>B. OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>77</b>
<b>C. ACCIONES E INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>	<b>79</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>95</b>



**PRESENTACIÓN**



## PRESENTACIÓN

---



El ámbito de las adicciones abarca una problemática compleja y multidisciplinar que requiere un gran esfuerzo por parte de la sociedad, de los profesionales e instituciones a cargo de esta labor. La adicción se considera un importante problema de Salud Pública, debido al gran deterioro que sufren las personas con adicciones en todos los aspectos de su vida (físico, emocional, social, familiar y laboral), por todo ello los esfuerzos no sólo deben orientarse a la asistencia a las personas afectadas, debemos apoyar igualmente la actuación que se desarrolla en el área de la **prevención**, comprendiendo a la sociedad en su totalidad, para evitar la aparición de nuevos casos, así como el esfuerzo realizado en completar la **inserción sociolaboral** de los usuarios, fundamental para evitar las recaídas.

Las adicciones se presentan de forma variable a lo largo del tiempo, y es necesario tener en cuenta ese dinamismo a la hora de actuar. Las **encuestas** periódicas e **indicadores** anuales proporcionan un estudio previo de la situación, que nos van a dar las pautas y las claves para realizar una intervención más eficaz. Teniendo esto presente, nos estamos encontrando en nuestra Ciudad con un abanico de perfiles muy amplio. Este alberga desde los drogodependientes consumidores de heroína, sustancia que tuvo su momento más álgido en los años 80, pero de la cual en la ciudad se siguen sufriendo, en la actualidad, sus secuelas y “coletazos”, hasta las más innovadoras drogas de diseño, que lamentablemente se consumen cada vez a edades más tempranas. Todo ello sin olvidar que estos consumos se simultanean con lo que se ha venido en llamar las drogas legales, tan difíciles de combatir por su publicidad y aceptación social, y en consecuencia, complicada concienciación en la moderación del consumo. En este sentido, todos conocemos la problemática asociada al consumo de alcohol entre los menores, y los esfuerzos que se realizan desde los Planes Autonómicos y desde el Plan Nacional, para disminuir el fenómeno del **botellón** y sus consecuencias. También debemos hacer mención a las cada vez más frecuentes adicciones sin sustancias (nuevas tecnologías, juego patológico...) que afectan en muchos casos a los grupos más jóvenes de la población.

**El II Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla 2014-17** que se presenta hoy, ha contado con la participación de los ciudadanos, instituciones y organizaciones sociales que trabajan para la ciudad en este ámbito, y pretende ser un instrumento que englobe, de estabilidad y coherencia a todas las acciones y programas a desarrollar en el ámbito de las adicciones.

Este II Plan va a permitir impulsar y proponer nuevas acciones teniendo en cuenta las recomendaciones y pautas de la **Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la Droga (2013-2020)**, la **Estrategia nacional sobre Drogas (2009-2016)**, del **Plan de Acción Nacional sobre Drogas (2013-2016)**, las líneas de mejora percibidas durante la **evaluación del I Plan** y las valiosas **propuestas** aportadas por los **organismos e instituciones** públicas y privadas consultadas para su elaboración. La búsqueda de consenso, participación, concreción de las acciones y los mecanismos de evaluación de las mismas, constituyen las principales novedades del documento que presentamos a continuación.

Confío en que, con el apoyo y el trabajo de todos los *actores* implicados, consigamos alcanzar los objetivos de este II Plan Local, para lograr disminuir el número de personas con adicciones, y mejorar la atención integral de las mismas.

M<sup>a</sup> Antonia Garbín Espigares

*Consejera de Bienestar Social y Sanidad*



**ANTECEDENTES**



## 1. ANTECEDENTES

---

La Ciudad Autónoma de Melilla lleva luchando contra la problemática que desencadena la drogodependencia y adicciones más de 18 años. En este largo recorrido, se han sucedido numerosos trabajos de actuación en este ámbito, en un incesante esfuerzo por mejorar la cantidad y la calidad de los recursos empleados, tanto en la prevención de esta lacra social, como en la puesta en escena de procedimientos paliativos de las personas adictas implementados desde la Administración. Con esta finalidad, se creó en el año 1996, la Fundación de Asistencia al Drogodependiente de la Ciudad de Melilla (publicado en Boletín Oficial de la Ciudad de Melilla núm. 3457 de 8 de febrero de 1996), organismo que ha desempeñado, hasta su extinción el 31 de diciembre de 2011 (BOME 4870 de 18 de noviembre de 2011), la labor de gestionar todos estos recursos y sus actuaciones. Estos años fueron testigo de la puesta en marcha de importantes acciones que han sentado las bases para las actuaciones actuales. En 1997 se firma el primer convenio de colaboración con Cruz Roja de Melilla para el mantenimiento del Centro de Atención al Drogodependiente que se mantiene en la actualidad como único recurso en “Reducción del Daño” en la ciudad. En 2009 se firma el primer convenio de colaboración con San Vicente de Paul, conferencia Virgen de la Luz, para la puesta en marcha del Centro de Acogida de Proyecto Hombre Melilla, que desarrolla un programa “Libre de Drogas” y numerosas actividades de prevención, reinserción y apoyo familiar. Durante estos años, se introducen diferentes programas y actividades de prevención en los ámbitos educativo, comunitario y familiar: “Melilla Saludable”, “A tope sin alcohol”, “Prevenir para vivir”, “Cine y educación en valores”...y se inicia el Programa de Inserción Socio Educativo Laboral (PISEL), con la finalidad de facilitar la inserción socio laboral de las personas en tratamiento por adicción.

En el año 2010, se aprobó por unanimidad de los miembros de la Junta Rectora de la Fundación de Asistencia al Drogodependiente, en sesión celebrada el 14 de julio (BOME núm. 4765), el **I Plan sobre Drogas y otras Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla 2010-2013**, marco de referencia de todas las actuaciones que durante su vigencia se han realizado en la Ciudad Autónoma en el ámbito de las adicciones. Para su elaboración se contó con la participación de los ciudadanos, instituciones y organizaciones sociales que trabajan para la

ciudad. Este plan se sustentó siguiendo las líneas estratégicas marcadas tanto en el ámbito europeo como nacional, así como por los datos procedentes de **fuentes nacionales** (OEDT: **indicadores y encuestas estatales**) y de la **Encuesta Local sobre Hábitos de Consumo de Drogas que se realizó en 2008** promovida por la Consejería de Bienestar Social y Sanidad con el objetivo de obtener un diagnóstico previo de la situación. Este I Plan recogía un total de 11 objetivos generales distribuidos entre las siete áreas de intervención establecidas y 67 objetivos específicos.

Durante estos años la labor de la FAD, Fundación de Asistencia al Drogodependiente, en su desempeño de gestión y coordinación de lo ejecutado en el ámbito que nos concierne, ha sido no solo necesaria sino que también acertada, a juzgar por sus resultados. Sin embargo, por acuerdo de la mayoría de sus componentes, y en vistas siempre a una mejora, se decidió extinguir este organismo, entendiendo que desde la propia entidad local la gestión sería más directa y ágil. Así pues, se le encomendó esta gestión a la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Consejería de Bienestar Social, y se creó el **Consejo Local de Drogodependencias**, constituido por los representantes del pueblo de Melilla, sin personalidad jurídica diferenciada, que tiene encomendada la supervisión de dicha gestión. Así quedó acordado en sesión extraordinaria de la Junta Rectora de la FAD, el 17 de Agosto de 2011, y así mismo se reflejó en el acta correspondiente.

La primera sesión ordinaria se celebró el día dos de julio de 2012, y con la asistencia de la totalidad de sus componentes quedó constituido el Consejo Local de Drogodependencias.

La memoria- evaluación del I Plan sobre Drogas y Adicciones de Melilla 2010-13, se presentó en sesión ordinaria celebrada por el **Consejo Local de Drogodependencias** el 10 de junio de 2014. En esta sesión se informó sobre el proceso consultivo puesto en marcha para la elaboración del II Plan y se establecieron las líneas estratégicas y principios rectores del mismo.



# METODOLOGÍA

- a) Proceso consultivo
- b) Marco Conceptual
- c) Principios rectores



## 2. METODOLOGÍA

---

### a. Proceso Consultivo

#### 1. OBJETIVO

Conocer las opiniones y propuestas de todos los sectores implicados en la lucha contra las adicciones de la CAM, sobre su **problemática** y las **medidas** que consideran **prioritarias** para conseguir un alto grado de consenso y coordinación en la elaboración del II Plan sobre Drogas y Adicciones de la CAM.

#### 2. FUENTES CONSULTADAS

- Miembros del Consejo Local de Drogodependencias.
- ONGs que trabajan en el ámbito de las adicciones (Cruz Roja, proyecto Hombre, Cáritas, Melilla Acoge...)
- Colegios profesionales (Médicos, Psicólogos, Farmacéuticos, Abogados, Enfermería).
- Asociaciones vecinales, empresariales, juveniles, deportivas, CERMI, prensa y otras relacionadas con la adicción (Alcohólicos Anónimos, Ludópatas...).
- Organizaciones Sindicales y Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Departamentos de la Administración Central y Autonómica:
  - a) **Delegación del Gobierno:** Área Funcional de Sanidad y Política social, Área Funcional de Trabajo e Inmigración, Unidad de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer.
  - b) **Ciudad Autónoma de Melilla:**
    - Consejería de Bienestar Social y Sanidad (D.G del Menor y la Familia, D.G de Bienestar Social)
    - Consejería de Cultura y Festejos (D.G de Cultura y Festejos)
    - Consejería de Administraciones Públicas (Centro de Estudio y Formación de la CAM, Gabinete de Prevención y Salud Laboral)
    - Consejería de Economía y Hacienda (Planes de Empleo, Programas de Agentes de Empleo y Desarrollo Local, PROMESA)

- Consejería de Educación y Colectivos Sociales (Viceconsejería de la Mujer, Viceconsejería del Mayor y Relaciones vecinales, Dirección General de Educación y Colectivos Sociales).
  - Consejería de Fomento, Juventud y Deportes (Viceconsejería de Juventud, Dirección General de Juventud y Deportes)
  - Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana (Dirección General de la Sociedad de la Información)
  - Consejería de Seguridad Ciudadana.
- c) Comandancia General de Melilla.
  - d) Comandancia de la Guardia Civil de Melilla.
  - e) Decano de los Juzgados de Melilla.
  - f) Jefatura Superior de Policía de Melilla.
  - g) Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deporte.
  - h) Universidad de Granada. Campus de Melilla.
  - i) UNED Melilla
  - j) Dirección Territorial del INGESA.
  - k) Dirección Territorial del IMSERSO.
  - l) Dirección General de Tráfico.
  - m) Dirección del Centro Penitenciario de Melilla.
  - n) Dirección Provincial del SEPE.

### **3. METODOLOGÍA Y TEMPORALIZACIÓN**

Se elaboró un pequeño cuestionario de opinión, para recoger aportaciones e ideas. Las encuestas se enviaron durante el mes de junio/ julio, previa comunicación telefónica con las personas responsables. Se estableció un plazo de 15 días (flexible) para su devolución al Servicio de Drogodependencias de la Dirección General de Sanidad y Consumo. Se facilitó para ello una dirección de correo electrónico para el envío telemático y un teléfono de contacto para resolver cualquier duda que pudiera surgir al respecto.

## CARTA DE PRESENTACIÓN PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

Estimado Sr/ Sra:

El siguiente cuestionario tiene como finalidad la elaboración del II Plan Autonómico sobre Drogas y adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla (2014-17). Para ello se necesita contar con la opinión y las aportaciones de todos los organismos e instituciones con competencias directas o indirectas en la materia.

Siguiendo las directrices de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, del Plan de Acción Nacional (2013-2016), y de la Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la Droga (2013-2020), este nuevo Plan, al igual que el anterior, cuenta con cinco **Ejes** sobre los que se establecen 13 **Objetivos Generales** que hay que desarrollar:

EJE	OBJETIVO
1. Coordinación	1. Coordinación institucional
2. Reducción de la demanda	2. Concienciación social 3. Aumento habilidades y capacidades de resistencia 4. Retraso en la edad de inicio 5. Reducción del consumo 6. Reducción daños asociados al consumo 7. Asistencia de Calidad 8. Inserción Socio laboral
3. Reducción de la oferta	9. Control oferta de sustancias ilegales 10. Blanqueo de capitales
4. Mejora del Conocimiento	11. Investigación y mejora conocimiento 12. Evaluación
5. Formación	13. Formación

Los principios estratégicos que establece la Estrategia Nacional, para el desarrollo del Plan de Acción son los siguientes:

- **Coherencia presupuestaria y optimización de recursos**
- **Coordinación intra e Intersectorial**
- **Calidad de las actividades desarrolladas**
- **Factibilidad de las acciones y objetivos**

Necesitamos que se tengan en cuenta estos principios a la hora de elaborar sus respuestas.

Nos interesan especialmente las respuesta de los objetivos relacionados con su ámbito de actuación. Las preguntas son abiertas para dejar libertad y espacio para cualquier idea y sugerencia que pudiera surgir relacionada con el tema.

Las respuestas se pueden remitir antes del 1 de julio al Servicio de Drogodependencia de la Dirección General de Sanidad y Consumo, C/ Alfonso XIII, 52- 54, Tf: 952976251, o a la siguiente dirección de correo electrónico [dgsc@melilla.es](mailto:dgsc@melilla.es).

Muchas gracias por su colaboración

Melilla, 10 de junio de 2014

LA CONSEJERA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

Fdo: M<sup>a</sup> Antonia Garbín Espigares

## CUESTIONARIO PARA LA ELABORACIÓN DEL II PLAN SOBRE DROGAS Y ADICCIONES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA 2014-2017

### **EJE 1: COORDINACIÓN**

1. ¿Cómo se podría mejorar la comunicación entre los diferentes sectores que realizan algún tipo de actividad (preventiva, asistencial, fiscalizadora...) relacionadas con el ámbito de las adicciones? ¿qué medios son, en su opinión, los mejores para favorecer este contacto?

### **EJE 2: REDUCCIÓN DE LA DEMANDA**

2. ¿Cuáles conductas asociadas al consumo de drogas u otras conductas adictivas, son en su opinión las que mayor impacto negativo van a tener en la sociedad en los próximos años?
3. ¿Cómo se podría aumentar la conciencia social de peligro asociada al consumo de drogas? ¿qué vías de información considera usted que son las más adecuadas para promover la conciencia social sobre el problema de las drogas?
4. ¿Piensa que están bien atendidos los colectivos más vulnerables (menores no acompañados, menores infractores, hijos de drogodependientes...). ¿Qué medidas propone para mejorar la atención de estos colectivos?
5. ¿Cuáles son los factores del entorno que usted considera que pueden afectar en disminuir la edad de inicio del consumo de drogas? ¿cómo se podría intervenir sobre ellos? ¿cómo podríamos mejorar la implicación de las familias en los programas de prevención?
6. ¿Cómo se podría intervenir en mejorar la identificación de las personas que, aunque no tengan todavía problemas de adicción, sí que presentan un consumo problemático de drogas? ¿Qué profesionales deberían estar implicados?
7. ¿Sobre qué tipos de sustancias o conductas considera prioritario intervenir para realizar una asistencia dirigida a la reducción del daño?

8. ¿Qué acciones preventivas podrían ser efectivas para implantar en los lugares de trabajo?
9. ¿Cuáles son los puntos débiles que se podrían reforzar o mejorar en su opinión, en relación a la reinserción social y laboral de las personas con adicciones? ¿Cómo se podría fomentar la responsabilidad social corporativa de las empresas, para que colaboren en la reinserción?

### **EJE 3: REDUCCIÓN DE LA OFERTA**

1. ¿Cómo se podría mejorar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de tabaco y alcohol? ¿cómo se podría disminuir la accesibilidad de los menores al alcohol, tabaco y otras drogas?
2. ¿Piensa que es preocupante en nuestro medio el tráfico minorista de drogas en los centros escolares, su entorno y los lugares de ocio juvenil? ¿Qué medidas adoptaría contra este problema?
3. ¿Qué piensa del “botellón”?, ¿cree que deberían tomarse medidas en relación con el consumo de alcohol en la vía pública?
4. ¿Qué actividades se podrían realizar para disminuir el número de accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y drogas?
5. ¿Piensa que el consumo de alcohol y / o drogas debe ser causa de denegación o de limitaciones en la obtención del permiso de conducción? ¿Piensa que esta medida tiene efectos?

### **EJE 4: MEJORA DEL CONOCIMIENTO**

1. ¿Qué variables sociales/ culturales relacionadas con el consumo de drogas piensa que serían interesantes conocer en nuestro medio?
2. ¿Qué aspecto relacionado con las drogodependencias consideraría prioritario investigar?

3. ¿Qué programas o intervenciones de los que usted conoce piensa que deberían mejorar en su evaluación?

#### EJE 5: FORMACIÓN

1. ¿Qué necesidades formativas en relación con las adicciones detecta usted en su ámbito de actuación?

#### APORTACIONES O SUGERENCIAS.

Finalmente se han recibido las aportaciones de doce organismos/ Instituciones implicadas en la Ciudad Autónoma de Melilla en la lucha contra las adicciones.

### b. Marco conceptual

El uso, abuso de drogas y las adicciones en general, se constituye como uno de los fenómenos sociales más complejos de la actualidad debido a una serie de factores:

- Múltiples causas y dimensiones del fenómeno (física, psicológica ya social).
- Carácter dinámico.
- Los discursos sociales dominantes en relación con la droga en un momento determinado.

Esta perspectiva multifactorial implica que el trabajo en adicciones no sea exclusivo del sistema sanitario, sino que deben estar implicados sectores institucionales y sociales del ámbito de la educación, familia, justicia, servicios sociales...

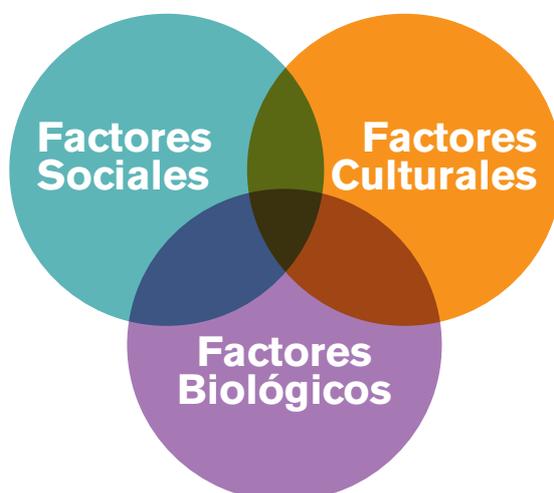
Actualmente coexisten diferentes modelos/ perspectivas teóricas que intentan explicar el consumo /abuso de drogas y las conductas adictivas.

Frente al modelo teórico tradicional **biomédico**, que sólo tenía en cuenta la sustancia y sus efectos biológicos sobre la persona, se impone actualmente el **modelo bio-psico-social** que entiende la adicción como una conducta o hábito resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, sin que ninguno de ellos pueda ser considerado como la causa primaria, pudiendo actuar cada uno de ellos aisladamente, o en combinación con los otros. Este modelo centra sus actuaciones

dando prioridad a las medidas de prevención primaria, frente a las sanitarias y legales (educación, apoyo y cohesión familiar, y desarrollo de habilidades de resistencia).



Como ya se ha mencionado, este modelo coexiste en la actualidad con otros que intentan dar respuestas a fenómeno del consumo y adicción y que sirven también de base y apoyo para la elaboración del presente plan: el **modelo de competencias** centrado en promover destrezas o competencias individuales para afrontar situaciones relacionadas con el consumo de drogas, y el **modelo ecológico o sociocultural** que considera la conducta humana como el resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales, reconociendo la existencia de una base biológica en la explicación del comportamiento, y por tanto, cierta **susceptibilidad individual** a la adicción, aunque señalando la importancia de la influencia del entorno en la conducta del individuo. Centra sus actuaciones en cambiar las estructuras sociales y culturales que facilitan el uso de drogas (medidas legislativas y de control social, intervenciones educativas...), para modificar las normas sociales facilitadoras del consumo de sustancias.



Para la elaboración del presente Plan, se ha intentado englobar las diferentes corrientes teóricas para diseñar las actuaciones en función de las características individuales (modelo de competencias), las características interpersonales del modelo bio psico social, y las socio-culturales del modelo ecológico o social y cultural, aunque hoy en día los expertos ponen el acento en el sujeto, es decir, en un nuevo paradigma centrado en la **vulnerabilidad individual**, pero sin perder de vista la **dimensión social** del fenómeno.

### c. Principios Rectores

Tomando como referencia la **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**, el **Plan de Acción Nacional 2013-2016**, la **Estrategia de la U.E. en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (DOUE 29/12/2012)**, el **Plan de acción de la UE 2013-2016** y las aportaciones del proceso consultivo, el II Plan sobre drogas y Adicciones de Melilla se sustenta en los siguientes principios rectores:

- **Globalidad e interdisciplinariedad:** la complejidad y dimensión social del fenómeno de las adicciones, hace preciso la integración de todos los recursos de la Ciudad Autónoma de Melilla.
- **Normalización:** utilización de los recursos existentes para facilitar la participación comunitaria y la integración social evitando, siempre que se pueda, la creación de recursos específicos y estructuras paralelas.
- **Responsabilidad Pública:** las actuaciones en materia de adicciones deben ser asumidas por las instituciones públicas con competencias en la materia, que deben de establecer los mecanismos necesarios de coordinación entre ellas para mejorar la calidad y eficiencia de las actuaciones.
- **Participación social y comunitaria:** dada la naturaleza social del fenómeno de las adicciones, se requiere la implicación de toda la sociedad.
- **Coordinación:** todos los agentes participantes deben estar coordinados, para facilitar la integración de los recursos desde la complementariedad.
- **Universalidad, equidad y perspectiva de género:** la atención se realiza en igualdad de condiciones, sin distinción por razón de raza, creencias, edad o sexo. Asumiendo los diferentes comportamientos y consecuencias ligados a los

consumos y conductas adictivas entre los hombre y mujeres, dando lugar a diferentes enfoques y necesidades de intervención.

- **Calidad:** todas las acciones deben estar orientadas hacia la mejora continua, satisfacción de los usuarios, eficiencia y efectividad. Para ello la formación, investigación y evaluación continua, deben estar presente en cada actuación.
- **Flexibilidad:** las respuestas deben huir de los modelos rígidos para adaptarse a las necesidades emergentes, particularidades de los usuarios, del entorno, y a los cambios sociales.
- **Coherencia presupuestaria, factibilidad y sostenibilidad:** el momento coyuntural actual, hace especialmente necesario el esfuerzo en racionalizar los gastos y rentabilizar los recursos. Los objetivos y acciones propuestos en este plan, deben ser alcanzables, adecuados a las necesidades y mantenerse a los largo del tiempo.



**MARCO  
NORMATIVO  
DE REFERENCIA**



### 3. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA

---

**La Constitución Española**, en su artículo **43**, establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud, siendo los Poderes Públicos los responsables de la organización y tutela de la Salud Pública a través de la puesta en marcha de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

**La Ley General de Sanidad (14/1986), de 25 de abril**, constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.

**La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**, se publica en el BOE núm. 38 de 13 de diciembre de 2009, con la finalidad de orientar, impulsar y coordinar las actuaciones en materia de drogodependencias que se desarrollen en España en ese periodo. Esta estrategia se desarrolla a través de dos Planes de Acción Nacionales: **Plan de Acción Nacional 2009-2012 y Plan de Acción Nacional 2013-2016**. Este último Plan de Acción, en vigor actualmente, está enmarcado en la **Estrategia de la U.E. en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (DOUE 29/12/2012)**. El 16 de septiembre de 2014, se ha hecho público el **Plan de Acción de la U.E. sobre consumo de alcohol en los jóvenes y el consumo episódico excesivo (consumo de atracón) 2014-2016**, promovido por el Comité sobre Políticas y Medidas Nacionales en materia de Alcohol (CNAPA).

**La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas en materia de salud pública, para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible y define a la **Salud Pública** como *“el conjunto de actividades organizadas por la Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva”*.

**El Real Decreto 200/2012, de 23 de enero**, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el RD 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales,

en su art. 7 define las funciones que corresponden a la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**: “...*dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y coordinación del Plan Nacional sobre Drogas...asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños...*”. La Ciudad Autónoma de Melilla participa en la Conferencia Sectorial y en la Comisión Interautonómica del PNSD (Plan Nacional sobre Drogas), como órganos que vertebran la relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, dentro del PNSD.

La **Ley Orgánica 2/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de la Ciudad de Melilla (BOE de 14 de marzo de 1995)**, en su artículo 21, apartados 18 y 19, recoge las competencias que la ciudad tiene asignadas en materia de asistencia social, sanidad e higiene, con el objetivo de mejorar la calidad y condiciones de vida de la población melillense. La Consejería de Bienestar Social y Sanidad asume las competencias en materia de prevención y asistencia al drogodependiente (BOME 3457 de 8 de febrero de 1996).

Las funciones en materia de salud pública son transferidas definitivamente a la Ciudad Autónoma de Melilla el 1 de enero de 2006 (**Real Decreto 1515/2006 sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Melilla en materia de sanidad**), asumiendo la Ciudad Autónoma, entre otras, las siguientes funciones:

1. *El estudio, vigilancia y análisis epidemiológico de los procesos que incidan, positiva o negativamente en la salud humana*
2. *Los programas sanitarios tendentes a la protección y promoción de la salud...*
3. *El desarrollo de programas de formación en materia de salud pública, coordinadamente con la Administración del estado en la forma en que reglamentariamente se establezca.*

El **Consejo Local de Drogodependencias** (BOME 4892 de 3 de febrero de 2012), es el órgano de coordinación y planificación en materia de

drogodependencias y adicciones a nivel de la Ciudad Autónoma de Melilla, sin personalidad jurídica propia y dependiente de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad. *“Corresponde a este Consejo, dentro de sus competencias, asesorar, coordinar, desarrollar, apoyar, controlar y evaluar los programas y actuaciones dirigidos a :*

- 1. Erradicar el inicio del consumo de drogas.*
- 2. Reducir los riesgos y consecuencias del consumo de drogas.*
- 3. Informar adecuadamente a la población sobre las drogas que pueden generar dependencia y de las consecuencias de su consumo.*
- 4. Aumentar las alternativas y oportunidades para adoptar modos de vida más saludables.*
- 5. Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia.*
- 6. Disminuir la presencia, promoción y venta de drogas en la Ciudad de Melilla.*
- 7. Coordinar y hacer el seguimiento de los diferentes programas y entidades que existen en la ciudad en materia de drogodependencias y adicciones*





# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

- a) Datos sociodemográficos
- b) Estudio sociológico de la juventud melillense 2012
- c) El consumo de drogas en Melilla



## 4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

### a. Datos Sociodemográficos

#### 1. POBLACIÓN

Según datos obtenidos del último Padrón Municipal (1-1-2013), y los datos provisionales a 1 de enero de 2014 (INE), la Ciudad Autónoma de Melilla tiene una población de 83.679 habitantes (5.203 más que en el año 2011), 43.017 varones (51,40%) y 40.662 mujeres (48,59%).

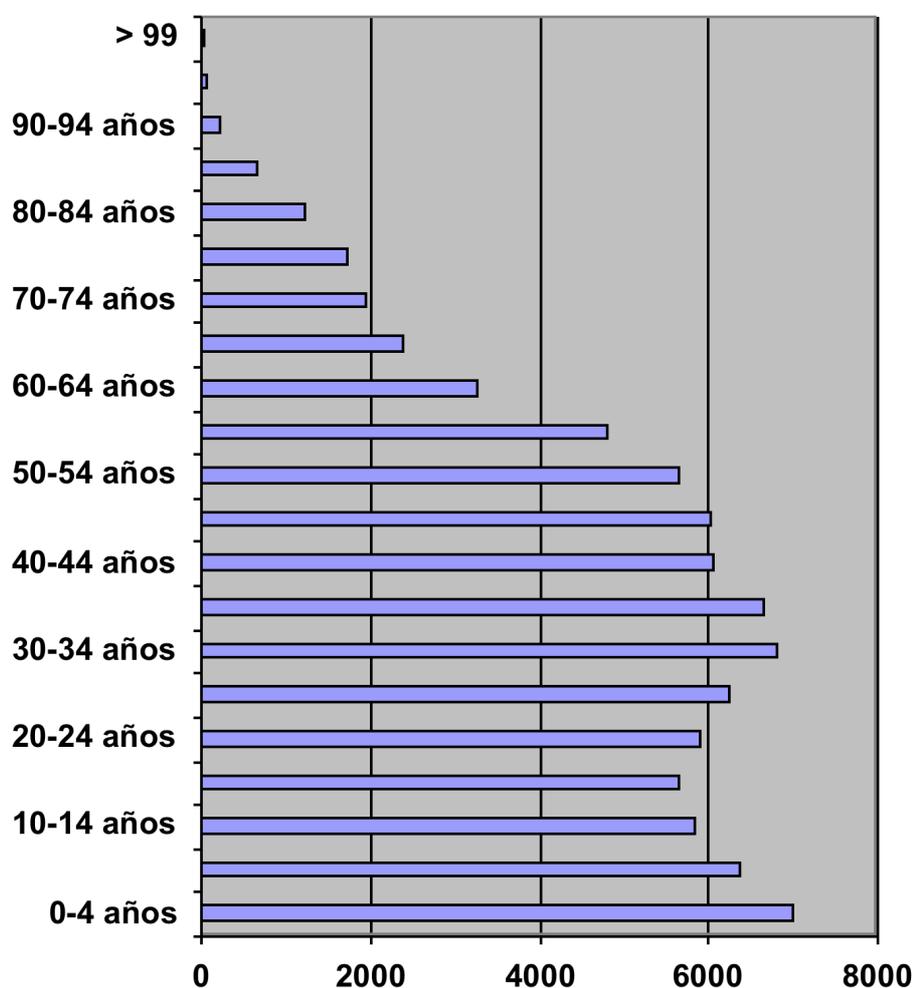


Gráfico 1. Población de Melilla por edad a 1 de enero de 2013 (INE 2014)

Melilla posee la **tasa de natalidad**, el **índice de juventud y de dependencia infantil** más alto de España. La población juvenil entre 14-35 años, constituye el 33% de la población. La pirámide de población de Melilla adopta una forma “**estacionaria o estancada**”, propia de poblaciones que mantienen una alta natalidad y una mortalidad baja, lo que hace que exista un equilibrio entre todos los grupos de edad.

El número de personas empadronadas creció desde el año 2011 un **6,21%** (nivel nacional 0,36%), y un 27% desde el año 2002 debido, no sólo a la alta natalidad, sino al retorno de muchos melillenses de otras provincias por falta de trabajo.

Según datos publicados en el Estudio Demográfico de la Población Musulmana, del Observatorio Andaluz, (explotación estadística del censo a fecha 31 de diciembre de 2011) más del 50% de la población de Melilla es musulmana, autóctona del Rif (zona donde se asienta Melilla) y en muchos de ellos su idioma materno es el rifeño o tamazight. Otro porcentaje cercano al 50% de la población procede de la península ibérica y es de tradición religiosa católica. Convive igualmente en la ciudad una comunidad hebrea que actualmente la componen unos 1.000 habitantes, un grupo numeroso y variable de inmigrantes ilegales de origen subsahariano o argelino, y una **población flotante de casi 30.000 personas**, que trabaja en Melilla con permisos transfronterizos y pasa la frontera a diario o incluso vive en la ciudad de forma ilegal. En el año 2011 Melilla recibió 1.270 inmigrantes, de los cuales 987 procedían de África y 237 de la UE. El **saldo migratorio interior** en los últimos años, es el **más alto de España**.

## **2. EDUCACIÓN**

La proporción de **población mayor de 16 años analfabeta** (INE 2010) es del **24,52%** (**16,98% varones y 32,07% mujeres**), mientras que la proporción de **población de 16 y más años con estudios superiores** (INE 2010) es del **17,71%** (**18,87% varones y 16,55% mujeres**).

La proporción de **población de 25 a 34 años** con estudios superiores es 23,47% (29,79% varones y 17,65% mujeres).

Desde el año 2005 hasta el 2010, se observa una disminución de la población con estudios superiores en nuestra ciudad del 20,37 al 17,51 y una disminución desde el año 2008 en el número de analfabetos (27,48 al 24,52).

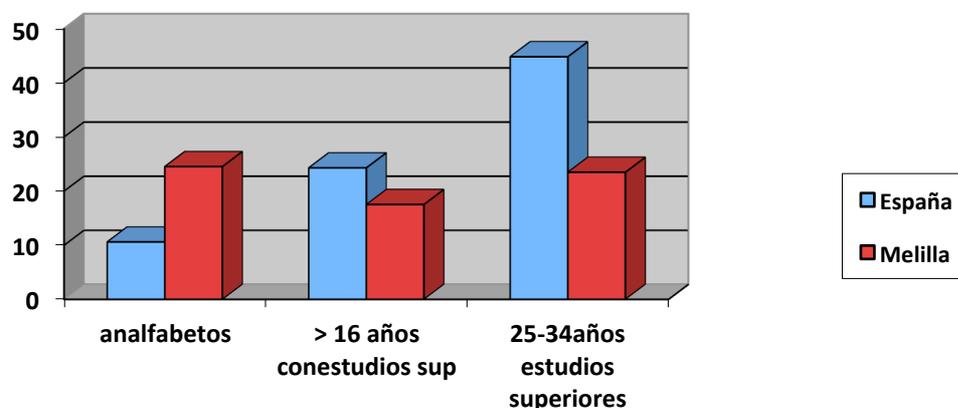


Gráfico 2. Población analfabeta y con estudios superiores  
MELILLA/ ESPAÑA (INE, 2010)

### 3. TRABAJO

El número de empresas que hay en melilla es de 3.754 (INE 2014), de las cuales **2.139 pertenecen al sector del comercio, transporte y hostelería**, 1.226 a otras actividades del sector servicios (información y comunicaciones, seguros y actividades financieras, actividades inmobiliarias, educación, sanidad y servicios sociales...), 326 a la construcción, y 63 a la industria.

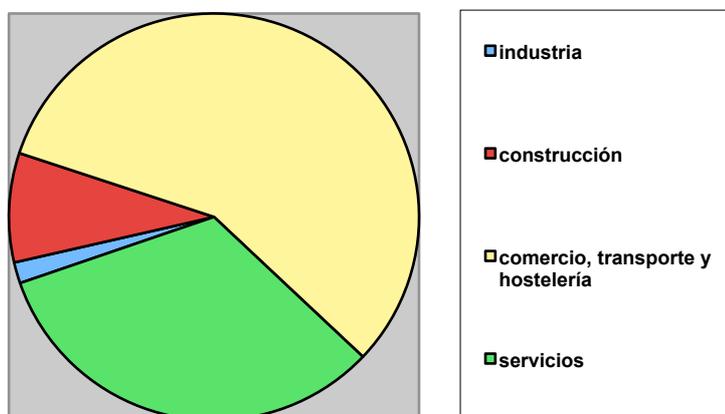


Gráfico 3. Distribución de las empresas de Melilla por sectores económicos 2014  
(INE 2014)

La tasa de actividad (INE 2014) es del 54,6% (62,36% hombres y 46,41% mujeres). La tasa de paro actual es del 30,49% (22,10% hombres y 40,88 % mujeres).

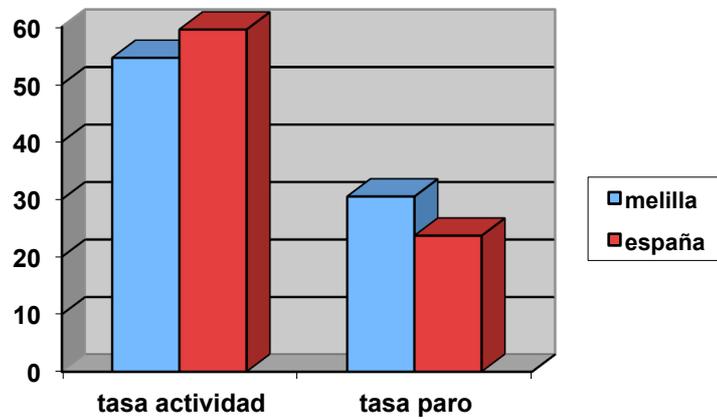


Gráfico 4. Comparación de datos tasa de actividad y paro Melilla/ España 2014 (INE 2014)

El 94,7% de los ocupados, trabajan en el sector servicios, el 3,5% en la construcción y el 1,8% en la industria.

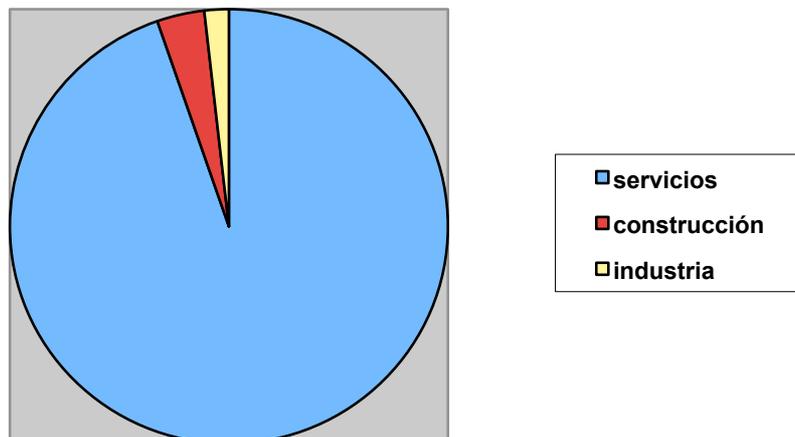


Gráfico 5. Distribución de los trabajadores de Melilla por sectores económicos (INE 2014)

## b. Estudio sobre la juventud melillense 2012

Promovido por la Viceconsejería de Juventud previo a la confección del Plan Integral de Juventud 2013-2016, se llevó a cabo por la Dirección General de Administraciones Públicas mediante la realización de 2002 encuestas a jóvenes entre 15 a 29 años con el fin de valorar cómo viven, los temas sociales que más preocupan y las actividades que realizan los jóvenes en su tiempo libre.

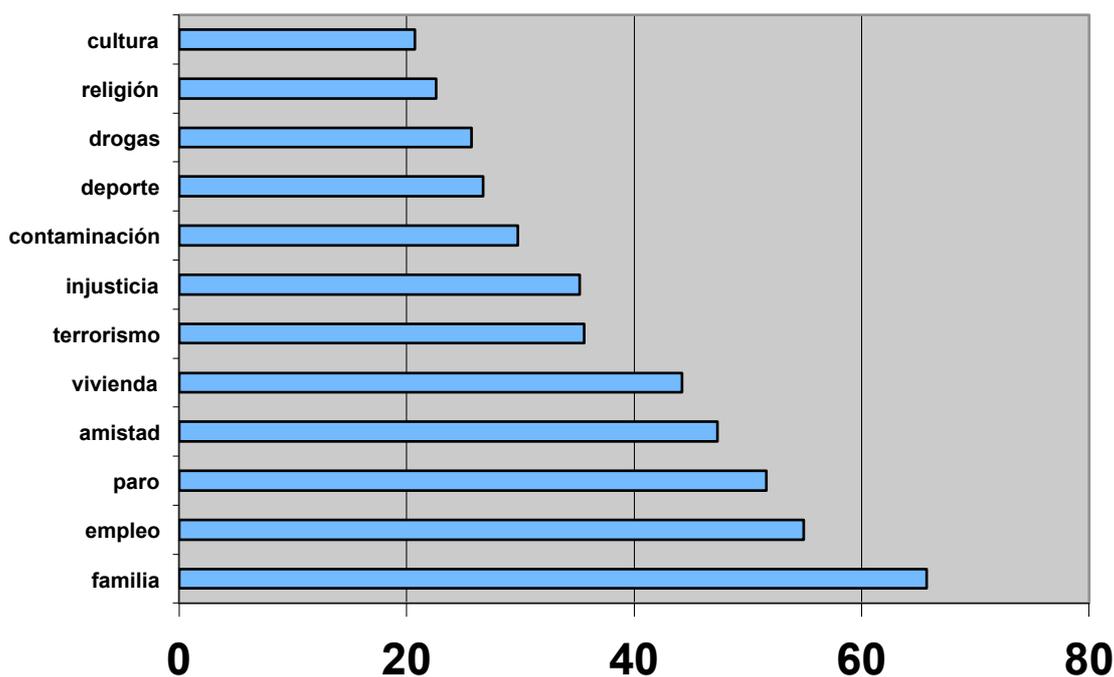


Gráfico 6. Prioridades sociales de los jóvenes de Melilla

**La familia** es la prioridad principal de los jóvenes, lo cual es coherente con la afirmación de que el 70,2% de los encuestados vive con sus padres. El **empleo/ paro, la amistad y la vivienda**, le siguen en este orden, como temas que más le preocupan. En cambio, las **drogas junto con la religión y la cultura**, son los asuntos que menos preocupan a nuestros jóvenes.

Las actividades que realizan en su tiempo libre son: escuchar música, conectarse a las redes sociales y estar con los amigos por este orden, aunque la mayoría de los encuestados estarían dispuestos a participar en actividades deportivas-físicas saludables, formativas-empleo, de ocio alternativo-tiempo libre, educativas, multiculturales y de nuevas tecnologías

## c. El consumo de drogas en Melilla

### 1. ENCUESTA EDADES 2013 AMPLIADA EN MELILLA. RESULTADOS INICIALES

La encuesta EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España), dirigida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), recoge las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas ilegales entre la población española de 15 a 64 años. También recoge información adicional sobre patrones de consumo, perfiles de consumidores y percepción social ante el problema de la droga, así como las medidas que los ciudadanos consideran más efectivas para resolver el problema de la droga.

Durante la edición de 2013, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad ha ampliado con fondos propios, la muestra correspondiente a la Ciudad Autónoma de Melilla. Se realizaron un total de 400 encuestas, con idénticos parámetros metodológicos que la muestra nacional, que ha permitido un nivel de fiabilidad estadística aceptable, sobre todo con las sustancias más prevalentes (alcohol, tabaco, cannabis, hipnosedantes y cocaína) y con el análisis de la percepción de riesgo, disponibilidad de drogas, importancia y visibilidad de las mismas, así como las acciones para resolver el problema de la droga o la percepción sobre el estado de salud o la información recibida sobre las drogas.

Los resultados principales obtenidos de la encuesta EDADES 2013 Melilla son los siguientes:

#### a) PREVALENCIA DE CONSUMO ALGUNA VEZ EN LA VIDA

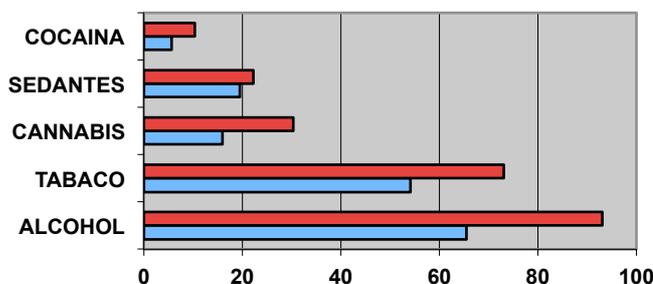


Gráfico 7

## b) PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

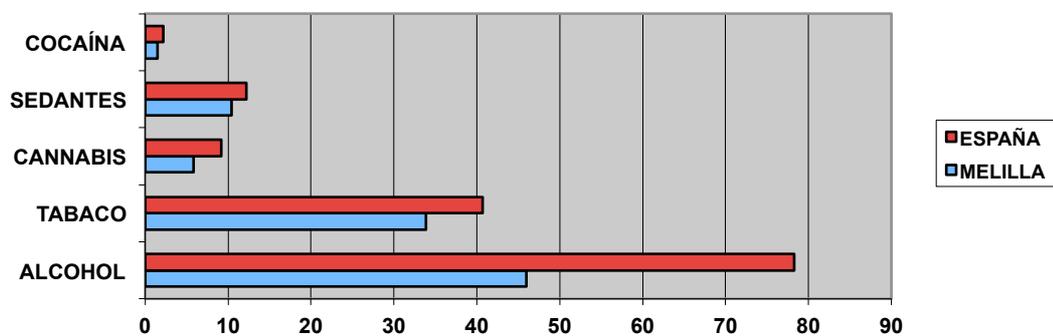


Gráfico 8

## c) PREVALENCIA DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

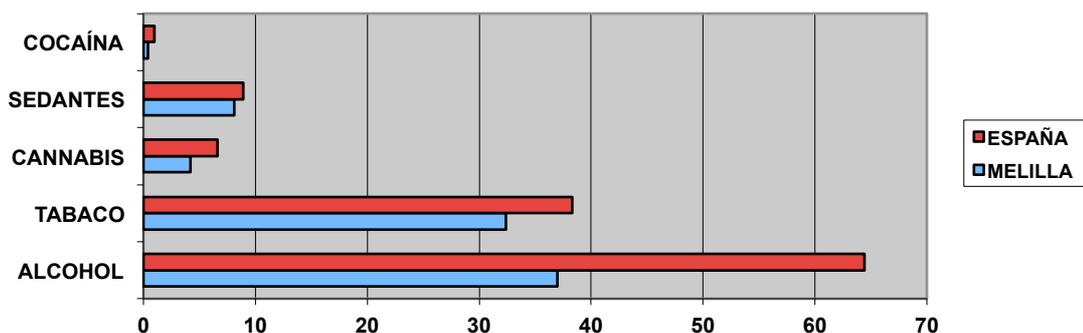


Gráfico 9

## d) PREVALENCIA DE CONSUMO DIARIO

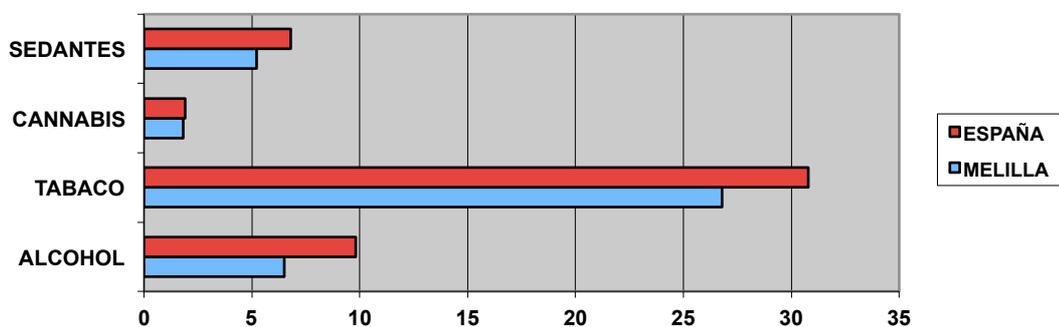


Gráfico 10

Las sustancias que se perciben como más peligrosas son la heroína, éxtasis y cocaína, mientras que sólo un 43,8% percibe como peligroso el consumo excesivo de alcohol, pero lo que más llama la atención, es la existencia de una mayor percepción del riesgo al consumo de tabaco que al de cannabis. Esta última es también la sustancia ilegal que se percibe como más accesible de conseguir. El 80,2% de la población melillense considera la droga como un problema muy importante, mientras que esta percepción sólo se da en el 39,2% de la población del resto del territorio nacional.

### e) VALORACIÓN DE LAS ACCIONES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

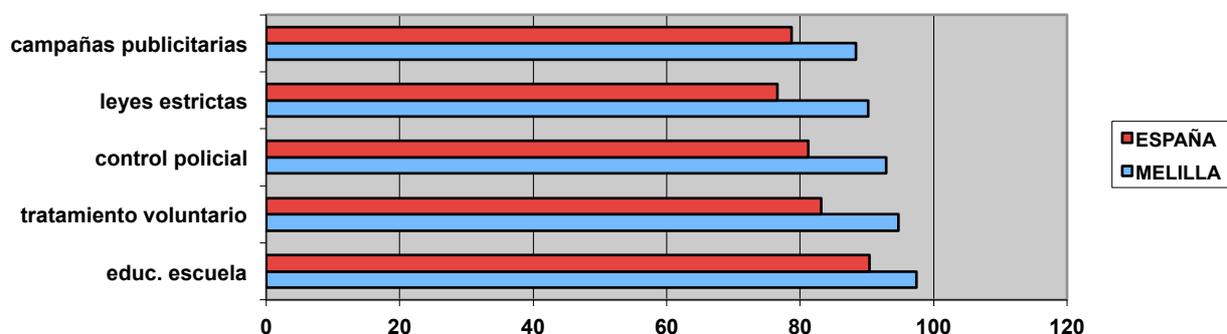


Gráfico 11

## 2. ENCUESTA ESTUDES AMPLIADA EN MELILLA. 2010

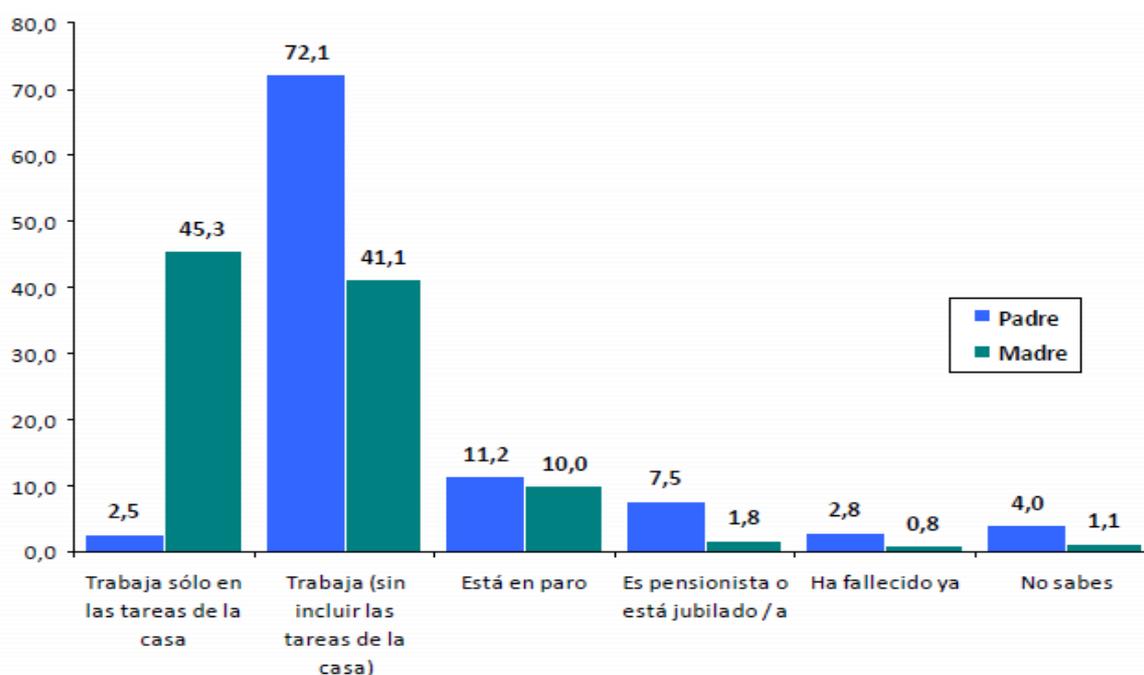
La encuesta ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España), se realiza en nuestro país cada dos años desde 1994 promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) del MSSSI con los siguientes objetivos prioritarios:

- **Conocer** la situación, tendencias, patrones, factores asociados, opiniones y actitudes ante las drogas.
- **Orientar y evaluar** las intervenciones destinadas a reducir el consumo de las mismas.

En el año 2010, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad decidió ampliar con fondos propios, el número de entrevistas en la Ciudad Autónoma de Melilla. Se realizaron un total de 1859 entrevistas (915 varones y 944 mujeres) de un universo

total de 3.046 estudiantes de 14-18 años, usando idénticos parámetros técnicos y metodológicos que la recogida de la muestra nacional, para obtener un resultado correspondiente a la Ciudad Autónoma con un nivel de fiabilidad estadística aceptable. En este caso se contó con la participación de la totalidad de los centros de ESO de Melilla y en cada uno de ellos se eligieron pares de aulas en función del nivel educativo (9 centros y 94 grupos). En cada aula el cuestionario se aplicó a la totalidad de los alumnos que asistieron a clase ese día. Los alumnos no fueron informados previamente de su condición de seleccionados (para evitar sesgos de información) y los profesores del aula permanecían en el estrado, sin ningún tipo de intervención, para garantizar la confidencialidad de la encuesta.

### a) DATOS GENERALES



*Gráfico 12. Situación laboral de los padres.*

El 95,4% del alumnado encuestado ha nacido en España y convive mayoritariamente en una familia nuclear compuesta por padres y/ o hermanos/ as. El 78,7% de los padres y el 74,1% de las madres han nacido en España.

La gráfica muestra la situación laboral de los padres de los chicos encuestados, llama la atención que el 45,3% de las madres no trabaja fuera de casa.

En general existen diferencias significativas de género en cuanto al consumo de las distintas sustancias, siendo los varones los que más consumen de todas las sustancias exceptuando los tranquilizantes. La diferencia más amplia en el consumo entre ambos sexos corresponde al cannabis.

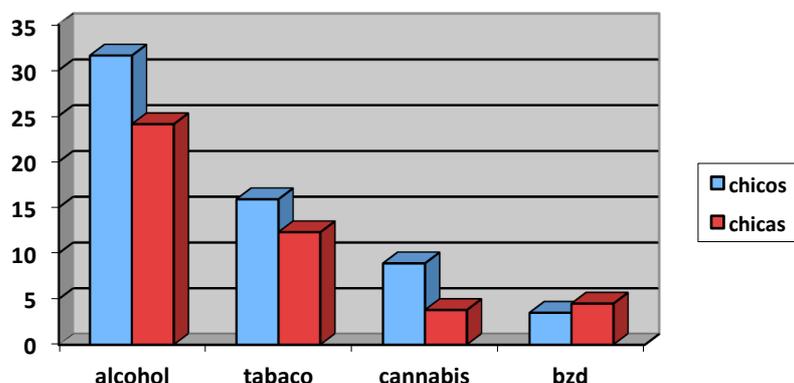


Gráfico 13. Prevalencia del consumo de sustancias en los últimos 30 días según el sexo.

La proporción de consumidores aumenta con la edad entre los 14 y 16 años para casi todas las sustancias. Entre los 16 y 18 años esta tendencia ascendente sólo se mantiene en el consumo de tranquilizantes; para el resto de sustancias se observa una estabilización o descenso en su consumo.

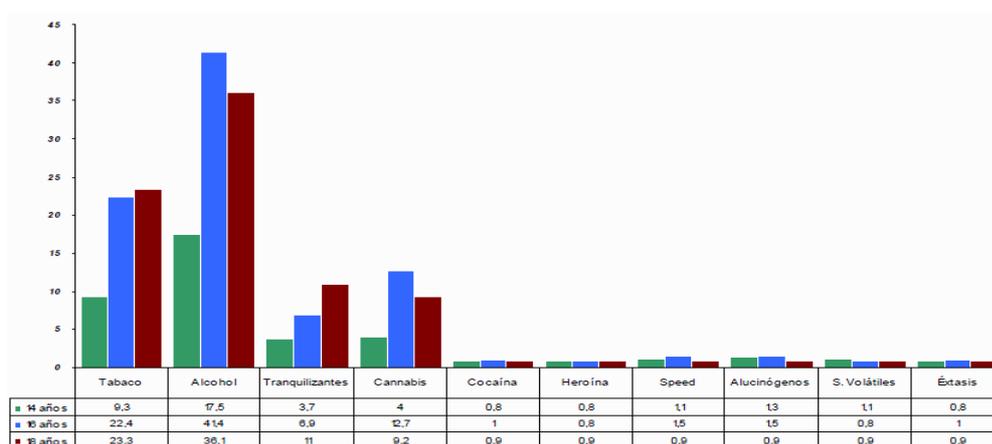


Gráfico 14. Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de distintas sustancias en función de la edad.

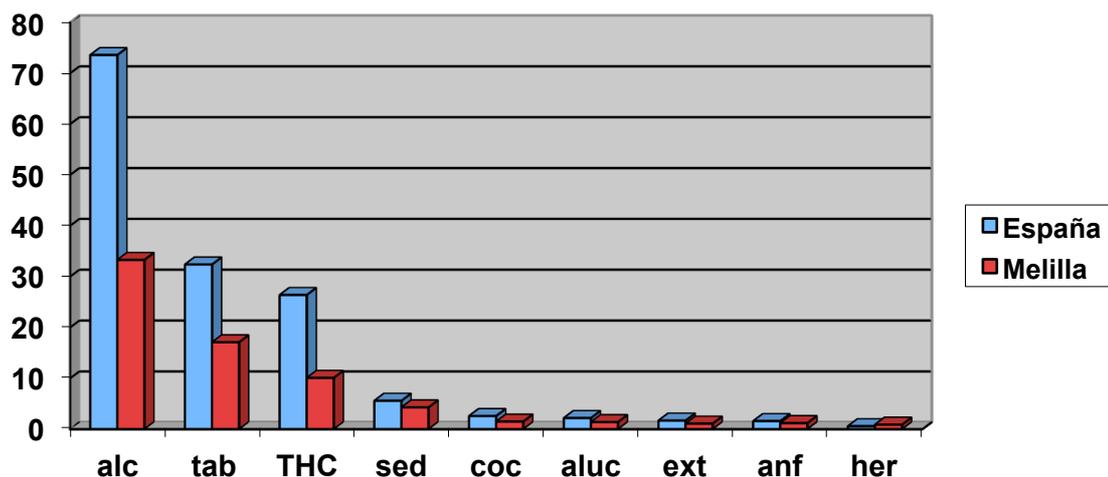


Gráfico 15. Prevalencia del consumo de las diferentes sustancias en los últimos doce meses (ESPAÑA/ MELILLA)

Los resultados de prevalencia en el consumo de sustancias son menores que en el resto del territorio nacional en todas las drogas, excepto en el consumo de heroína.

La edad media de inicio al consumo de las distintas drogas entre los estudiantes de Melilla oscila entre un mínimo de 10,7 años en el caso de inhalables volátiles y un máximo de 15,3 en el caso del cannabis.

	MELILLA	ESPAÑA
TABACO	14,25	13,2
ALCOHOL	14,21	13,7
BZD SIN RECETAS	14,7	14,4
CANNABIS	15,35	14,4
COCAÍNA	13,49	14,9
HEROÍNA	13,06	14,4
SPEED/ ANFETAMINAS	13,38	15,5
ALUCINÓGENOS	14,14	15,4
SUSTANCIAS VOLÁTILES	10,77	13,2
ÉXTASIS	13,78	15,3

Tabla .1 Edad Media de Inicio en el Consumo de las Diferentes Sustancias Melilla/ España

El cruce de la frecuencia de las salidas nocturnas con la edad revela que ambas variables guardan relación directa con el consumo de drogas ilegales, de manera que encontramos las mayores tasas de consumo entre los que han salido 4 o más noches al mes, sobre todo entre el alumnado de mayor edad.

<b>noches</b>	<b>14 años</b>	<b>15 años</b>	<b>16 años</b>	<b>17 años</b>	<b>18 años</b>
<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>4</b>	<b>7,9</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>
<b>1-3</b>	<b>6,3</b>	<b>10,8</b>	<b>16,7</b>	<b>24,4</b>	<b>10,6</b>
<b>4</b>	<b>10,2</b>	<b>19,7</b>	<b>17,2</b>	<b>20</b>	<b>29,0</b>
<b>Más de 4</b>	<b>13,8</b>	<b>27,7</b>	<b>27,0</b>	<b>35,9</b>	<b>28,2</b>

*Tabla 2. Consumo De Drogas Ilegales en los últimos 12 meses según Frecuencia de salidas nocturnas al mes*

Del mismo modo, la hora de regreso a casa en la última salida en fin de semana parece influir en el consumo de drogas ilegales, de manera también proporcional a la edad.

	<b>14 años</b>	<b>15 años</b>	<b>16 años</b>	<b>17 años</b>	<b>18 años</b>
<b>Antes 24h</b>	<b>6,1</b>	<b>13,4</b>	<b>11,1</b>	<b>13,8</b>	<b>0,0</b>
<b>24h-1h</b>	<b>13</b>	<b>18,6</b>	<b>12,7</b>	<b>17,7</b>	<b>0,0</b>
<b>1h-2h</b>	<b>19</b>	<b>16,7</b>	<b>22,4</b>	<b>27,4</b>	<b>14,2</b>
<b>2h-3h</b>	<b>17,7</b>	<b>46,5</b>	<b>21,7</b>	<b>32</b>	<b>26,1</b>
<b>3h-4h</b>	<b>0,0</b>	<b>27,6</b>	<b>25,7</b>	<b>31,7</b>	<b>28,2</b>
<b>4h-8h</b>	<b>21,8</b>	<b>46,1</b>	<b>45,7</b>	<b>38,8</b>	<b>36,2</b>
<b>Después 8h</b>	<b>25</b>	<b>34,8</b>	<b>37,5</b>	<b>35,4</b>	<b>37,9</b>

*Tabla 3. Consumo de Drogas Ilegales en los últimos 12 meses según hora de regreso a casa.*

## b) CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco entre estudiantes de 14-18 años de Melilla es muy inferior al obtenido a nivel nacional. Este es superior en los hombres, con una diferencia de 4,7 puntos porcentuales con respecto a las mujeres. La prevalencia del consumo de tabaco aumenta con la edad.

<b>HOMBRE</b>	<b>19,6</b>
<b>MUJER</b>	<b>14,8</b>
<b>EDAD</b>	
<b>14 Años</b>	<b>9,3</b>
<b>15 Años</b>	<b>12,1</b>
<b>16 Años</b>	<b>22,4</b>
<b>17 Años</b>	<b>23,3</b>
<b>18 Años</b>	<b>23,1</b>

*Tabla 4. Prevalencia del consumo del tabaco según edad y sexo*

La edad media de inicio de consumo de tabaco (**14,25** años, muy similar en los dos sexos).

Al 65,8% del alumnado le molesta mucho o bastante que otras personas fumen en lugares cerrados en su presencia.

El 39,5% de los estudiantes de Melilla de 14-18 años convive con personas que fuman a diario.

## c) CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de bebidas alcohólicas entre estudiantes de 14-18 años está menos extendido en Melilla que en el resto del territorio nacional. Es sensiblemente superior en los varones que en las mujeres, a diferencia de lo que ocurre a nivel estatal. El aumento de la prevalencia en el consumo aumenta con la edad y fundamentalmente en el paso de los 15 a 16 años.

	Alguna vez	12 meses	últimos 30 últimos días
<b>Hombre</b>	39,3	36,9	31,6
<b>Mujer</b>	31,5	29,8	24,1
<b>14 años</b>	19,9	17,5	13,5
<b>15 años</b>	29,3	28,2	22,7
<b>16 años</b>	43,6	41,4	35,2
<b>17 años</b>	47	44,1	39,3
<b>18 años</b>	38	36,1	26,6

*Tabla 5. Prevalencia del consumo de alcohol en función de la edad y sexo*

Es interesante la relación entre el consumo de alcohol en los últimos 30 días en función del consumo de tabaco

	ALCOHOL		
	CONSUME	NO CONSUME	
TABACO	CONSUME	83,6	16,4
	NO CONSUME	18,3	81,7

*Tabla 6. Prevalencia del consumo de alcohol en función del consumo de tabaco. Últimos 30 días.*

La **edad media de inicio del consumo** de alcohol por primera vez se sitúa en torno a los 14,21 años y la del consumo semanal a los 15,26 años, sin apenas diferencias entre chicos y chicas.

La siguiente tabla muestra la **prevalencia de borracheras**. Podemos apreciar que aumenta entre los 15 y 16 años en ambos sexos.

	Varón					Mujer				
Edad	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
1 vez	5,4	15,1	30,2	44,8	36,1	7,2	13,4	30,1	29,1	16,9
Al año	2,9	12,8	25,5	40,8	25,3	5,2	10,1	27,8	24,0	7,9
Al mes	1,7	7,7	16,9	26,6	22,6	2,6	4,8	15,6	15,4	3,9

Tabla 7. Prevalencia de borracheras según sexo y edad.

Los atracones de alcohol o “binge drinking” (5 o más copas/ vasos en un intervalo de 2 horas) tienen una prevalencia total de 63,2 (68,8 en chicos y 55,8 en chicas), la mayor prevalencia por edad se presenta a los 17 años (74,8).

Un 9,1% del alumnado melillense ha viajado en 4 o más ocasiones como pasajero/ a en un vehículo a motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol en los últimos 12 meses. Este hecho es más frecuente entre los varones y a los 17 años de edad (14,9%). La conducción de vehículos a motor bajo los efectos del alcohol también es más frecuente entre los varones (35,9%) que entre las mujeres (26,6%). En cuanto a los problemas que han podido presentar en los últimos 12 meses (accidente con asistencia médica, pelea o agresión física, asistencia sanitaria urgente y detención por la policía o la guardia civil) asociados al consumo de alcohol en las dos horas previas al problema vivido, se dan con más frecuencia entre los varones.

Las bebidas más consumidas son los combinados o cubatas (70,5%), seguidos de los licores fuertes (29,7%).

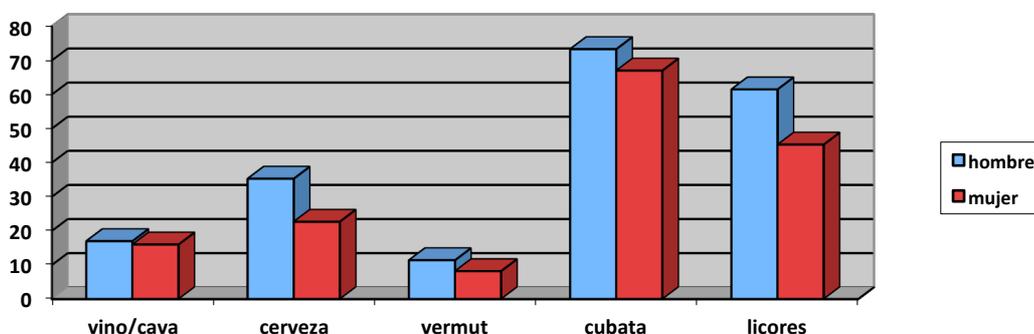


Gráfico 16. Prevalencia del consumo de alcohol algún fin de semana

El 78% del alumnado melillense de entre 14 y 18 años que consumió alcohol alguna vez en su vida lo ha seguido haciendo en los últimos 12 meses. El 67% de quienes bebieron alcohol en los últimos 12 meses lo ha hecho también en los últimos 30 días. El mismo porcentaje (67%) que reconoció haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, continuó haciéndolo durante el último mes.

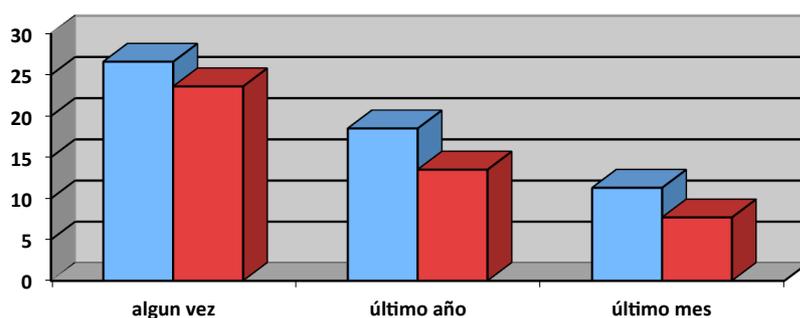
El consumo de alcohol en el hogar es más común entre los padres que entre las madres.

	<b>PADRE</b>	<b>MADRE</b>
<b>No ha bebido nunca</b>	56,7	69,7
<b>Ha bebido algún día</b>	16,6	14,8
<b>Ha bebido en fin de semana</b>	11,5	8,1
<b>Ha bebido casi todos los días</b>	5,5	2,1
<b>Ha bebido mucho a diario</b>	0,8	0,2
<b>No lo sé</b>	8,9	5,1

*Tabla 8. Consumo de alcohol en el hogar*

#### d) CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES.

Las sustancias que se consideran ilegales en el presente estudio son: tranquilizantes, cannabis, cocaína, GHB, éxtasis, speed/anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles. El 25% de los/as estudiantes de entre 14-18 años de Melilla refieren haber consumido alguna vez en su vida una o más sustancias de las mencionadas. Es más frecuente entre los varones, aumentando esta prevalencia con la edad hasta los 17 años. El tipo de enseñanza en la que esta prevalencia es mayor es la correspondiente a los Ciclos Formativos de Grado Medio (37,8% de consumo alguna vez en la vida).



*Gráfico 17.  
Consumo de  
sustancias  
ilegales*

- **TRANQUILIZANTES**

El consumo de tranquilizantes con/ sin receta es más frecuente entre las mujeres y aumenta con la edad. La edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes con/ sin receta es de 14,27 años.

	Alguna vez		Último año		Último mes	
	Con/ sin	Sin	Con/ sin	Sin	Con/ sin	sin
<b>Total</b>	14,9	8,2	7,8	4,2	4,3	2,8
<b>Hombre</b>	12,6	6,7	7,2	4,2	3,9	2,8
<b>Mujer</b>	17,2	9,6	8,4	4,3	4,7	2,7

Tabla 9. Prevalencia del Consumo de Tranquilizantes con y sin receta médica según sexo.

- **CANNABIS**

El consumo de cannabis entre los estudiantes de 14-18 años de Melilla es mayor entre los hombres y aumenta con la edad hasta los 17 años.

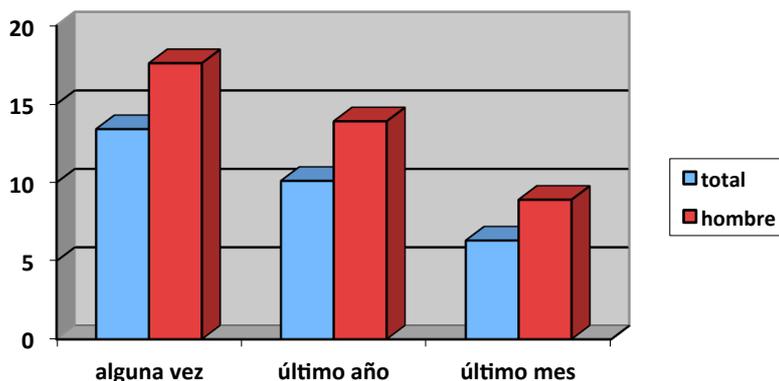


Gráfico 18. Prevalencia del consumo de cannabis

CANNABIS		
	CONSUME	NO CONSUME
TABACO	34,8	65,2
	1,5	98,5

Tabla 10. Prevalencia del consumo de cannabis en función del consumo de tabaco. Último mes

Existe una asociación entre ambas variables, ya que la gran mayoría de los que consumieron cannabis en el último mes también consumieron tabaco (en torno al 90 %). Entre los consumidores de tabaco en el último mes un 34,8% de los chicos/as consumió también cannabis.

La edad media de inicio del consumo de cannabis se sitúa a los 15,41 años, con pocas diferencias entre ambos sexos.

### • COCAÍNA

El consumo de cocaína en polvo es mayor que el de cocaína base, tanto para hombres como para mujeres de cualquier edad. La prevalencia del consumo de cocaína en polvo o base es mayor en los hombres que en las mujeres.

La mayoría de los consumidores de cocaína base lo hacen con bastante frecuencia (40 días o más en el último año o 20 días en el último mes). Esta alta frecuentación de consumo se da más en varones entre 15 y 17 años de edad.

La cocaína en polvo también se consume más entre varones de 15 a 17 años, pero la frecuencia de consumo es más baja que para la cocaína base (una única vez en la vida o 4-5 veces en el último año).

La edad de inicio en el consumo de cocaína es de 13,49 años (14,57 para cocaína base y 15,14 para cocaína en polvo). Las chicas se inician antes al consumo de cocaína base, en cambio para la cocaína en polvo no existen diferencias de género en cuanto a la edad de inicio del consumo.

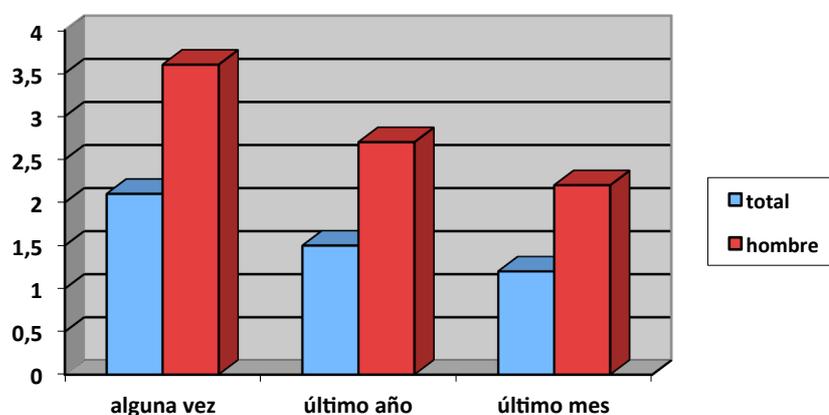
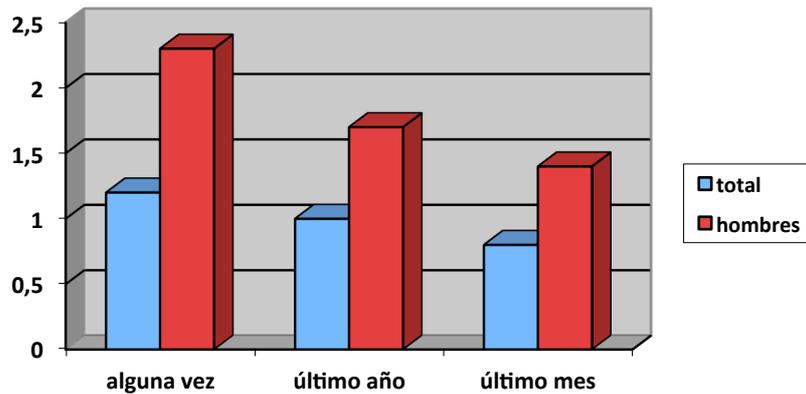


Gráfico 19.  
Prevalencia en el  
consumo de  
cocaína

- **HEROÍNA**

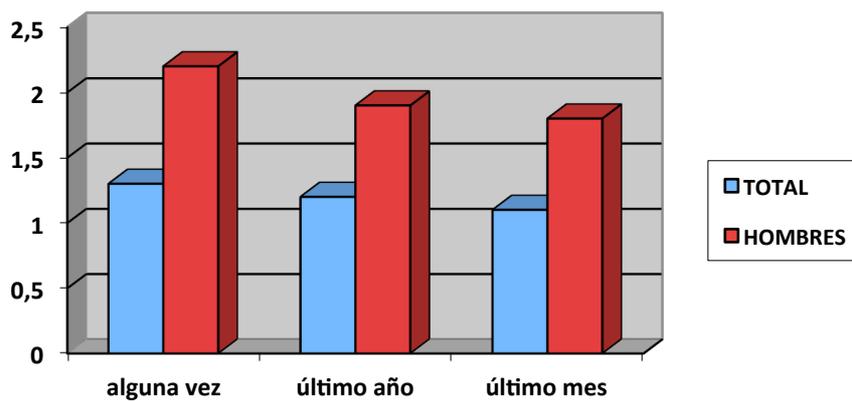
La prevalencia del consumo de heroína es baja (1,2% de consumo alguna vez en la vida) y superior en los hombres. La edad media de inicio al consumo se sitúa en torno a los 15,35 años en el caso de los hombres.



*Gráfico 20. Prevalencia en el consumo de heroína.*

- **SPEED/ ANFETAMINAS**

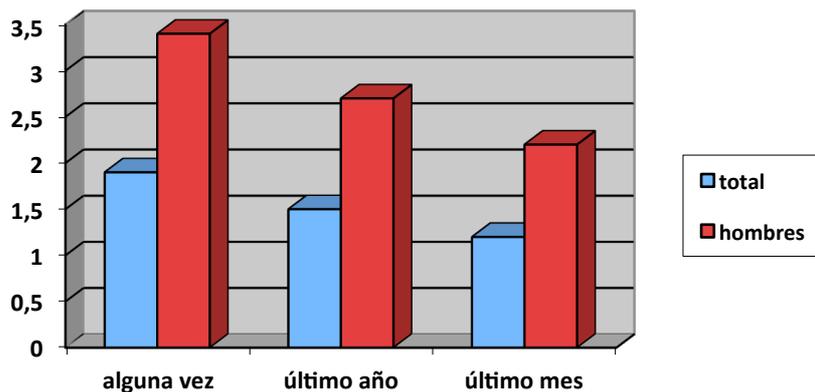
La siguiente gráfica nos muestra que el consumo de speed/anfetaminas es más frecuente en varones. El tramo de edad en el que más aumenta es el paso de los 15 a los 16 años. La edad media de inicio del consumo se sitúa en 14,01 años en los hombres y 16 años en las mujeres.



*Gráfico 21. Prevalencia en el consumo de SPEED/ ANFETAMINAS*

- **ALUCINÓGENOS**

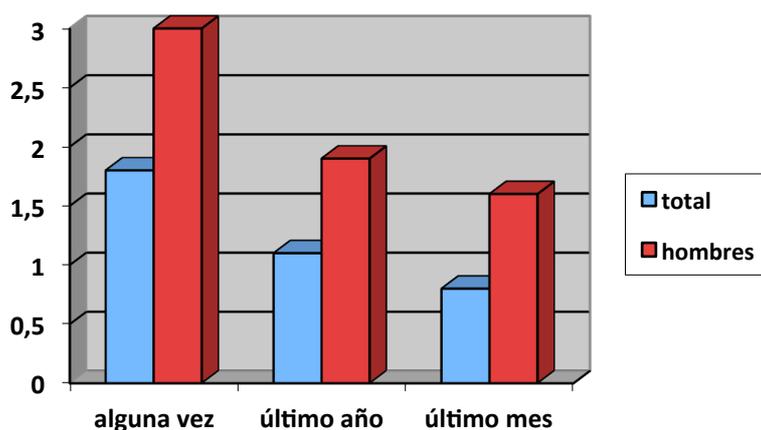
Estas sustancias también tienen una prevalencia de consumo muy superior en los hombres. La edad de mayor prevalencia en el consumo alguna vez en la vida se sitúa en los 16 años y la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 14,68 años (los chicos antes que las chicas).



*Gráfico 22. Prevalencia en el consumo de alucinógenos*

- **INHALABLES VOLÁTILES**

La prevalencia en el consumo de inhalables volátiles es mucho mayor entre los varones, con una edad media de inicio del consumo muy baja (12,43 años).



*Gráfico 23. Prevalencia del consumo de sustancias volátiles*

- **ÉXTASIS Y OTRAS DROGAS DE DISEÑO**

Como en la mayoría de las drogas en Melilla, su consumo presenta una mayor prevalencia entre los varones y aumenta con la edad. Los 15 y 17 años son las edades en las que se presentan las mayores prevalencias en el consumo. La edad media de inicio está en torno a los 14,44 años, aunque las mujeres empiezan a consumir mucho antes (13 años).

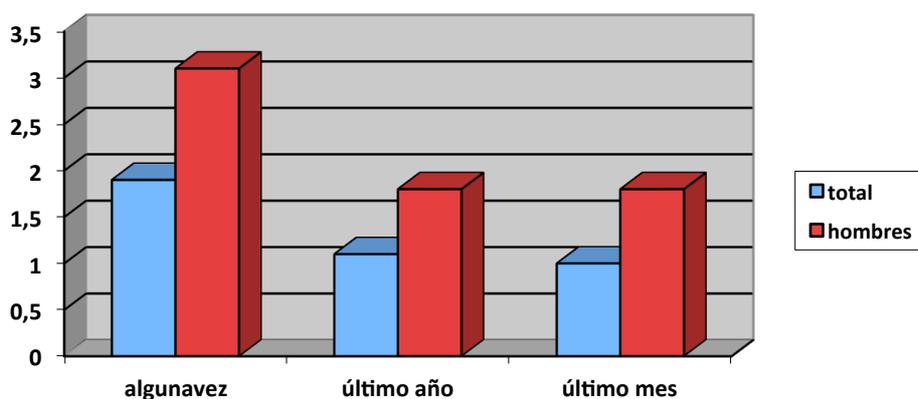


Gráfico 24. Prevalencia en el consumo de éxtasis

- **CONSUMO DE GHB**

En este caso el consumo también es mayor entre hombres y la frecuencia del mismo aumenta con la edad. La edad media de inicio del consumo se sitúa en torno a los 13,11 años (12,37 para chicos y 15,04 para chicas).

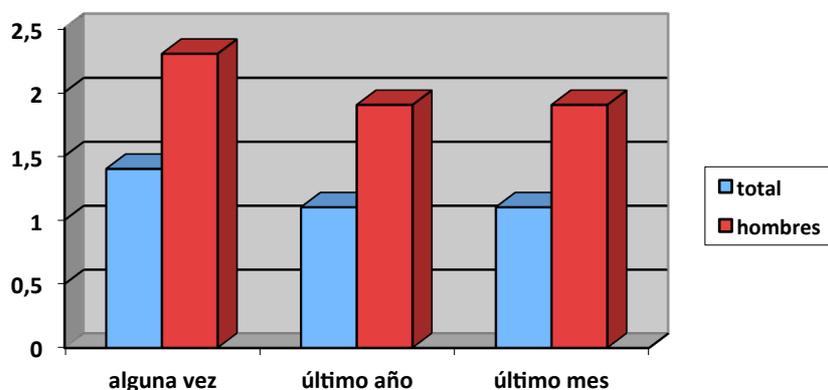


Gráfico 25. Prevalencia del consumo de GHB

e) POLICONSUMO

	Tabaco	Alcohol	Hachís	Éxtasis	Alucinóg.	Speed	Coca Base	Coca Polvo	Coca (B/P)	Heroína	Sust. Volát.	Ghb	Tranq.	Tranq. Sin
Tabaco	100,0	87,2	49,6	5,6	5,9	3,7	5,1	5,6	5,9	4,2	5,3	4,6	19,4	12,2
Alcohol	53,0	100,0	35,4	3,7	3,5	2,1	3,3	3,9	4,1	2,4	3,4	2,9	18,1	10,7
Hachís	79,6	93,1	100,0	11,1	11,9	8,5	11,2	12,8	13,2	8,0	10,6	9,9	28,0	20,7
Éxtasis	67,1	78,9	79,7	100,0	60,1	57,3	65,2	70,9	73,7	60,1	63,2	56,2	79,9	69,1
Alucinógenos	73,4	84,2	88,8	62,6	100,0	59,9	59,9	56,9	59,9	56,9	56,7	47,3	67,8	56,7
Speed	68,1	76,1	91,1	86,1	86,5	100,0	82,2	82,2	82,2	77,6	81,4	72,5	82,2	77,9
Coca. Base	72,2	79,9	93,4	76,0	67,0	63,7	100,0	93,4	100,0	70,3	63,4	65,8	79,6	63,7
Coca. Polvo	63,6	77,4	86,6	67,1	51,8	51,8	75,9	100,0	100,0	54,5	54,2	56,1	67,3	54,5
Coca (B/P)	62,9	75,7	84,7	66,2	51,7	49,2	77,1	94,9	100,0	54,2	51,5	53,3	69,0	54,2
Heroína	78,1	87,9	87,1	91,0	82,8	78,2	91,4	87,1	91,4	100,0	82,5	68,8	82,1	73,5
S. Volátiles	65,9	84,1	78,4	65,4	56,3	56,1	56,3	59,3	59,3	56,3	100,0	52,9	69,4	58,6
Ghb	73,1	94,8	96,2	76,0	61,4	65,2	76,3	80,2	80,2	61,4	69,1	100,0	84,7	65,9
Tranq.	30,0	46,3	26,7	10,6	8,7	7,3	9,1	9,5	10,2	7,2	8,9	8,3	100,0	52,1
Tranq. Sin	32,4	47,2	33,8	15,8	12,4	11,9	12,5	13,1	13,8	11,1	12,9	11,1	89,4	100,0

Tabla 11. Relación entre el consumo de las diferentes sustancias alguna vez en la vida

	Tabaco	Alcohol	Hachís	Éxtasis	Alucinóg.	Speed	Coca Base	Coca Polvo	Coca (B/P)	Heroína	Sust. Volát.	Ghb	Tranq.	Tranq. Sin
Tabaco	100,0	91,8	46,6	4,2	5,6	4,1	4,9	5,6	5,6	3,4	3,9	4,2	13,1	8,3
Alcohol	48,6	100,0	29,4	2,1	2,7	1,8	2,9	3,2	3,4	1,8	1,9	2,3	10,9	6,7
Hachís	79,3	92,4	100,0	9,0	11,9	9,3	10,7	12,9	12,9	8,2	9,0	9,6	21,3	17,3
Éxtasis	66,8	79,9	84,8	100,0	75,9	75,9	79,9	84,8	84,8	66,1	71,0	74,5	79,9	71,0
Alucinógenos	67,5	75,3	85,0	57,9	100,0	65,8	65,8	66,1	69,9	66,1	62,0	50,1	60,8	54,5
Speed	59,4	67,3	81,3	70,8	80,4	100,0	66,3	76,3	76,3	71,3	70,8	65,8	80,8	76,3
Coca. Base	66,8	89,2	86,9	68,8	74,3	61,2	100,0	95,8	100,0	65,8	65,8	64,6	69,2	61,6
Coca. Polvo	66,6	85,8	92,2	64,4	65,8	62,1	84,4	100,0	100,0	58,3	58,0	60,7	68,8	62,1
Coca (B/P)	64,2	86,4	88,9	62,1	67,0	59,8	85,0	96,4	100,0	59,8	55,9	58,5	66,3	59,8
Heroína	62,2	83,5	88,7	76,3	100,0	88,1	88,1	88,7	94,3	100,0	88,1	70,1	76,3	76,3
S. Volátiles	65,3	78,9	89,6	75,2	86,1	80,4	80,9	80,9	80,9	80,9	100,0	69,5	73,5	70,0
Ghb	66,8	93,0	90,2	74,5	65,7	70,6	75,0	79,9	79,9	60,8	65,7	100,0	80,4	66,1
Tranq.	31,4	52,1	29,9	11,9	11,9	12,9	12,0	13,5	13,5	9,9	10,4	12,0	100,0	51,4
Tranq. Sin	33,9	55,2	41,4	18,0	18,1	20,7	18,1	20,7	20,7	16,8	16,8	16,8	87,4	100,0

Tabla 12. Relación entre el consumo de las diferentes sustancias en los últimos doce meses

	Tabaco	Alcohol	Hachís	Éxtasis	Alucinóg.	Speed	Coca Base	Coca Polvo	Coca (B/P)	Heroína	Sust. Volát.	Ghb	Tranq.	Tranq. Sin
Tabaco	100,0	83,6	34,9	4,8	6,4	4,5	4,4	4,8	5,2	3,3	4,1	4,8	11,6	8,7
Alcohol	43,3	100,0	20,1	2,1	2,8	2,2	1,9	2,6	2,8	1,6	1,6	2,3	7,6	4,8
Hachís	79,1	85,5	100,0	13,6	15,5	13,2	13,8	15,5	17,3	10,5	10,5	14,5	22,7	18,8
Éxtasis	64,9	57,5	84,0	100,0	79,8	74,6	73,1	78,8	84,0	69,4	64,2	78,8	73,6	64,2
Alucinógenos	71,6	64,2	78,3	65,4	100,0	70,4	61,5	57,3	66,2	61,5	57,3	56,9	64,8	61,9
Speed	60,2	62,4	79,3	72,8	83,9	100,0	67,7	73,7	78,8	73,3	62,7	67,7	73,7	73,7
Coca. Base	66,8	58,6	94,2	81,1	83,3	77,0	100,0	88,0	100,0	71,3	65,5	81,7	82,2	71,8
Coca. Polvo	64,7	68,8	94,9	78,0	69,2	74,8	78,5	100,0	100,0	64,1	58,5	83,6	84,6	75,3
Coca (B/P)	63,5	67,1	95,4	75,1	72,2	72,2	80,6	90,3	100,0	62,5	57,9	75,5	81,0	72,6
Heroína	60,8	57,9	86,2	92,5	100,0	100,0	85,5	86,2	93,1	100,0	78,6	85,5	86,2	86,2
S. Volátiles	69,8	53,9	80,6	80,0	87,1	80,0	73,5	73,5	80,6	73,5	100,0	80,0	60,6	60,6
Ghb	64,9	63,0	89,6	78,8	69,4	69,4	73,6	84,4	84,4	64,2	64,2	100,0	68,9	59,5
Tranq.	40,6	52,8	35,7	18,7	20,1	19,2	18,9	21,7	23,1	16,5	12,4	17,5	100,0	62,1
Tranq. Sin	44,8	48,9	43,0	23,8	28,0	28,0	24,0	28,2	30,1	24,0	18,0	22,1	90,4	100,0

*Tabla 13. Relación entre el consumo de las diferentes sustancias en los últimos 30 días.*

En un análisis descriptivo, se han resaltado las relaciones de consumo que superan el 50% en color amarillo.

El consumo de cualquier sustancia estudiada está asociado al del alcohol, tabaco y cannabis como sustancias principales, sustancias éstas que presentan además una relación mutua entre ellas, de manera que el consumo de cualquiera de las tres lleva aparejado en gran medida el consumo de las dos restantes.

El éxtasis, el speed, la cocaína la heroína, las sustancia volátiles y el GHB son las sustancias que más relación de policonsumo tienen con las restantes analizadas. Los tranquilizantes no parecen guardar ninguna relación de policonsumo con el resto de sustancias analizadas, salvo con el alcohol.

En los últimos 12 meses un 8,3% del alumnado encuestado consumió conjuntamente alcohol en alguna ocasión (11% en hombres y 5,6% en mujeres).

En los últimos 12 meses, un 1,5% del alumnado encuestado consumió conjuntamente alcohol y cocaína.

## f) CANNABIS: PATRONES PROBLEMÁTICOS DE CONSUMO

En la encuesta ESTUDES-2010 figura un apartado dedicado a patrones problemáticos de consumo de cannabis y de hechos acontecidos relacionados con este consumo.

El gráfico 23 muestra que un porcentaje entre el 6-7% presenta un patrón de comportamiento problemático asociado al consumo de cannabis: fumar solos o antes del medio día, presentar problemas de memoria asociados al cannabis o intentar dejar o reducir el consumo sin conseguirlo.

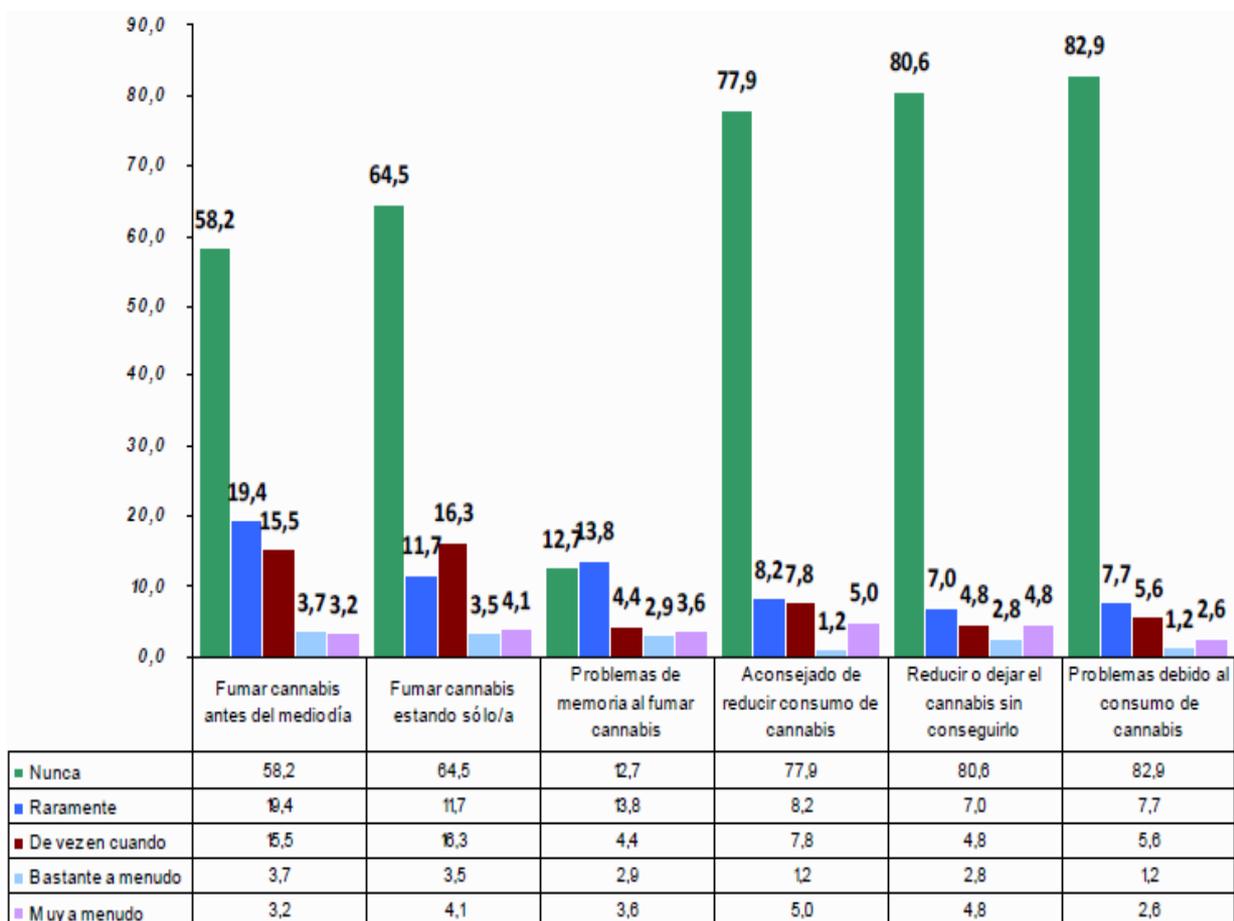


Gráfico 26. Patrones relevantes y comportamientos asociados al consumo de cannabis

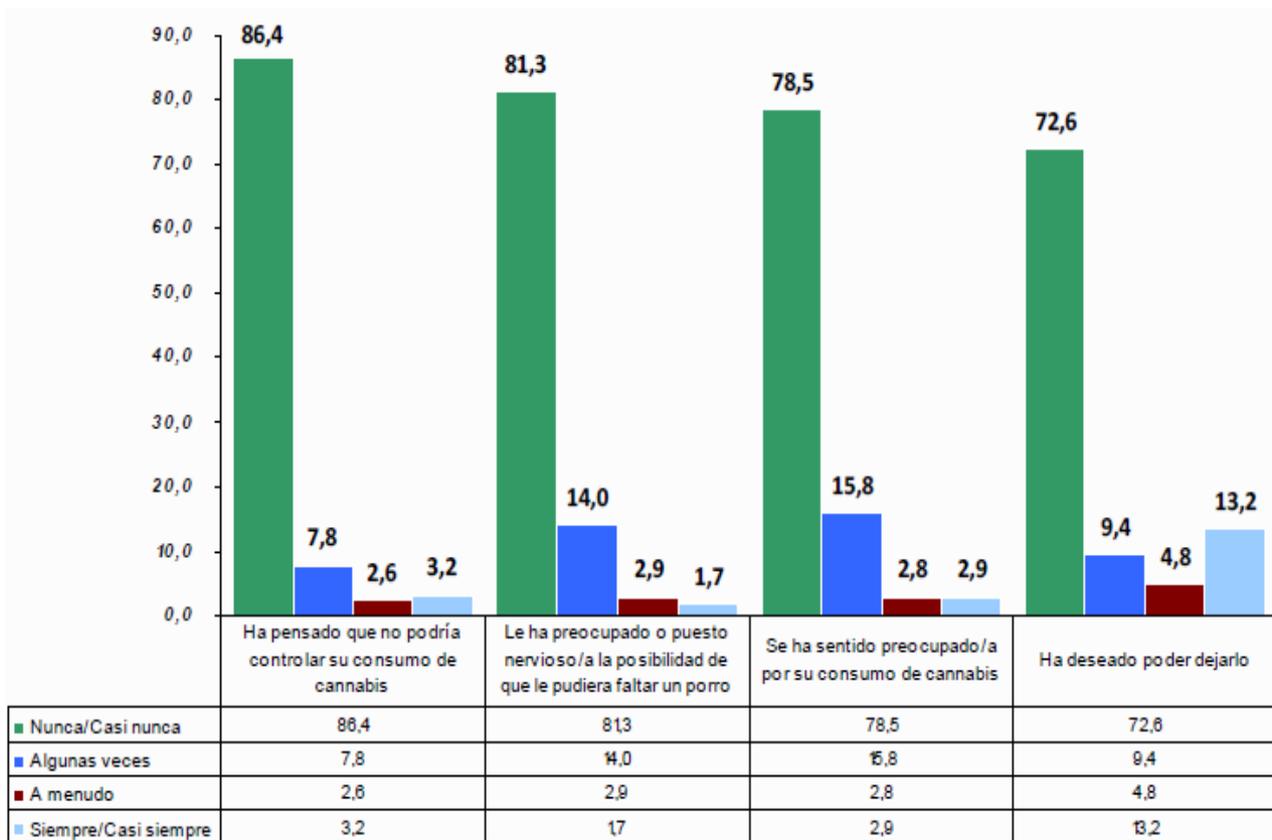


Gráfico 27. Frecuencia de hechos relacionados con el Consumo de Cannabis

Un 13,2% de los consumidores de cannabis han intentado dejarlo sin éxito y un 3,2% siente que no puede controlar el consumo de cannabis.

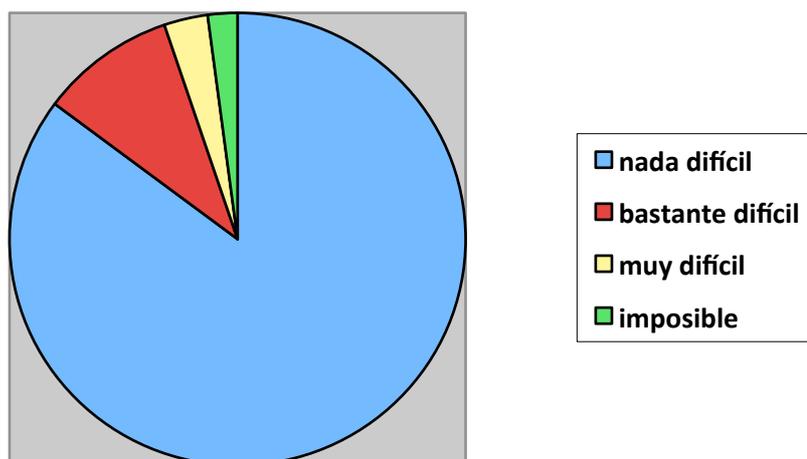
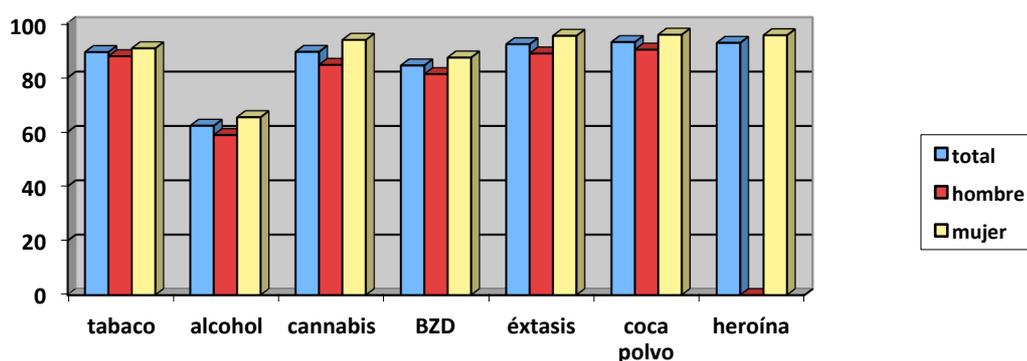


Gráfico 28. Dificultad para dejar/ estar sin consumir cannabis en los últimos 12 meses.

## g) OPINIONES ACERCA DEL CONSUMO DE DROGAS

- **Riesgo Percibido del consumo**

Para medir la opinión acerca del riesgo del consumo de drogas, se les consulta sobre la percepción que tienen en relación con los problemas (de salud y de otros tipos) que pueden acarrear el consumo de drogas (habitual y esporádico).



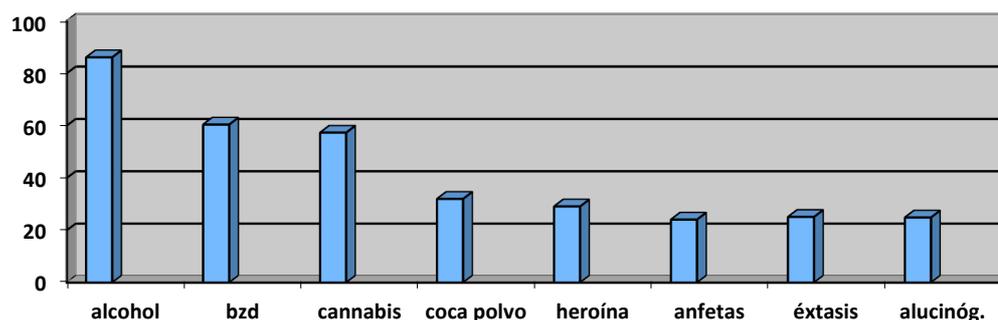
*Gráfico 29. Riesgo percibido en el consumo habitual por sexo*

En general las mujeres perciben un mayor riesgo que los hombres para todas las sustancias. El **alcohol** es la sustancia que se percibe como **menos peligrosa** y la cocaína en polvo es la que se percibe como más peligrosa, seguida muy de cerca por la heroína y el éxtasis. En general con la edad aumentan las percepciones de riesgo de las diferentes sustancias.

- **Disponibilidad Percibida**

La accesibilidad se mide a través de la dificultad que observan para conseguir las diferentes sustancias. Las sustancias consideradas como más accesibles por parte de los alumnos de Melilla son el alcohol (86,1% opina que se puede conseguir de forma fácil o muy fácil) y los tranquilizantes (60,4% que opina lo mismo).

*Gráfica 30. Disponibilidad Percibida de las Diferentes Sustancias*



- **Información recibida sobre drogas**

En general los hombres se declaran mejor informados que las mujeres. A medida que cumplen años también perciben que tienen mejor información.

Las vías más habituales por las que ha recibido información sobre drogas son las madres (70,1%), los padres (67,2%), las charlas/ cursos (65,8%) y los profesores (65,3%). Las vías por las que ellos muestran preferencia para recibir dicha información son las charlas/ cursos (44,5%), los profesionales sanitarios (43,8%), las madres (43,6%) y los padres (43,2%).

<b>Perfectamente informado</b>	<b>46,0</b>
<b>Suficientemente informado</b>	33,3
<b>Informado a medias</b>	13,5
<b>Mal informado</b>	7,2

*Tabla 14. Información sobre consumo de drogas*

#### h) ENTORNO SOCIAL

- **El grupo de iguales**

La tabla 15 muestra el consumo de drogas en el grupo de iguales, entendiendo por grupo de iguales a los/ as amigos/ as y los/ as compañeros/ as con quienes se relacionan habitualmente. La brecha más amplia entre ambos sexos corresponde al consumo de hachís.

	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
<b>Tabaco</b>	61,2	56,4	58,8
<b>Alcohol</b>	63,4	57,4	60,4
<b>Bzd</b>	10,4	13	11,7
<b>Hachís</b>	30,7	20,1	25,4
<b>Coca polvo</b>	6,1	5,0	5,6
<b>Heroína</b>	5,2	3,5	4,3
<b>Speed</b>	5,3	3,0	4,2
<b>Éxtasis</b>	5,0	3,2	4,1
<b>Alucinógenos</b>	6,0	3,5	4,7
<b>Sust. volátiles</b>	4,8	2,3	3,5

*Tabla 15. Consumo de drogas entre el grupo de iguales*

El 85% y el 88,2% de los alumnos de Melilla encuestados considera que mantienen muy buenas o bastantes buenas relaciones con sus padres y sus madres respectivamente.

Los conflictos con los padres o hermanos son más frecuentes entre las mujeres (29,3% frente al 23,5) pero los atracos, escapadas de casa y las expulsiones del centro educativo son más frecuentes en el sexo masculino y aumentan con la edad hasta alcanzar el máximo a los 17 años.

El 70,4% de los chicos/ as perciben que sus padres a menudo o casi siempre fijan normas claras sobre lo que pueden hacer dentro de casa. El 58,7% percibe la existencia de normas claras (a menudo o casi siempre) en relación a lo que pueden hacer fuera de casa. Un 78,5% (86,4% mujeres) considera que sus padres a menudo o casi siempre saben con quién está cuando sale por la noche y un 73,1% piensa que saben dónde está cuando sale por la noche. Estos porcentajes son superiores en las mujeres y en entre alumnos de centros educativos privados. Los padres en general son menos estrictos a la hora de fijar normas que las madres.

Un 67,2% considera que casi siempre recibe cariño y cuidado de sus padres y un 56,8% afirma lo mismo con respecto a su mejor amigo/ a.

- **Análisis entre el consumo de sustancias y las relaciones con los padres**

En relación con **el tabaco** parece que existe relación entre el consumo diario de tabaco y las relaciones del alumnado con sus padres, en el sentido de que tienen mejores relaciones con los padres los alumnos que no consumen tabaco a diario.

Con respecto a la convivencia con personas fumadoras parece que también hay una correspondencia en el sentido de que sólo el 6,6% de los que no conviven con fumadores fuma a diario, en cambio este porcentaje aumenta al 15,9% de los que conviven con personas fumadoras.

En cuanto al permiso paterno y/ o materno para consumir tabaco, parece existir igualmente una relación directa en el sentido de que hay mayor proporción de fumadores entre los que cuentan con permiso paterno/ materno para fumar, aunque no se ha podido demostrar esta relación de forma significativa.

Los alumnos que no han repetido curso parece que tienen menos probabilidad de fumar.

Tampoco existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de **alcohol** y el tipo de relación que mantienen los adolescentes de Melilla con sus padres, aunque existen menores tasas de consumo entre los que califican de “bastante buenas” o “muy buenas” las relaciones con sus padres. Algo similar ocurre con la relación entre el permiso de los padres para tomar bebidas alcohólicas y el hecho de haberse emborrachado en alguna ocasión y la relación entre haber repetido curso en alguna ocasión y el consumo intensivo en el último mes.

### i) NUEVAS SUSTANCIAS

La encuesta ESTUDES 2010 introduce un módulo específico dedicado al consumo de drogas emergentes. Las nueve sustancias incluidas en este módulo son: ketamina, spice, piperacinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals y legal highs.

El 1,9% del alumnado de Melilla refiere haber consumido alguna vez en su vida alguna de las drogas incluidas en este grupo (88,6% chicos y el 11,4% chicas). El 1,1% admitieron su consumo en el último año (85% chicos y 15% chicas). La prevalencia de este consumo en el último mes es muy baja, lo que indica el carácter esporádico y experimental del consumo de drogas emergentes.

	<b>Alguna vez</b>	<b>Último año</b>	<b>Último mes</b>
<b>Ketamina</b>	0,9	0,6	0,3
<b>Spice</b>	0,8	0,6	0,4
<b>Piperazinas</b>	0,6	0,2	0,2
<b>Mefedrona</b>	0,9	0,9	0,4
<b>Nexus</b>	0,6	0,5	0,4
<b>Metanfetamina</b>	0,8	0,5	0,5
<b>Setas mágicas</b>	1,1	0,7	0,2
<b>Research chemical</b>	0,5	0,4	0,2
<b>Legal highs</b>	0,5	0,5	0,3

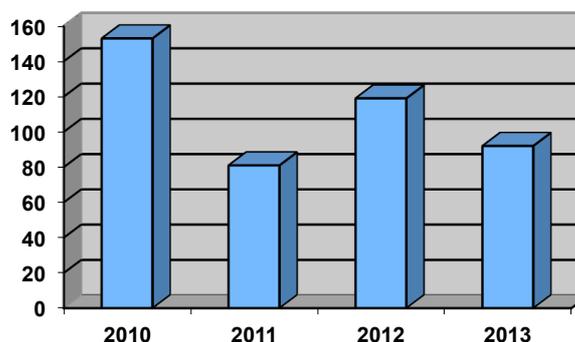
*Tabla 16. Consumo de Drogas Emergente*

### 3. INDICADORES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

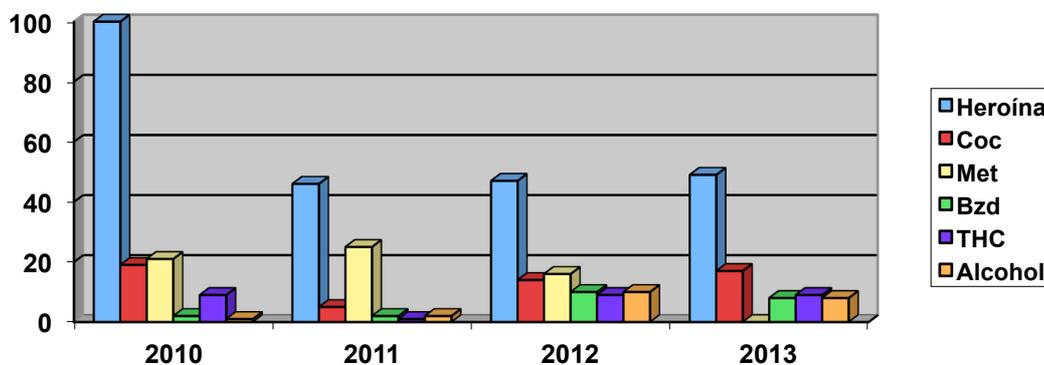
- **Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas:**

Se notifica cada vez que un paciente comienza un tratamiento nuevo, independientemente de que haya realizado otro previamente. Las notificaciones las realizan los tres centros asistenciales de la ciudad: CAD de Cruz Roja, Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario, y a partir de 2012, se inicia la notificación de pacientes procedentes del Centro de Acogida de Proyecto Hombre Melilla.

Gráfica 31. Evolución del número de usuarios admitidos a tratamiento



En la gráfica siguiente se puede apreciar la disminución marcada, sobre todo a partir del año 2011, de admisiones a tratamiento por consumo de heroína como “droga principal”, mientras que aumenta paulatinamente las admisiones por consumo de tranquilizantes, alcohol, cocaína y cannabis. A pesar de ello, la demanda de tratamiento por consumo de heroína, sigue a la cabeza de las admisiones, que en la mayoría de los casos, afecta actualmente a pacientes con policonsumo de varias sustancias psicoactivas.



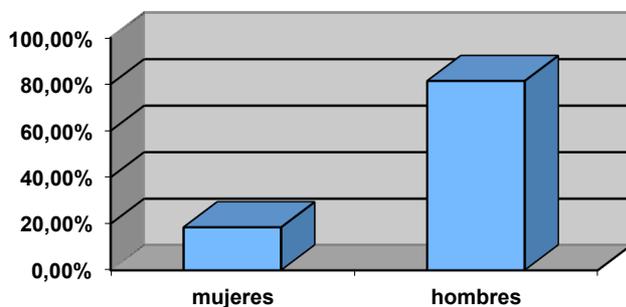
Gráfica 32. Evolución de las sustancias consumidas como “droga principal” entre las admisiones a tratamiento

- **Muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas (RASUPSI)**

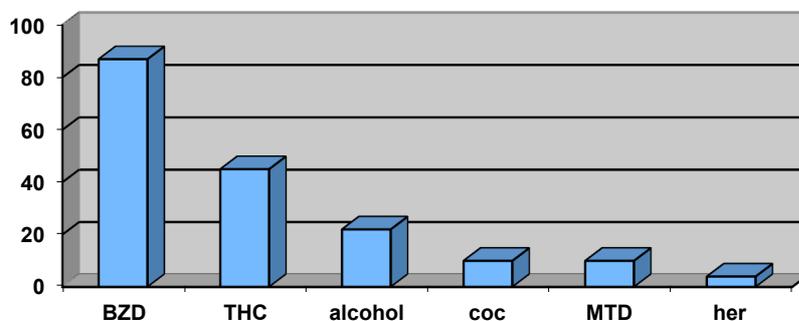
Este indicador comenzó a registrarse en el año 2010, gracias a la colaboración de la Clínica Médico Forense de Melilla. A lo largo de estos años no se han notificado muertes por reacción aguda al consumo intencionado de sustancias. Aunque merece la pena mencionar la existencia de un caso de muerte por consumo accidental de cocaína en el año 2011.

- **Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas**

La notificación de este indicador se ha iniciado en Melilla en el año 2013, tras varias reuniones y contactos con el Servicio de Documentación clínica del Hospital Comarcal. La recogida de datos se ha realizado por el propio personal del Servicio de Drogodependencias. Desde el PNSD, se establece de forma aleatoria una semana al mes para la recogida de los datos. Los resultados que se muestran a continuación corresponden a una muestra representativa de todos los casos.

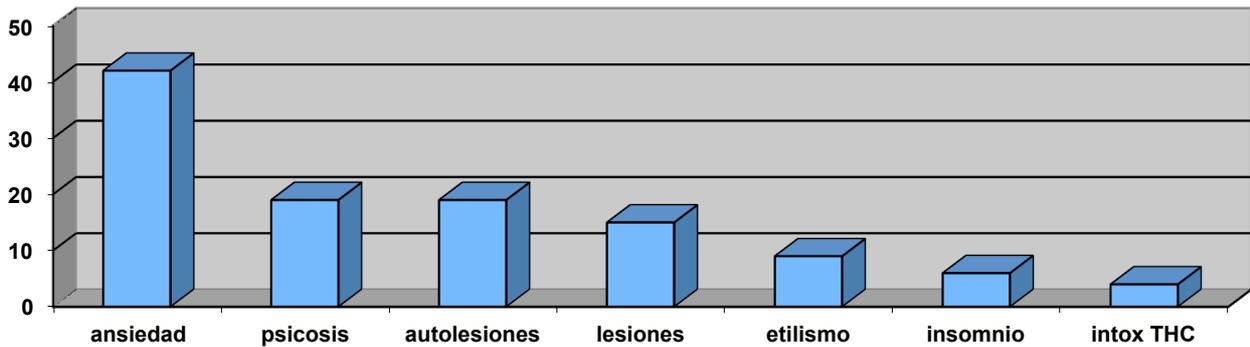


*Gráfico 33. Distribución por sexo de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. 2013*



*Gráfico 34. Principales sustancias consumidas en usuarios que acuden a urgencias por consumo de sustancias psicoactivas. 2013*

Las drogas que están asociadas a mayor morbilidad son los tranquilizantes, por los cuadros de ansiedad asociados a su abstinencia y el cannabis por los cuadros psicóticos agudos asociados a su consumo, especialmente entre los más jóvenes. El alcohol también es responsable de un gran número de consultas médicas en el servicio de urgencias por síntomas de intoxicación etílica o por lesiones secundarias al consumo.



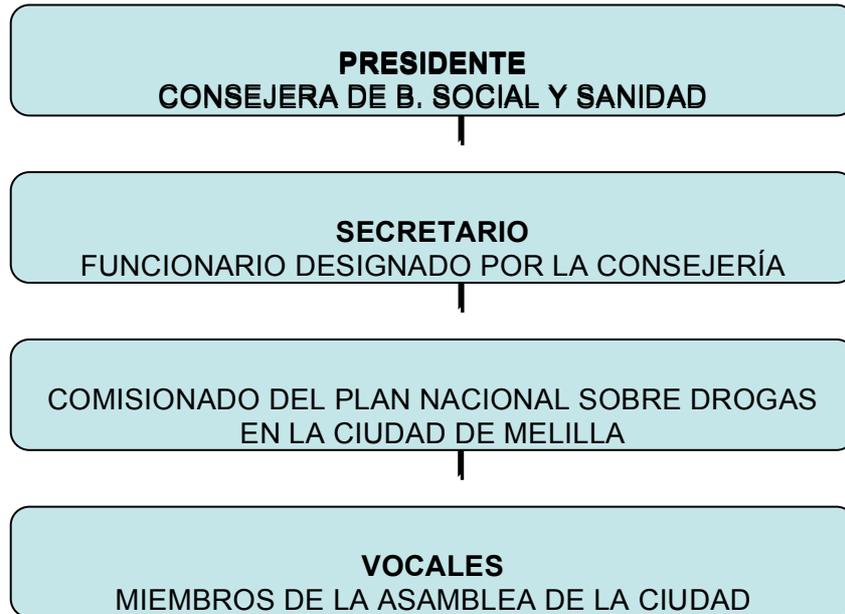
*Gráfico 35. Problemas de salud que motivan la urgencia. 2013*

La mayoría de las urgencias está relacionada con trastornos mentales secundarios al consumo o abstinencia de sustancias y con lesiones físicas o autolesiones tras el consumo.

## d. Recursos Existentes

### 1. ORGANIGRAMA

El Consejo Local de Drogodependencias, órgano de coordinación y planificación de todas las actividades relacionadas con el Plan de Drogas y Adicciones de la Ciudad de Melilla, esta constituido por:



Las **competencias** son las siguientes:

*El desarrollo y la implementación del Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla.*

*Elaboración del Plan Anual de Actividades y Previsión Presupuestaria en materia de drogodependencia.*

*Aprobación de una memoria anual, con la evaluación del desarrollo del Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla.*

*Canalizar y Coordinar las demandas e iniciativas de las distintas organizaciones y asociaciones, en lo relativo a la problemática de las drogodependencias, que quedarán recogidas en las Comisiones de Trabajo.*

(Decreto 452, de 25 de Enero de 2012, Capítulo II, Artículo 4)

## **2. ÁREAS DE INTERVENCIÓN**

- **Formación, investigación y evaluación:**

El desarrollo de este área ha sido imprescindible para una planificación de las intervenciones eficaz, de calidad y adaptadas a las necesidades de la población diana. Los resultados de la Encuesta Estatal sobre Consumo de Alcohol y Drogas en la Población General (EDADES 2013), con ampliación de la muestra en Melilla, va a suponer un instrumento muy válido de evaluación y planificación de las actuaciones presentes y futuras respectivamente como ya ocurrió con el estudio realizado en 2008 sobre consumo de sustancias en población adulta en la Ciudad de Melilla y con la ampliación de la encuesta ESTUDES 2010, sobre uso de Drogas en Enseñanza Secundaria, que vino a fortalecer las primeras conclusiones y a consolidar lo acertado de las primeras iniciativas tomadas. Durante este año 2014, se ha previsto igualmente una ampliación de la encuesta ESTUDES en nuestra ciudad.

Las evaluaciones que se realizan de todos los programas que se desarrollan en este área, y que nos aportan un conocimiento preciso y exacto sobre el colectivo con el que trabajamos, nos dan a conocer todas las variables que afectan de alguna manera al consumo real o potencial. De esta manera, podemos saber en qué línea debemos trabajar, qué extinguir, qué seguir desarrollando y qué incluir, si no existía hasta el momento.

El equipo que trabaja en el área de drogodependencias está realizando un gran esfuerzo en ampliar y mejorar la recogida de INDICADORES que se remiten anualmente al Observatorio Español sobre Drogas (ODT). En el año 2012 se inició el envío informatizado del indicador *Admisiones a tratamiento por consumo de drogas*, desde el año 2011 se está notificando el indicador *Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas* (RASUPSI), gracias a la colaboración de los médicos forenses de la ciudad y en el año 2013, se ha iniciado, gracias a la colaboración con INGESA, la recogida del indicador *Urgencias Hospitalarias en Consumidor de sustancias Psicoactivas*, lo que constituye la consecución de los objetivos y compromisos adquiridos con el PNSD y en concreto con el Observatorio Español sobre Drogas.

- **Prevención**

Las actividades de prevención en drogodependencias y adicciones están encaminadas, por un lado, a disminuir los factores de riesgo del consumo de drogas, y por otro, a potenciar los factores de protección. Los programas de prevención tienen un carácter educativo y deben proporcionar respuestas a las necesidades de las personas a las que van destinados en todas sus dimensiones: afectiva, sanitaria, educativa, cultural...debido al carácter multifactorial, social y dinámico de las conductas adictivas. Los programas de prevención deben adaptarse a las peculiaridades de cada población, por lo que se diseñan en función de la edad, etapa evolutiva y factores sociales de cada grupo. En su puesta en marcha hay que implicar a la sociedad en su conjunto, ya que la responsabilidad es de todos; va más allá de los servicios sanitarios.

El Servicio de Drogodependencias, dependiente de la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, cuenta con un técnico en drogodependencias (DUE), encargado de poner en marcha los programas de prevención que mejor se adaptan a los distintos ámbitos de actuación: educativo/familiar, laboral, de ocio y tiempo libre y comunitario. Para ello es fundamental la labor de coordinación y mutua cooperación con todas las entidades implicadas. Gracias a esta labor, los programas de prevención puestos en marcha a lo largo de estos años han sido:

- **Ámbito comunitario:**
  - *“Día Mundial sin Alcohol”*
  - *“Día Mundial sin Tabaco”*
  - *“Alcohol y Menores no es Normal”*
  - *Difusión de “Alcohólicos Anónimos”*
  - *Difusión de “Proyecto Hombre”*
  - *Difusión RAP: “La droga es la soga”*
  - *Difusión DVD: “Todo sobre el alcohol”*
- **Ámbito escolar y familiar:**
  - *“Entre todos”*
  - *“Construye tu mundo”*

- *“En familia”*
- *“A tempo”*
- *Prevención de alcohol en el embarazo*
- *“Rompecabezas”*
- *MONEO*
- *“A tope sin alcohol”*
- *“Descubriendo a nuestros hijos”*
- *Escuela de Familia en red”*
- *“Pasa la vida”*
- *“Me llamo Marcos”*
- *“Las dos caras del consumo”*
- *“El valor de un cuento”*
- *“Educar para la vida”*

En el ámbito escolar/ familiar hay que distinguir entre la **Prevención Universal** que se realiza en las aulas de los centros de enseñanza (dirigida a todos los alumnos/ padres), la **Prevención Selectiva** ( dirigida a menores de riesgo) y la **Prevención Indicada** (dirigida a menores en los que se detecta un inicio en el consumo de sustancias u otras conductas de riesgo). Los programas de prevención selectiva e indicada se llevan a cabo en los centros de menores (CEMI o Centro de Menores Infractores y MENA o Menores no Acompañados), en las ludotecas públicas, en el Centro de Acogida de Proyecto Hombre y en el CETI (Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes).

- **Ámbito laboral:**
  - *Programa de prevención específico dirigido a los mandos y tropa de las Fuerzas Armadas.*
  - *Programa de prevención específico dirigido a funcionarios y trabajadores de las AAPP.*
- **Alternativas de ocio y tiempo libre:**
  - *“Melilla Saludable”*
  - *“Tribu Melilla”*

Desde el presente año 2014, el área de prevención se encuentra ubicada en el Centro de Día de Atención a las Adicciones, ubicado en la segunda planta del antiguo Centro de Menores, en el Paseo Marítimo Mir Berlanga s/n.

- **Asistencia**

Los Centros de Salud, Servicios Sociales y la Asociación de Auto-ayuda de Alcohólicos Anónimos, constituyen los recursos de Primer Nivel de Intervención que derivan a los pacientes en caso necesario a los centros de Segundo Nivel o Centros Específicos de Atención Ambulatoria: Centro de Acogida de Proyecto Hombre, CAD de Cruz Roja y la USM (Unidad de Salud Mental de INGESA). Los dos primeros realizan sus funciones gracias a sendos Convenios de Colaboración entre las entidades responsables y la Consejería de Bienestar Social y Sanidad para el desarrollo de las siguientes actividades:

- ❖ **Cruz Roja Española de Melilla:**

- **“Mantenimiento de Centro Ambulatorio”**. Este programa consta de cuatro proyectos:
  - **“Libre de drogas”**: Dirigido a conseguir la abstinencia de las personas drogodependientes.
  - **“Metadona”**: Dirigido a disminuir la gravedad de las consecuencias del consumo de opiáceos. Consta de 3 subprogramas:
    - Desintoxicación
    - Deshabitación
    - Mantenimiento
  - **“Tratamiento integral del alcoholismo”**: Dirigido a las personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol, y a sus familiares, a quienes se les ofrece terapia psicológica y social.
  - **“Apoyo a la familia”**: En él se trabaja con las familias de los usuarios para informarles, apoyarles y asesorarles en la gestión del problema familiar que genera el drogodependiente.
- **“Programa de Intercambio de Jeringuillas” (PIJ)**: dirigido a los consumidores de drogas por vía parenteral. A través de él se intenta

concienciar a los usuarios sobre los riesgos y peligros que encierra el uso compartido de las jeringuillas que usan en su adicción.

❖ **Centro de Acogida de Proyecto Hombre Melilla:**

- **“Programa Base”:** Se trata de un Programa Libre de Drogas dirigido a personas con problemas de adicción y consta de tres fases:
  - **Acogida**
  - **Comunidad Terapéutica**
  - **Reinserción**
- **“Programa de Apoyo Nocturno”:** enfocado al tratamiento de personas que, aunque tienen problemas de adicción, cuentan con una estructura familiar, social, laboral, etc., que les apoya y refuerza para conseguir su total abstinencia.
- **“Programa individualizado”:** Dirigido a promover hábitos de vida saludables en personas con conductas de riesgo o consumos esporádicos.
- **“Programa de Menores y Adolescentes”:** Dirigido a menores con problemas de consumo o conductas de riesgo derivados de los Centros de Menores, medidas judiciales, de la consulta joven de INGESA e incluso de centros escolares.
- **“Atención a la Patología Dual”** en colaboración con la USM.
- **“Programas de Prevención”** Universal, selectiva e indicada.
- **“Atención a las familias”:** Las familias son una prioridad en todos los programas que se realizan en el Centro de Acogida, con el fin de lograr una participación activa de las mismas en el proceso de crecimiento personal.

El **Programa de Intercambio de Jeringuillas** recuperado en el año 2009, funciona gracias a la colaboración del Colegio Oficial de Farmacéuticos con la participación de todas las oficinas de farmacia de la ciudad. También participa el Centro de Atención al Drogodependiente de Cruz Roja. En los últimos años se ha producido una disminución

importante en el intercambio de jeringuillas, debido a la disminución/ casi desaparición de los inyectores de drogas por vía parenteral. No obstante el repunte observado a nivel nacional en el consumo de heroína, nos obliga a “no bajar la guardia” y mantener el PIJ.

Los pacientes que precisan ingresar en una comunidad terapéutica son derivados a recursos existentes fuera de la ciudad.

- **Reinserción socio- laboral**

El proceso de reinserción se realiza paralelamente al tratamiento de la adicción y se inicia en el momento en que la persona comienza el mismo. La reinserción debe formar parte integral de todos los recursos asistenciales, que desarrollan actividades paralelas de adquisición de habilidades (sociales, personales...) para favorecer la integración de la persona en tratamiento por adicción, en la sociedad. Sin embargo, la creación de recursos específicos en el área de incorporación social y laboral (**Centro de Día con sus talleres y actividades**), ha favorecido la diferenciación de esta área específica de intervención.

En el año 2010, se rehabilitó un nuevo Centro de Día, en la segunda planta del antiguo Centro de Menores, dotado de cinco salas para la realización de diversos talleres, que ha permitido incrementar el número y la oferta de los mismos. Las evaluaciones realizadas cada año, nos ha facilitado adaptar la organización de estos talleres a las necesidades y preferencias de los usuarios. La ubicación de este Centro de Día en el mismo edificio del CAD de Cruz Roja, supone una ventaja añadida, de cara a la organización, selección y seguimiento de los usuarios, así como en el control periódico del doping de drogas en orina.

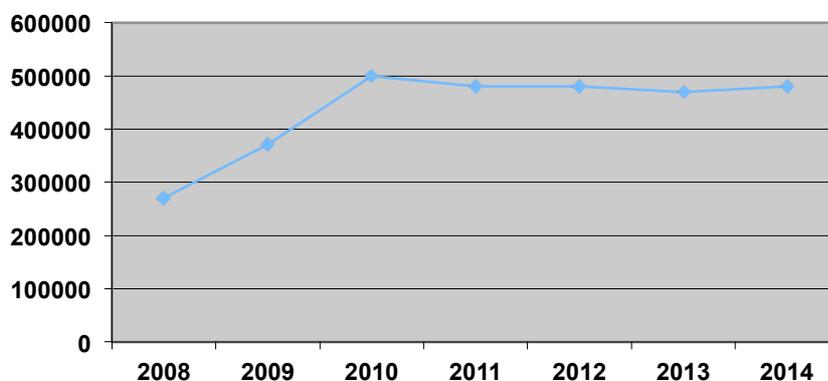
En este centro, dependiente de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad y que cuenta con un /a trabajador/ a social de la Dirección General de Sanidad y Consumo, se realizan la mayoría de los talleres del **Programa de Reinserción Socio Educativo Laboral (PISEL)**, y se prestan otros servicios a los usuarios:

- ❖ **Itinerarios Personalizados de Inserción:** Consiste en el diseño de un conjunto de acciones de mutuo acuerdo entre la persona interesada y el profesional

responsable del área de reinserción para llegar unos objetivos marcados previamente, tras la valoración social, laboral y formativa de la persona adicta con buena evolución en el tratamiento. Tras la entrevista, valoración y asesoramiento, se realiza un *Plan Personalizado de Intervención adaptado*.

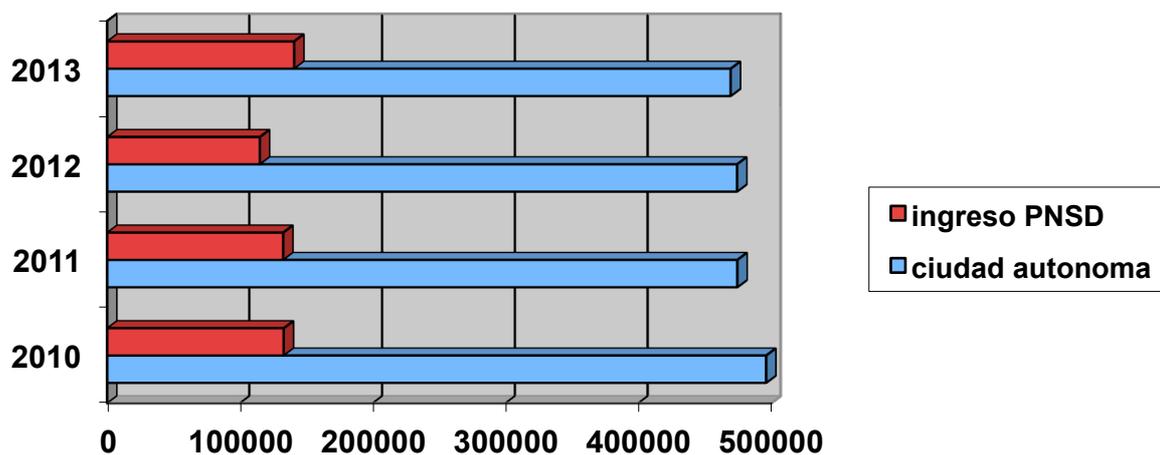
- ❖ **Selección de usuarios para participar en los Planes de Empleo de la Ciudad:** esta selección se realiza atendiendo a criterios de situación familiar y económica, evolución del proceso terapéutico y participación en planes de empleo anteriores.
- ❖ **Gestiones diversas:** ayuda en la elaboración de Currículum Vitae, cumplimentación de diversos documentos (INEM, IMSERSO...), elaboración de informes, derivaciones a otros recursos locales (Servicios Sociales, Sindicatos, Melilla Acoge...).
- ❖ **Acciones formativas o talleres:** están enfocados al desarrollo de habilidades y a la adquisición de conocimientos propios de las materias impartidas, que les sean de utilidad en dicho proceso y les proporcionen recursos de cara a su futuro laboral. Así mismo, en estos talleres, de forma simultánea, aprenderán pautas, normativas y valores que se desarrollan en el contexto de la convivencia y el ambiente del aprendizaje:
  - **Área de formación:**
    - *Alfabetización e informática*
    - *Mantenimiento Integral de edificios*
    - *Peluquería*
    - *Jardinería*
    - *Encuadernación*
  - **Área de desarrollo personal:**
    - *Habilidades para la Vida*
    - *Habilidades Sociales y Educación para la salud*
  - **Área artístico creativa:**
    - *Cuero*
    - *Costura*
  - **Área lúdica:**
    - *Yoga*
    - *Excursiones culturales por la Ciudad (templos, museos...)*

### 3. EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS



*Gáfico 36. Evolución del gasto en drogodependencias de la C.A. Melilla*

El gasto asignado a drogodependencias desde el año 2008, ha crecido en un 43,75% a pesar del contexto de crisis económica vivido durante estos años que ha supuesto un estancamiento/ disminución de los ingresos procedentes del Plan Nacional sobre Drogas. Este es un indicador de esfuerzo y voluntad de la Ciudad Autónoma de Melilla en la lucha contra la droga y las adicciones.



*Gráfico 37. Comparación de gastos en drogodependencias en Melilla/ ingresos procedentes del PNSD, años 2010-13.*

### ÁREA DE PREVENCIÓN

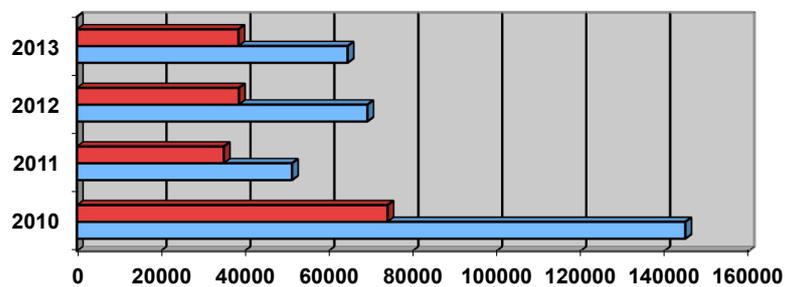


Gráfico 38. Comparación gastos en prevención en Melilla/ ingresos para prevención procedentes del PNSD. Años 2010-13

### ÁREA DE ASISTENCIA, INVESTIGACIÓN

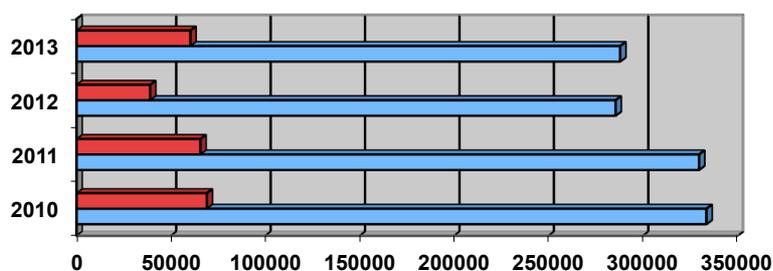


Gráfico 39. Comparación gastos en asistencia e investigación en Melilla/ Ingresos del PNSD para asistencia e investigación Años 2010-13

### ÁREA DE REINSERCIÓN

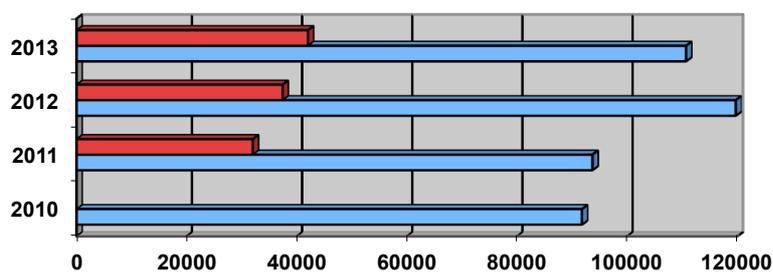


Gráfico 40. Comparación gastos en Melilla para actividades de reinserción/ Ingresos procedentes del PNSD para reinserción en adicciones. Años 2010-13



# DESCRIPCIÓN DEL PLAN

- a) Ejes
- b) Objetivos Generales
- c) Acciones e Indicadores de Evaluación



## 5. DESCRIPCIÓN DEL PLAN

---

### a. Ejes

Siguiendo las directrices del Plan de Acción Nacional sobre Drogas 2013-2016, los ejes sobre los que se articula el II Plan sobre Drogas y Adicciones de Melilla son los siguientes:

- i. ***Coordinación Institucional***
- ii. ***Reducción de la demanda***
  - 1. *Prevención*
  - 2. *Asistencia*
  - 3. *Inserción socio laboral*
- iii. ***Reducción de la oferta***
- iv. ***Mejora del conocimiento***

### b. Objetivos Generales

- i. ***Coordinación***
  - 1. Mejorar la coordinación y cooperación entre las entidades públicas y privadas implicadas en la lucha contra las adicciones a nivel nacional y local.
- ii. ***Reducción de la Demanda***
  - 1. *Mejorar la concienciación y sensibilización social sobre la problemática de las adicciones.*
  - 2. *Aumentar en los jóvenes y población de riesgo las habilidades y capacidades de resistencia para rechazar el consumo de sustancias y otras conductas adictivas.*
  - 3. *Retrasar la edad de inicio de las conductas de riesgo.*
  - 4. *Disminuir el consumo de sustancias y conductas de riesgo.*

5. *Reducir los daños asociados al consumo de sustancias y otras conductas adictivas.*
6. *Garantizar una asistencia coordinada de calidad, integral, adaptada a las necesidades de cada persona y que incluya un apoyo familiar adecuado.*
7. *Facilitar la integración sociolaboral de las personas en tratamiento por problemas de adicción, como parte del proceso de atención integral, fundamental para prevenir las recaídas.*

**iii. Reducción de la oferta**

1. *Aumentar las medidas de control de la oferta y tráfico de drogas legales e ilegales en la ciudad.*

**iv. Mejora del conocimiento**

1. *Incluir un proceso de evaluación en todas las acciones del Plan Local, con definición de indicadores.*
2. *Potenciar la formación de los profesionales y voluntarios que trabajan en el ámbito de las drogas y adicciones.*
3. *Investigar de forma periódica los hábitos, incidencias y prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas en nuestra ciudad y de los factores relacionados con el mismo (facilitadores y protectores).*
4. *Colaborar con los objetivos del Plan Nacional relacionados con la investigación, aportando los datos sobre indicadores de consumo, de la memoria anual y apoyando en la elaboración de las encuestas periódicas.*

## c. Ámbitos, Acciones e Indicadores

<b>EJE 1: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL</b>	
<b>Objetivo General i.1: Mejorar la coordinación y cooperación entre las entidades públicas y privadas implicadas en la lucha contra las adicciones a nivel nacional y local.</b>	
<b>ÁMBITO NACIONAL</b>	
<b>Acciones</b>	<b>Indicadores</b>
1 Asistencia a las reuniones convocadas por la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica.	. Nº de reuniones asistidas/ nº total de reuniones convocadas x100
2 Colaboración en el desarrollo de estudios, investigaciones, publicaciones, programas e intervenciones en colaboración con el PNSD y relacionadas con el desarrollo del Plan de Acción sobre Drogas 2013-16.	. Nº de convenios de colaboración suscritos con el PNSD. . Nº de estudios e investigaciones realizadas en colaboración con el PNSD. . Nº de intervenciones subvencionadas por el PNSD. . Nº de publicaciones de la DGPNSD en las que colabora el Servicio de Drogodependencias de Melilla. . Nº Acciones del Plan de Acción sobre Drogas 2013-16, con participación del Servicio de Drogodependencias de Melilla.
<b>ÁMBITO LOCAL</b>	
<b>Acciones</b>	<b>Indicadores</b>
3 Desarrollo de las funciones del Consejo Local de Drogodependencias	. Nº de reuniones, tareas, comisiones y propuestas...realizadas por el Consejo Local de Drogodependencias.
4 Organización de reuniones periódicas con las entidades locales públicas y privadas cuyo ámbito de actuación tenga relación con las drogodependencias y adicciones.	. Nº de reuniones de trabajo mantenidas. . Nº de entidades locales públicas que han colaborado en el desarrollo del Plan Local - Nº de entidades locales privadas que han colaborado en el desarrollo del Plan Local
5 Suscripción de Convenios de Colaboración en materia de adicciones con ONGs del ámbito de las adicciones	- Nº de Convenios de colaboración suscritos. - Nº de actividades subvencionadas por el Plan Local sobre Drogas y Adicciones.
6 Creación de una web específica sobre drogas y adicciones, dependiente de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad que contenga información completa sobre los recursos asistenciales, de apoyo a la reinserción, programas de prevención, de sensibilización, aspectos jurídicos y penales, así como datos del observatorio.	- Nº de Visitas a la pag. Web. - Nº de contenidos, publicaciones y estudios.

## EJE 2: REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

### PREVENCIÓN

**Objetivo General ii.1: Mejorar la concienciación y sensibilización social sobre la problemática de las adicciones**

### ÁMBITO COMUNITARIO

#### Acciones

#### Indicadores

7 Creación de una plataforma de coordinación con los medios de comunicación locales para conseguir una difusión de las actividades del Plan Local, de las campañas de sensibilización/prevención, información relevante relacionada con las adicciones.

- N° de medios de comunicación locales que participan en la plataforma/ total de medios locales x 100.
- N° de campañas y actividades con participación de los medios locales en su difusión.
- N° de informaciones publicadas relacionadas con las adicciones

8 Realización de campañas de sensibilización dirigidas a la población general y colectivos específicos, para informar del peligro del consumo de sustancias adictivas y otras conductas de riesgo.

- N° de campañas de sensibilización realizadas/ año.
- N° de entidades participantes.

9 Realización de campañas para la desestigmatización social de las personas con adicciones, reforzando los valores sociales positivos.

- N° de campañas realizadas en este sentido.
- N° entidades participantes.

10 Colaboración con Jefatura de Tráfico y Policía Local fomentando la realización de campañas locales de detección de tóxicos (alcohol y drogas) en la conducción, con especial énfasis en los lugares de ocio nocturno juvenil, y con atención especial a los menores conductores de motocicletas y vehículos similares.

- N° de fines de semana al año en los que se realizan controles de tóxicos/ total fines de semana del año x100
- N° de controles positivos / total de controles realizadosx100

**Objetivo General ii.2: Aumentar en los jóvenes y población de riesgo las habilidades y capacidades de resistencia para rechazar el consumo de sustancias y otras conductas adictivas.**

**Objetivo General ii.3: Retrasar la edad de inicio de las conductas de riesgo**

**Objetivo General ii.4: Disminuir el consumo de sustancias y conductas de riesgo**

**Objetivo General ii 5: Reducir los daños asociados al consumo y a otras conductas adictivas**

### **ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR**

<b>Acciones</b>	<b>Indicadores</b>
11 Aumento de la cobertura de los programas de prevención universal dirigidos a alumnos de 5º y 6º de E.P	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nº de centros de E.P participantes/ total centros de E.P x 100</li><li>- Nº de alumnos 5º y 6º de EPparticipantes/ total de alumnos de EP x 100</li><li>- Nº de tutores 5º y 6º de EP participantes/ total tutores de EP x 100</li></ul>
12 Aumento de la cobertura de los programas de prevención universal dirigidos a los alumnos de ESO.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nº de centros de ESO participantes/ total centros de ESO x 100</li><li>- Nº de alumnos de ESOparticipantes/ total de alumnos de ESO x 100</li><li>- Nº de tutores deESO participantes/ total tutores de ESO x 100</li></ul>
13 Aumento de la participación de los padres en los programas de prevención universal de los centros de EP y ESO y en los programas de prevención dirigidos a las familias.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nº de reuniones realizadas por los centros para informar a los padres sobre los programas de prevención.</li><li>- Nº de padres participantes en los programas de prevención familiar.</li></ul>
14 Realización de actividades de prevención y/ o sensibilización dirigidas a estudiantes de Bachiller, Formación Profesional y Universidad.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nº de actividades realizadas</li><li>- Nº de participantes</li><li>- Nº de actividades evaluadas</li></ul>
15 Mantenimiento y ampliación de los programas de prevención selectiva e indicada dirigidos a menores de riesgo y menores en los que se detecta conductas de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nº de programas</li><li>- Nº de participantes en cada programa</li><li>- Nº de centros en los que se realizan estos programas.</li><li>- Nº de entidades participantes</li></ul>

<p>16 Creación de un protocolo coordinado con INGESA, MECyD, MAPA-Joven para la detección y derivación precoz de menores con conductas de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de menores derivados de INGESA (Consulta joven), CENTROS ESCOLARES y MAPA- Joven a los Centros Ambulatorios de Proyecto Hombre o Cruz Roja.</li> </ul>
<p>17 Realización de actividades de prevención e información sobre los efectos del consumo de alcohol y drogas en la conducción y sus consecuencias, en las autoescuelas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de autoescuelas participantes.</li> <li>- Nº de alumnos participantes.</li> </ul>
<p>18 Coordinación y colaboración con el programa de Asesoramiento Psicológico-MAPA Joven, en las actividades informativas y de asesoramiento demandadas por los jóvenes y relacionadas con las conductas adictivas y en la difusión del programa en los centros de enseñanza secundaria y universitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de consultas realizadas relacionadas con las conductas adictivas/ total consultas realizadas x100</li> <li>- Nº de intervenciones, asesoramientos, consultas con valoración positiva (4 o 5)/ total de acciones realizadas x 100</li> <li>- Nº de centros de enseñanza secundaria y universitarios que realizan difusión del programa MAPA Joven/ total de centros x100</li> </ul>
<p><b>ÁMBITO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE</b></p>	
<p><b>Acciones</b> <span style="margin-left: 200px;"><b>Indicadores</b></span></p>	
<p>19 Ampliación de las fechas, horarios, actividades, lugares y participantes del programa de ocio alternativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de fines de semana con actividades en lugares de ocio juvenil/ total fines de semana del año x 100</li> <li>- Nº de actividades realizadas</li> <li>- Nº de participantes</li> <li>- Nº de lugares de ocio juvenil en los que se desarrollan actividades.</li> </ul>
<p>20 Evaluación de las actividades de ocio y tiempo libre que se realizan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº actividades de ocio evaluadas/ total de actividades de ocio realizadas x 100</li> </ul>
<p>21 Evaluación anual de resultados del programa de ocio alternativo (cambio de percepción/ actitud de los participantes con respecto al consumo de alcohol y drogas en los momentos de ocio y tiempo libre).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de participantes en los que detecta un cambio de percepción/ actitud con respecto al consumo de alcohol y drogas en las actividades de ocio/ total de participantes x 100.</li> <li>- Evolución de la percepción de riesgo en el consumo de alcohol y cannabis (ESTUDES)</li> </ul>
<p>22 Creación de una plataforma de colaboración con las asociaciones juveniles y deportivas para el diseño de actividades de ocio alternativo atractivas para los jóvenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de asociaciones participantes</li> <li>- Nº de reuniones mantenidas.</li> </ul>

## ÁMBITO LABORAL

<i>Acciones</i>	<i>Indicadores</i>
23 Colaboración con las empresas y entidades locales en la formación de sus <i>trabajadores clave</i> en la prevención de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en los lugares de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de acciones formativas realizadas</li> <li>- Nº de acciones formativas realizadas evaluadas/ total acciones formativas realizadas x 100</li> </ul>
24 Creación de una plataforma de colaboración con sindicatos, asociaciones empresariales y servicios de prevención de riesgos laborales para el diseño de un plan de prevención del consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de sindicatos, asociaciones y servicios de prevención participantes.</li> <li>- Nº de reuniones mantenidas a través de la plataforma.</li> </ul>
25 Mantenimiento y difusión de las campañas de sensibilización sobre las consecuencias del consumo de alcohol y drogas en los lugares de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de lugares de trabajo en los que se difunden las campañas</li> <li>- Nº de campañas realizadas</li> </ul>
26 Creación de un protocolo de actuación consensado con Asociaciones Empresariales, Sindicatos y Servicios de Prevención para los casos de detección precoz de consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas de riesgo en los lugares de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de actuaciones realizadas sobre los trabajadores.</li> <li>- Nº de derivaciones realizadas a recursos asistenciales.</li> </ul>
27 Desarrollo de una campaña de sensibilización dirigida a las empresas de ocio nocturno para potenciar entre los trabajadores actitudes responsables en relación con la venta y consumo de alcohol en los lugares de ocio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de empresas de ocio nocturno participantes</li> </ul>

## ASISTENCIA

***Objetivo General ii. 5: Reducir los daños asociados al consumo y a otras conductas adictivas***

***Objetivo General ii.6: Garantizar una asistencia coordinada de calidad, integral, adaptada a las necesidades de cada persona y que incluya un apoyo familiar adecuado***

<b>Acciones</b>	<b>Indicadores</b>
28 Mantenimiento y revisión del Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), fomentando la participación de las oficinas de farmacia y del CAD.	- N° de centros que registran y comunican mensualmente los intercambios de jeringuillas realizados o la ausencia de ellos/ total de centros x 100
29 Realización de una campaña informativa sobre la existencia del PIJ con participación de INGESA, Farmacias y Centros de Día de atención al Drogodependiente.	-N° de material repartido (folletos y carteles informativos) - N° de centros colaboradores en la difusión de la información
30 Mantenimiento y revisión de los Programas de Metadona (Deshabitación, Desintoxicación y Mantenimiento) implementando indicadores de evaluación de resultados y de satisfacción de los usuarios.	- N° de usuarios atendidos - N° de altas terapéuticas anuales/ total de usuarios atendidos x100 - N° de readmisiones anuales/ total de altas anuales x100 - N° de abandonos/ total de pacientes atendidos x100 - Evaluación de satisfacción de los usuarios: SI/ NO
31 Mantenimiento y revisión de los Programas Libres de Drogas que se desarrollan en los centros ambulatorios de atención a las adicciones (alcoholismo, cocaína, politoxicomanías, adicciones sin sustancias...) y creación de nuevos programas específicos adaptados a los nuevos perfiles de adicciones (juego, nuevas tecnologías...), implementando indicadores de evaluación de resultados y de satisfacción de los usuarios	- N° de programas específicos desarrollados - N° de usuarios atendidos - N° de altas terapéuticas anuales/ total de usuarios atendidos x100 - N° de readmisiones anuales/ total de altas anuales x100 - N° de abandonos/ total de pacientes atendidos x100 - N° de programas que incluyen una evaluación de satisfacción de los usuarios/ total de programas x100
32 Creación de una plataforma de coordinación entre la USM (Unidad de salud Mental) de INGESA y los centros ambulatorios (CAD y PH), para aplicar un protocolo de actuación de atención a la patología DUAL	- N° de usuarios atendidos en la USM/ total de pacientes con patología DUAL atendidos en los centros ambulatorios x100 - N° de contactos mantenidos entre profesionales de la USM y de los centros ambulatorios relacionados con pacientes atendidos con patología DUAL

<p><b>33 Creación de un protocolo de comunicación entre los profesionales de AP (Atención Primaria) y de los centros ambulatorios de atención a las adicciones, para la atención integral y conjunta de los usuarios con problemas de adicción, con especial atención a los consumidores de tranquilizantes.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de comunicaciones registradas entre los profesionales de AP y de los centros ambulatorios de atención a las adicciones relacionadas con la asistencia compartida a los usuarios con problemas de adicción</li> </ul>
<p><b>34 Potenciación y desarrollo de los programas de intervención precoz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de usuarios incluidos en los programas de intervención precoz dirigidos a población juvenil y adultos.</li> <li>- Nº de programas de intervención precoz desarrollados</li> </ul>
<p><b>35 Desarrollo de una atención familiar de calidad.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de programas de atención familiar desarrollados.</li> <li>- Nº de familias atendidas en cada programa</li> <li>- Nº de programas de atención familiar evaluados/ total de programas de atención familiarx100</li> </ul>
<p><b>36 Recuperación de los programas específicos de deshabituación del tabaquismo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de usuarios que finalizan el programa/ total de usuarios participantes x100.</li> <li>- Nº de usuarios que continúan abstinentes a los seis meses de la finalización de programa/ total usuarios que finalizan el programas x 100.</li> </ul>
<p><b>37 Colaboración con instituciones penitenciarias en la atención a internos con problemas de adicción y en la creación de un Programa de Seguimiento a personas excarceladas en tratamiento por problemas de adicción.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de actividades en colaboración con Instituciones penitenciarias</li> <li>- Nº de usuarios derivados para Seguimiento de personas excarceladas por problemas de adicción</li> </ul>
<p><b>38 Colaboración con Justicia en la aplicación del protocolo de atención a personas adictas con problemas jurídicos penales.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de usuarios incluidos en protocolo de atención a adictos con problemas jurídicos penales.</li> <li>- Nº de abandonos al programa/ total de usuarios atendidosx100</li> <li>- Nº de altas/ total usuarios atendidos x 100</li> </ul>

<p><b>39 Apoyo en la derivación a los centros de internamiento fuera de la ciudad de los usuarios que necesitan ingresar en comunidades terapéuticas, pisos de acogida u otros centros de tratamiento en régimen interno.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de usuarios derivados a centros de internamiento fuera de la ciudad</li> <li>- Nº de usuarios que reciben ayuda económica para los gastos del tratamiento en centros de internamiento/ total de usuarios derivados x100</li> <li>- Nº de usuarios que finalizan con éxito el tratamiento en centro de internamiento/ total usuarios derivados x100</li> <li>- Nº de recaídas/ total de usuarios que son derivados a centros de internamiento fuera de la ciudad x 100</li> </ul>
<p><b>40 Creación de un protocolo de actuación en colaboración con la Viceconsejería de la Mujer y la Unidad de Coordinación contra la violencia sobre la mujer de la Delegación del Gobierno, para la detección y derivación de mujeres con conductas de riesgo y/ o problemas de adicción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de reuniones y acciones conjuntas realizadas.</li> <li>-Nº de mujeres derivadas a los centros ambulatorios de atención a las adicciones.</li> </ul>
<p><b>41 Desarrollo y ampliación de los programas nocturnos de atención a personas con adicciones que mantienen una estructura social, laboral y familiar “normalizada”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de usuarios atendidos en programas nocturnos</li> <li>- Nº de altas terapéuticas anuales de los programas nocturnos/ total de usuarios atendidos al año en programas nocturnos x100</li> <li>- Nº de readmisiones anuales de usuarios en programas nocturnos / total de altas anuales de programas nocturnos x100</li> <li>- Nº de abandonos de pacientes en programas nocturnos/ total de pacientes atendidos en programas nocturnos x100</li> <li>- Nº de programas que incluyen una evaluación de satisfacción de los usuarios/ total de programas x100</li> </ul>
<p><b>42 Mantenimiento de la colaboración en la difusión y publicidad de las actividades realizadas por ONG que trabajan en el campo de las adicciones (Alcohólicos Anónimos, Juego Patológico, Cruz Roja, Proyecto Hombre...)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de colaboraciones realizadas.</li> </ul>
<p><b>43 Mantenimiento de la colaboración con la Unidad Docente del Hospital Comarcal para continuar con la rotación de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria por los Servicios de Salud Pública de la DGSyC y en concreto por el Servicio de Drogodependencias y Adicciones.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de Residentes que realizan una rotación por la DGSyC/ total de residentes 100</li> <li>-Nº de residentes que valoran de forma positiva la rotación por el Servicio de Drogodependencias y Adicciones.</li> </ul>

## REINSERCIÓN

**Objetivo General ii.7: Facilitar la integración sociolaboral de las personas en tratamiento por problemas de adicción, como parte del proceso de atención integral, fundamental para prevenir las recaídas**

### Acciones

### Indicadores

44 Registro y evaluación de los Itinerarios Personalizados de Reinserción de adictos en proceso de rehabilitación

- Nº de Itinerarios Personalizados de Reinserción diseñados al año/ total personas en proceso de rehabilitación atendidas en el Centro de Día al año x 100  
- Nº de Itinerarios Personalizados de Reinserción que finalizan/ total de Itinerarios Personalizados de Reinserción diseñados x 100

45 Mejora del número, variedad formativa, participación y evaluación de los Talleres de Reinserción Socio Laboral dependientes del Servicio de Drogodependencias y Adicciones de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad

-Nº de talleres realizados /año.  
-Nº de usuarios participantes/ año.  
-Nº de bajas de los talleres por abandono o expulsión/ total de bajas x 100  
-Nº de talleres con evaluación de la satisfacción de los usuarios/ total de talleres x 100  
-Nº de seguimientos realizados tras la finalización del taller/ total de usuarios que finalizan x 100  
-Nº usuarios que permanecen abstinentes/ total usuarios participantes x 100

46 Coordinación con Ciudad Autónoma, Delegación del Gobierno y SEPE, para aumentar la cuota de participación de los usuarios con adicciones en proceso de rehabilitación en los Planes de Empleo de la Ciudad.

- Nº usuarios adictos en proceso de rehabilitación seleccionados para participar en los planes de empleo / total de plazas ofertadas x 100

47 Creación de un protocolo de colaboración con las organizaciones empresariales y sindicales de la ciudad para mejorar la conciencia e imagen social hacia las personas con adicciones.

-Nº de empresas participantes  
-Nº de acciones realizadas  
-Nº de sindicatos participantes

48 Creación de convenios de colaboración con las principales empresas de la ciudad para crear un protocolo para favorecer la contratación "Tutelada" de usuarios con adicciones con buena evolución en su proceso de rehabilitación.

-Nº de empresas colaboradoras.  
-Nº de usuarios contratados.  
-Nº de usuarios que finalizan su contrato de forma satisfactoria/ total de usuarios contratados x 100

### EJE 3: REDUCCIÓN DE LA OFERTA

**Objetivo General iii.1: Aumentar las medidas de control de la oferta y tráfico de drogas legales e ilegales en la ciudad.**

#### **Acciones**

#### **Indicadores**

**49 Vigilancia e inspecciones periódicas de los locales de ocio, especialmente los frecuentados por menores, relacionadas con la oferta de alcohol a menores, consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas.**

-Nº de locales de ocio frecuentados por menores inspeccionados/ total de locales de ocio frecuentados por menores x100  
-Nº de infracciones/ expedientes por servir alcohol a menores  
-Nº de infracciones/ expedientes por permitir fumar en el local  
-Nº de infracciones/ expedientes por consumo de sustancias psicoactivas en el local

**50 Vigilancia e inspecciones periódicas de los establecimientos autorizados para la venta de alcohol y tabaco, para garantizar los mecanismos de control de acceso a los menores de edad.**

-Nº de establecimientos inspeccionados  
-Nº de infracciones/ expedientes por venta de alcohol a menores  
-Nº de infracciones/ expedientes por venta de tabaco a menores  
-Percepción de la disponibilidad de alcohol y tabaco en la encuesta ESTUDES

**51 Vigilancia en el entorno de los centros escolares en la horas de entrada, salida y recreos.**

-Nº de centros escolares vigilados/ total de centros escolares x 100  
-Nº de vigilancias realizadas al año/ centro escolar  
-Nº de agentes implicados en las labores de vigilancia de los entornos escolares

**52 Vigilancia de los espacios públicos de ocio juvenil durante los fines de semana, para limitar o evitar el consumo de alcohol en la vía pública (Botellón) y sus consecuencias.**

-Nº de fines de semana al año en los que se realizan labores de vigilancia/ total de fines de semana del año x100  
-Nº de denuncias por consumo de alcohol en la vía pública y/ o sus consecuencias  
-Nº de infracciones/ expedientes por consumo de alcohol en la vía pública

<p><b>53 Detección, seguimiento e intervención en puntos de tráfico minorista “menudeo”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de puntos de tráfico minorista detectados</li> <li>-Nº intervenciones realizadas</li> <li>-Nº de agentes implicados</li> <li>-Percepción de visibilidad de consumo y problema de droga (encuesta EDADES)</li> </ul>
<p><b>54 Creación de un protocolo de actuación con los centros educativos para actuar en caso de detección de tráfico o consumo de sustancias psicoactivas en los mismos.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de centros implicados</li> <li>-Nº de actuaciones realizadas</li> </ul>
<p><b>55 Control de la oferta de sustancias legales en los locales e instalaciones deportivas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de instalaciones deportivas vigiladas/ total de instalaciones deportivas x 100</li> <li>-Nº de infracciones/ expedientes por venta y/ o consumo de alcohol o tabaco en las mismas.</li> </ul>
<p><b>56 Realización de campañas periódicas de detección de alcohol y drogas entre los conductores en especial en fiestas patronales, festivos y fines de semana</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de campañas realizadas</li> <li>-Nº de fines de semana con controles/ total fines de semana del año x 100</li> <li>-Nº de festivos con controles/ total de festivos del año x 100</li> <li>-Nº de controles positivos a alcohol y/ o drogas/ total de controles realizados x 100</li> <li>-Nº de controles realizados</li> <li>-Nº de agentes implicados en la realización de controles</li> <li>-Nº de puntos de control</li> </ul>
<p><b>57 Creación de una plataforma de coordinación entre el Servicio de Drogodependencias y Adicciones de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, Policía Local, Policía Nacional, Guardia Civil, Jefatura de Tráfico y Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno para intercambio de información y protocolización de acciones conjuntas relacionadas con el control de la oferta y tráfico de sustancias psicoactivas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de reuniones mantenidas por asuntos relacionados con la oferta y tráfico de drogas</li> <li>-Nº de acciones conjuntas realizadas</li> </ul>
<p><b>58 Protocolo de actuación con INGESA para la prescripción de tranquilizantes y seguimiento de los pacientes en tratamiento por esta sustancias.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de prescripciones de tranquilizantes</li> <li>-Prevalencia de consumo tranquilizantes con/ sin recetas encuesta ESTUDES</li> <li>-Prevalencia de consumo tranquilizantes con/ sin receta EDADES</li> </ul>
<p><b>59 Vigilancia y control de los salones de Juego para evitar la entrada de menores.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nº de inspecciones realizadas/ total de salones de juego x 100</li> </ul>

## EJE 4: MEJORA DEL CONOCIMIENTO

**Objetivo General iv.1: Incluir un proceso de evaluación en todas las acciones del Plan Local, con definición de indicadores.**

**Objetivo iv.2: Potenciar la formación de los profesionales y voluntarios que trabajan en el ámbito de las drogas y adicciones.**

**Objetivo iv.3: Investigar de forma periódica los hábitos, incidencias y prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas en nuestra ciudad y de los factores relacionados con el mismo (facilitadores y protectores).**

**Objetivo iv.4: Colaborar con los objetivos del Plan Nacional relacionados con la investigación, aportando los datos sobre indicadores de consumo, de la memoria anual y apoyando en la elaboración de las encuestas periódicas.**

<b>Acciones</b>	<b>Indicadores</b>
60 Evaluación anual de las acciones del Plan Local.	-Nº de acciones evaluadas al año/ total de acciones realizadas al año x 100
61 Evaluación final de todas las acciones del Plan Local	-Nº de acciones evaluadas/ total de acciones realizadas x 100 -Nº de acciones realizadas/ total de acciones aprobadas en el Plan x 100
62 Fomento y colaboración en la formación de "Grupos Clave" en Prevención de Adicciones: -Profesionales/ voluntarios que trabajan en el campo de las adicciones. -Profesorado de centros de enseñanza Primaria, Secundaria, FP y Universidad. -Psicólogos, profesores, educadores de Ludotecas, Centros de Menores, Centro Penitenciario y Servicios Sociales. -Responsables de los Servicios de Prevención de Riesgos laborales. -Trabajadores del campo de la hostelería y locales de ocio. -Policía Local, Nacional, Fuerzas Armadas y Guardia Civil	-Nº de acciones formativas (cursos, difusión de publicaciones...) realizadas en el campo de la prevención en drogodependencias y adicciones -Nº de acciones formativas evaluadas -Nº de participantes en las acciones formativas -Nº de colectivos, entidades...participantes en la formación

<p><b>63 Fomento y colaboración en la Formación Continuada de los profesionales cuyo ámbito de actuación tenga alguna relación con las adicciones, en especial con la detección precoz, tratamiento o reinserción: Trabajadores y Educadores Sociales, Psicólogos, DUES y Médicos de Urgencias y AP, Estudiantes de Enfermería y Médicos Residentes en formación, Terapeutas ocupacionales...mediante cursos, difusión de publicaciones...</b></p>	<p>-Nº de profesionales sanitarios que realizan formación en drogodependencias y adicciones  -Nº de profesionales no sanitarios que realizan formación en drogodependencias y adicciones  -Nº de acciones formativas evaluadas  -Nº de entidades participantes/ colaboradoras en la formación</p>
<p><b>64 Recogida anual, análisis y publicación de los Indicadores de Consumo que establece el Plan Nacional sobre Drogas:</b>  -Admisión a Tratamiento  -Urgencias en consumidores de drogas  -Mortalidad por reacción aguda a drogas  -Consumo problemático  -Enfermedades Infecciosas relacionadas con el consumo de drogas</p>	<p>-Nº de indicadores anuales recogidos/ total de indicadores establecidos por el PNSD x 100  -Nº de publicaciones (medios de Comunicación Locales o Web) realizadas sobre resultados de los indicadores recogidos.</p>
<p><b>65 Colaboración con el PNSD en la realización, ampliación local, análisis y difusión de resultados de las encuestas periódicas de prevalencia de consumo de drogas (ESTUDES, EDADES)</b></p>	<p>-Nº de encuestas nacionales del PNSD ampliadas en la Ciudad de Melilla en el periodo de vigencia del Plan Local/ total de encuestas realizadas en el periodo de vigencia del Plan Local x 100.  -Nº de publicaciones ( medios de Comunicación Locales o Web) realizadas sobre resultados de las encuestas.</p>
<p><b>66 Colaboración con instituciones que desarrollen proyectos de investigación local relacionados con las adicciones</b></p>	<p>-Nº de colaboraciones realizadas/ total de proyectos de investigación realizados x 100</p>
<p><b>67 Cumplimentación y envío de los datos solicitados por el PNSD para la elaboración de la Memoria anual</b></p>	<p>-Nº de datos cumplimentados y enviados al año/ total de datos solicitados al año x 100</p>
<p><b>68 Promoción de una encuesta periódica sobre las necesidades formativas y de la satisfacción de la formación recibida de los profesionales/ voluntarios que trabajan en algún campo de la adicción (prevención, tratamiento, reinserción, investigación...)</b></p>	<p>-Nº de encuestas realizadas  -Nº de encuestas cumplimentadas  -Nº de profesionales/ voluntarios que están satisfechos con la formación recibida en adicciones</p>





# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Estrategia de la Unión Europea en Materia de Lucha Contra la Droga (2013-2020). *Diario Oficial de la Unión Europea C 402/1 29.12.2012*

Plan de Acción de la Unión Europea en Materia de Lucha Contra la Droga 2013-2016. *Diario Oficial de la Unión Europea C 351/1 30.11.2013*

Plan de Acción de la Unión Europea sobre consumo de alcohol en los jóvenes y el consumo episódico excesivo (CNAPA). Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/alcohol/>

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 . *BOE núm. 38 de 13 de febrero de 2009.*

Plan de Acción Nacional sobre Drogas 2013-2016.

Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.es>

Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla 2010-2013.

Disponible en: <http://www.melilla.es>

Memoria Evaluación Plan sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla 2010-2013. *Presentada al Consejo Local de Drogodependencias en Sesión Ordinaria de fecha 10 de junio de 2014.*

INE: datos publicados de la Ciudad Autónoma de Melilla sobre actividad, ocupación y paro, cifras de población y fenómenos demográficos, economía, mercado laboral y sociedad. Disponible en: <http://www.ine.es>

Estudio Demográfico de la Población Musulmana Española. Explotación estadística del censo de ciudadanos musulmanes en España. *Observatorio Andalusi 2012.*

Plan Integral de Juventud 2013-2016 de la Ciudad Autónoma de Melilla.

Disponible en: <http://www.melilla.es>

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias ESTUDES 2010. Observatorio Español sobre Drogas (OET). Plan nacional sobre Drogas (PNSD). Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES 2011 y 2013. OET. PNSD. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas (1991-2009). OET. PNSD. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas (1996-2009). OET. PNSD. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas (1983-2009). OET. PNSD. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>

Dawson J, Rodríguez-Jareño MC, Segura LE, Colom J. European Workplace and Alcohol Programa para la prevención del consumo de alcohol y problemas relacionados en el ámbito laboral. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Cataluña del Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, 2013. Disponible en <http://www.ewaproject.eu>

Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones. Elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Sección Cortes Generales. X LEGISLATURA. Serie A: ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS. Núm.264 de 25 de marzo de 2014.

Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Fundación Atenea. *PIUMAD: Un Programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid.(2012)*

Federación Española de Municipios y Provincias (2001). *Manual para la Elaboración de Planes Municipales sobre Drogas.*

Diputación de Barcelona (2013). *Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias.*

Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad, Organismo Autónomo Madrid Salud, Instituto de Adicciones. *Plan de Adicciones de la Comunidad de Madrid 2011-2016.* BOAM, Año CXV, núm. 6396, pág. 3 de 2 de marzo de 2011.

Principado de Asturias. Unidad de Coordinación del Plan de Drogas de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de salud y Servicios Sociales. *Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010/2016.*

Gobierno de Aragón. Departamento de salud y Consumo. *Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016.*

**Instituto nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. *Víctimas Mortales en Accidentes de Tráfico, Memoria 2013.***

**Ministerio del Interior. Lucha contra el Tráfico de Drogas en España. *Evolución del tráfico ilícito de drogas en España. (2013)***

**UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). *NSP Nuevas Sustancias Psicoactivas. (2014). Disponible en: [www.unodc.org/drugs](http://www.unodc.org/drugs)***

**Comisión Global de Políticas de Drogas, ONU. *Asumiendo el Control: caminos hacia políticas de drogas eficaces. (2014).***











CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**