ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA. SEGUNDO SEMESTRE 2018 / REVISTA Nº 34

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Nuevas formas de adicción y patrones de consumo

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

dianova

Financiado por:

ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA

Calle Coslada, 18
28028, Madrid
T. (+34) 91 468 87 65
F. (+34) 91 468 87 87
dianova@dianova.es
infonova@dianova.es
www.dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación
corporativa y marketing social
Asociación Dianova España

Fotografías

En portada, fotografía ganadora del
VI Concurso de Fotografía Infonova,
del autor Gerard Díez Aliacar

Imprime

Diseño Sur, SCA.

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2416

Asociación Dianova España
no comparte necesariamente las
opiniones expresadas en los artículos
publicados. Los únicos responsables
son sus propios autores/as

dianova

Índice

CARTA DEL PRESIDENTE
Santiago Nebot Rodrigo 7

EDITORIAL
Antonio J. Molina 8

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS 2013-2016.....9

ADICCIONES EN GENERAL
Adicciones comportamentales: separando el grano de la paja
Elisardo Becoña Iglesias.....11

ADICCIONES Y JUVENTUD
Perfiles y factores de riesgo relacionados con el consumo de cannabis y algunas drogas legales en adolescentes de cuatro países europeos
Miguel Ángel Rodríguez Felipe, Daniel Lloret Irles,
Juan Antonio Moriano León, Ramón Morell Gomís,
Elena Ares Nieto 21

NUEVAS TENDENCIAS EN PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES
Programas de rehabilitación, tratamiento de adicciones e inserción social: el concepto “Recovery”
Antonio J. Molina.....33

Índice

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2017-2024 41

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO.....97

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR.....98

CARTA DEL PRESIDENTE DE ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

Santiago Nebot Rodrigo

Presidente de Asociación Dianova España.

La revista Infonova que tiene usted en sus manos quiere contribuir al estudio y debate científico de las adicciones desde hace años. Editada por Asociación Dianova España y financiada por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, Infonova cuenta con una amplia difusión y los temas que trata se encuentran en el epicentro del debate sobre drogas y adicciones, al que la revista quiere contribuir desde un punto de vista diversificador y responsable.

No es de extrañar que, ahora que se ha presentado la nueva Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, en la que las estrategias públicas incluyen por primera vez las llamadas adicciones sin sustancia o trastornos comportamentales (Internet, juego on line, móviles…), Infonova ya dedicara su número 32, a principios de diciembre de 2017, al uso y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación. Este es un tema de interés creciente y nuestra revista no puede, ni debe, evitar moverse dentro de las tendencias de salud pública en materia de drogodependencias y adicciones.

En este nuevo número de la revista Infonova nos centramos en algunos de los ejes marcados por la Estrategia sobre Adicciones, esbozando pinceladas y continuando, de alguna manera, la línea temática que publicamos el año anterior. Creemos que el tema lo merece dada su actualidad e importancia.

Esperando que será de su interés, les deseo una feliz lectura.

EDITORIAL

Antonio J. Molina

Coordinador terapéutico de Asociación Dianova España.

En el último apartado del segundo bloque de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, "Situación de las adicciones en España", denominado "Retos" se presta especial atención a las nuevas formas de adicción y patrones de consumo como uno de los desafíos que afrontar para los próximos años: "Existe un uso preocupante por el aumento del uso 'patológico' de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como el papel de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego online entre adolescentes". En el siguiente apartado, "Tendencias", se habla de la poca percepción del riesgo de los jóvenes y "normalización del consumo lúdico de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína y nuevas sustancias psicoactivas".

Es en este contexto en el que se enmarcan los artículos que configuran este número de Infonova, en el que se incluye, precisamente, la nueva Estrategia Nacional sobre Adicciones, aprobada por el Consejo de Ministros el 9 de febrero de 2018. En ella destaca que, por primera vez, se incluyen tipos de adicciones sin sustancia o trastornos comportamentales asociados a las tecnologías, el juego online o los videojuegos.

Estos usos problemáticos de nuevo cuño son el eje sobre el cual Elisardo Becoña, catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de Santiago de Compostela, escribe "Adicciones comportamentales: separando el grano de la paja", centrando su exposición entre las adicciones comportamentales aceptadas clínicamente de las que aún generan un encendido debate.

El subdirector de Estudios y Programas de la FAD, Miguel Ángel Rodríguez, encabeza el artículo colectivo "Perfiles y factores de riesgo relacionados con el consumo de cannabis y algunas drogas legales en adolescentes de cuatro países europeos", en el que se ofrecen los datos recogidos en España, Portugal, Italia y Rumanía para analizar la influencia de determinados factores sobre la intención y la conducta de los adolescentes en el consumo de cannabis, alcohol y tabaco.

Finalmente, Antonio J. Molina aborda en "Programas de Rehabilitación, tratamiento de adicciones e inserción social: el concepto Recovery" este tipo de programas como intervención integral y multidisciplinar, promoviendo la vida saludable y de reducción de daños en la línea de las actuaciones que propone la Estrategia Nacional de Adicciones.

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2013-2016

Asociación Dianova España cuenta con una amplia trayectoria de colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, administración que apoya anualmente el funcionamiento de la entidad, a través de la convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones. Esta labor se enmarca dentro de las competencias de la mencionada administración, tal y como puede apreciarse en su página web:

> *"Corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la superior dirección del Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, 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 revista Infonova es una publicación periódica editada por Asociación Dianova España que cuenta con el apoyo de la Delegación de Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas, en el marco de la convocatoria de ayudas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2017, resolución de 16 de agosto de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE. nº 203, de 24 de agosto de 2017).

Infonova es una iniciativa que se inscribe dentro del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, dentro del eje 4 de intervención "Mejora del conocimiento básico y aplicado", correspondiendo a la acción número 27 "mejora de la difusión de los datos del sistema de información", que tiene como destinatarios a profesionales, ONG, instituciones y población en general.

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

dianova

ADICCIONES COMPORTAMENTALES: SEPARANDO EL GRANO DE LA PAJA

BEHAVIORAL ADDICTIONS: SEPARATING THE WHEAT FROM THE CHAFF

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

Catedrático de Psicología Clínica
Universidad de Santiago de Compostela
Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos

RESUMEN

Actualmente hay un enorme interés por las adicciones comportamentales, tanto en las que hay consenso (juego patológico, adicción a los videojuegos), como en las que hay dudas de su existencia (ej., Internet, teléfono móvil, hipersexualidad, amor romántico, compra compulsiva, ejercicio físico, bronceado, comida, trabajo, etc.). Exponemos los datos empíricos de que disponemos sobre ellas, cara a separar el grano (lo que de verdad es una adicción) de la paja (lo que no se considera adicción). Se concluye que éste seguirá siendo un tema de actualidad, debate e interés en los próximos años.

PALABRAS CLAVE

Adicción comportamental, internet, concepto, tratamiento, prevención.

ABSTRACT

Actually there is a great interest in behavioral addictions, both in which there is consensus (pathological gambling, addiction to video games), and in which there are doubts about its existence (eg., Internet, mobile phone, hypersexuality, romantic love, compulsive buying, physical exercise, tanning, eating, work, etc.). We present the empirical data we have about it, in order to separate the grain (what is really an addiction) from the straw (which is not considered an addiction). It is concluded that this will continue to be a topic of actuality, debate and interest in the coming years.

KEY WORDS

Behavioral addiction, internet, concept, treatment, prevention.

INTRODUCCIÓN

Llevamos varias décadas debatiendo y discutiendo sobre las adiciones comportamentales (Ascher y Levounir, 2015; Echeburúa, 1999; Gossop, 1989; Petry, 2016a, Sussman, 2017). Se ha hablado de que conductas como los juegos de azar, videojuegos, uso de Internet, compras, tomar el sol, conducta sexual, comer, ir al gimnasio, estar en una secta, etc., son o pueden ser adictivas cuando se hacen en exceso o están fuera de control. Una parte de esta discusión viene dada porque la mayoría de las conductas anteriores son normales, y casi todas las personas las realizan sin que ello les acarree ningún problema. Pero puede ocurrir que algunos las hagan en exceso o incluso que puedan llegar a ser adictivas. Eso se reflejaría en la clínica, cuando las personas acuden pidiendo ayuda porque esas conductas les causan problemas en su funcionamiento cotidiano. Pero el límite entre normal, excesivo o patológico (adicción) no siempre está claro.

Además, las adicciones son un fenómeno reciente, en perspectiva histórica. En ellas incluimos tanto a las drogas, como alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína, etc., como a otras adicciones comportamentales, sobre todo al juego patológico. Pero hay también conductas, que aunque formalmente no están en los sistemas clasificatorios internacionales, pueden acarrear importantes problemas a algunas personas que llevan a cabo este tipo de conductas (ej., uso problemático de Internet, conductas sexuales en exceso, uso problemático de las redes sociales, etc.), habitualmente "conducta problema", no "adicción". De ahí la relevancia de delimitar qué es y qué no es una adicción. Esto intentaremos clarificarlo a continuación revisando los conocimientos y estudios que tenemos sobre esta temática.

EL CONCEPTO DE ADICCIÓN

Para poder hablar de adicciones comportamentales primero tenemos que delimitar qué es una adicción. Y, a partir de aquí, ver si puede o no haber adicciones comportamentales. Como ya adelantamos, ésta no es una tarea fácil ni hay un completo consenso.

Podemos comenzar indicando, y sobre esto hay acuerdo, que lo que caracteriza básicamente a una adicción es que la persona pierde el control de esa conducta y, al tiempo, le acarrea importantes problemas personales, sociales, laborales, de pareja, laborales, etc. Esto es claro en las adicciones con sustancia, ya que éstas producen intoxicación, síndrome de abstinencia, tolerancia, craving, etc., que puede apreciarse objetivamente. Esto ha llevado a que en los países desarrollados el problema de las adicciones sea de una enorme importancia, con un coste personal, familiar, sanitario y social enorme.

Ya Gossop (1989), hace varias décadas, fijó los elementos esenciales de una adicción, fuesen producidas por sustancias o por conductas: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o el nivel en el que la conducta ocurre); 3) malestar y angustia emocional cuando no puede hacer esa conducta o la deja de hacer; y, 4) persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que produce graves problemas al individuo.

Lo anterior podría sintetizarse en lo que Echeburúa (1999) considera como los dos componentes fundamentales de cualquier trastorno adictivo: la pérdida de control y la dependencia. Sobre esto hay completo acuerdo. En cambio, otros consideran más laxamente que lo que define a una adicción sería que la misma produce placer, proporciona escape del malestar físico o emocional y se caracteriza por impotencia (ej., incapacidad de controlar la conducta) y dificultad en manejarla (ej., consecuencias negativas significativas resultantes de su conducta) (Rosenberg y Feder, 2014).

Un modo más objetivo de saber qué es una adicción es partir de los criterios de adicción de los sistemas clasificatorios reconocidos, como son el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) (próximamente saldrá el CIE-11) y

el DSM-5 de la Sociedad Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2014). Así, el CIE-10 utiliza el concepto de dependencia, o conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del mismo es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.

Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. En la dependencia psíquica existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Por tanto, lo lógico sería que para hablar de adicciones comportamentales tendríamos que tener síntomas y síntomas semejantes a los anteriores, aunque para conductas, no para el consumo de sustancias, o que al menos una parte de los mismos fuesen comunes a todas las adicciones.

En el caso del DSM-5 se habla, desde su última versión, de trastornos adictivos, incluyendo las distintas drogas así como el juego patológico. En el caso de las drogas habla de trastornos por consumo de sustancias (TCS), los cuales producen cuando acarrean problemas en el individuo toda una serie de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando la sustancia a pesar de producirle problemas significativos. De modo general, los TCS se caracterizan por un patrón problemático de consumo de la sustancia que lleva a un perjuicio o malestar clínicamente significativo, manifestado por al menos dos de los once síntomas que definen este trastorno, a lo largo de un periodo de 12 meses que producen los clásicos síntomas que conocemos en este trastorno como tolerancia; deseo persistente de consumo; excesivo tiempo de búsqueda de la sustancia; craving; incumplimiento de sus obligaciones laborales, escolares o en casa; persistencia en el consumo; abandono de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; consumo de la sustancia en situaciones peligrosas; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias; tolerancia; y, síntomas específicos de abstinencia para la sustancia cuando reduce el consumo o deja de consumirla.

Se ha criticado mucho el que se hayan reducido los síntomas en el DSM-5 para un diagnóstico a 2 de 11 (considera los niveles de ligero, moderado y severo), y esto ha llevado a una importante confusión, sobrediagnóstico y abierto la puerta a que muchas otras conductas puedan ser consideradas adictivas (Becoña, 2014). Aun así, solo reconoce como adicción, aparte de las drogas, el juego patológico, y el juego en Internet para su estudio cara a su posible inclusión más adelante.

Pero una parte de los que sugieren la existencia de otras adicciones comportamentales no siempre están de acuerdo con partir de los criterios anteriores. Con ello se hace más difícil el consenso y avanzar en este tema. En unos casos se patologizan esas conductas (Kardefelt-Winter et al., 2017), o se cae en el reduccionismo biológico para estas adicciones (Grant et al., 2016), de igual modo que está ocurriendo en las adicciones con sustancias (Becoña, 2016b).

Por suerte, en los últimos años se aprecia un intento de delimitar más adecuadamente qué es una adicción comportamental, naturalmente desde la perspectiva de los que consideran que muchas conductas pueden ser adictivas. Así, Griffiths et al. (2014) han propuesto seis criterios para las adicciones comportamentales: 1) prominencia, 2) modificación del estado de ánimo, 3) tolerancia, 4) síndrome de abstinencia, 5) conflicto (con las personas de su alrededor, con otras actividades o consigo mismo u otros), y 6) recaída. Y, recientemente, un relevante grupo de investigadores del campo de las adiciones comportamentales

han hecho una conceptualización de las mismas para que este campo no siga creciendo con la aparición de nuevas adicciones de modo indefinido, con lo que se pierde la credibilidad (Kardefelt-Winter et al., 2017). Así, han propuesto como definición de adicción comportamental: "una conducta repetida que produce un daño o malestar significativo. A pesar de ello la persona no reduce su conducta y persiste a lo largo de un significativo periodo de tiempo. El daño o el malestar es de una naturaleza funcionalmente perjudicial" (p. 1710). Al tiempo, consideran que no podrían ser consideradas adicciones comportamentales cuando esa conducta se explica mejor por otro trastorno (ej., trastorno del control de los impulsos), cuando es una elección deliberada a pesar de sus posibles resultados dañinos (ej., deportes de alto nivel), la conducta tiene una implicación intensa y prolongada pero no lleva a un significativo daño o malestar, o la conducta es el resultado de una estrategia de afrontamiento.

De todo lo anterior podemos concluir que a día de hoy sólo hay consenso clínico sobre las adicciones producidas por las distintas sustancias, por el juego patológico, en parte con los videojuegos, y nada más. Pero el tema no se acaba aquí. Por ejemplo, hay conductas que se pide que sean incluidas en las adicciones cuando ya tienen su propio diagnóstico (ej., hipersexualidad, trastornos de la alimentación), o dichas teóricas adicciones son consecuencia de otros trastornos clínicos (ej., la comorbilidad del trastorno bipolar). Y también hay clínicos que consideran que no existen las adicciones comportamentales; o los que sostienen que cualquier conducta puede llegar a ser adictiva; o que todas las adicciones forman parte de un trastorno obsesivo-compulsivo (Grant et al., 2016). De ahí que tenemos que seguir profundizando más en este tema.

CUANDO SE EMPIEZA A HABLAR DE ADICCIONES COMPORTAMENTALES

A pesar de que hoy algunos creen que las adicciones comportamentales han existido desde siempre, esto no es así. Las mismas se refieren a comportamientos que se tienen que hacer en exceso o de modo patológico. Pero muchas de las que hoy se habla, no eran conductas habituales o frecuentes hace décadas, e incluso algunas de las conductas a las que nos referimos no existían como tales hace pocos años, (ej., Internet, pornografía), o existían de modo puntual, anecdótico (ej., teléfono). También se ha fijado la mirada en unas conductas y no en otras. Con los mismos criterios que hemos indicado anteriormente se podría aplicar a viajar, conducir el coche, bailar, ver la televisión, ir al cine.... En suma, que si ampliamos el campo de visión, casi toda conducta humana podría llegar a la categoría de adictiva. Y, esto no parece lógico ni es razonable. De ahí la necesidad de delimitar bien este campo y basarnos en criterios consistentes y objetivos.

El reconocimiento de las adicciones como tales son recientes. Sí que había mucha información, y consecuencias negativas conocidas, sobre el consumo excesivo de alcohol, desde hace siglos. También de algunas sustancias psicoactivas en diversas culturas, aunque no de modo epidémico. Sí que en el siglo XIX y XX empiezan a aparecer problemas con algunas drogas (ej., las epidemias del opio) en distintos países. Pero realmente no fue hasta los años 60 y 70 del s. XX, en los países desarrollados, cuando distintas sustancias se consiguen elaborar, depurar y potenciar su efecto (ej., anfetaminas, heroína, cocaína), al tiempo que se distribuyen ampliamente, se tiene dinero para su compara, y llegamos a las graves consecuencias mundiales que desde ese momento han producido las sustancias psicoactivas en muchos países. Todo esto abonó el campo para que otras conductas puedan ser adictivas, las sin sustancia. De modo especial, el paradigma es el juego de azar y su más negativa consecuencia el juego patológico. Es solo hace unas décadas cuando los juegos más adictivos se legalizan en muchos lugares del mundo (ej., máquinas tragaperras, bingo, apuestas de tipo instantáneo). Y, con ello, hay personas que no pueden controlar su conducta de juego (Echeburúa et al., 2014). Esto obligó a que a partir del DSM-III (1990), se reconociese formalmente el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos. Ello también posibilitó dar un paso

importante en la conceptualización de las adicciones. En la misma línea, el CIE no considera el problema de juego hasta el CIE-10 (1992), dentro de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, con el nombre de ludopatía, al lado de la piromanía, cleptomanía y otros, que dicho sea de paso, también se ha indicado por otros que estos últimos podrían ser considerados trastornos adictivos (Grant et al., 2016).

Junto al estudio del juego patológico, que empezó en la década de 1970, poco a poco se fueron añadiendo al estudio nuevas teóricas adicciones (Hodgson y Miller, 1984; Orford, 1985; Killinger, 1992; Peele y Brodsky, 1975). Esto cobra más relevancia con la aparición de la red de Internet, y a partir de 1990 hay un enorme interés por ver si la misma puede ser adictiva. Otro elemento decisivo en lo anterior fue la elaboración del DSM-5, en donde muchos propusieron ampliar el número de nuevas conductas adictivas, junto con la realización de un gran número de estudios sobre ella. Y así hemos llegado hasta hoy.

CUÁLES SON Y CUÁLES NO SON ADICCIONES COMPORTAMENTALES SEGÚN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, CLÍNICA Y DE SENTIDO COMÚN

A día de hoy, para considerar una adicción tenemos que tener un consenso adecuado, tanto a nivel científico como clínico, e igualmente que dicho consenso coincida con el sentido común de las personas. En relación a las adicciones comportamentales tenemos dos vías para lo anterior. La primera son los sistemas clasificatorias; la segunda, las publicaciones científicas sobre la temática.

En relación a los sistemas clasificatorios, en la última versión del DSM-5 (APA, 2013) sólo se ha incluido al juego patológico dentro de las adicciones, y al juego en Internet (videojuegos, juegos en línea, etc.) en su apéndice para su estudio. El resto no se han incluido. Consideraron varias en la elaboración del DSM-5, como la adicción a Internet, sexo, compras, ejercicio físico, comer y bronceado (Petry, 2016b), pero no se incluyeron ninguna de éstas. El motivo principal que para ello aduce Petry (2016b), que participó en dicho panel, fue la carencia de suficiente evidencia científica relacionada con el diagnóstico, el curso clínico o el tratamiento. Pero se estudian las mismas y cada vez hay mayor interés por ellas. Además, muchas personas de la calle, y sobre todo los medios de comunicación de masas, como algunos profesionales de la salud mental, afirman de la existencia de las mismas, o incluso hay aquellos que creen que hay adicciones para cualquier tipo de conducta (comer, amar, pasear, bailar, etc.). Parece que estamos ante la construcción social de una enfermedad (Conrad y Barker, 2015). El futuro determinará si algunas de las que vamos a comentar se incluyen o no como adicciones comportamentales.

Hay algún caso, pocos, de las conductas anteriores que pueden ser consideradas como adicciones, aunque tenemos el importante y no solucionado problema de que no tenemos criterios diagnósticos claros para las probables “nuevas” adicciones. Además, sobre estas nuevas adicciones, hay pocos estudios serios sobre ellas, aunque ha aumentado su número en las últimas décadas. De todos modos, sean o no adicciones, tenemos que conocer estas conductas, sobre todo cuando se dan en exceso o causan problemas a las personas, junto con las graves consecuencias que pueden producirles cuando se hacen de modo compulsivo, repetitivo, excesivo o descontrolado.

Se han propuesto muchos tipos de adicciones, aparte de las ya comentadas, como adicción a la música ruidosa, danza rítmica, meditación, ejercicio, búsqueda de sensaciones, todos los cuales sirven como rutas de escape de la ordinariez de la realidad (Gossop, 1989). También Marlatt y Gordon (1985) incluían como adicciones problemas sexuales como el exhibicionismo; otros la masturbación compulsiva (Hodgson y Miller, 1984), los teléfonos eróticos (Echeburúa, 1999). Y, más recientemente, a bailar (Maraz et al., 2015), al estudio (Atroszko et al., 2015), a la adivinación (Grall-Bronnec et al., 2015) a la imagen corporal (Foster et al., 2015),...

Lo cierto es que con criterios laxos cualquier actividad humana tiene el potencial de convertirse en una conducta adictiva. De ahí que se haya

llegado a hablar de adicciones negativas, ya que son juzgadas que son perjudiciales para el individuo y para la sociedad, y de otras consideradas positivas, o al menos positivas para un grupo determinado de personas o en un periodo temporal (ej. el jugador de fútbol y su vida de aislamiento social; el trabajador excesivo; etc.) (Killinger, 1992). También se ha propuesto que trastornos como la piromanía, cleptomanía y trastorno de juego serían adicciones, aunque sólo este último es considerado un trastorno adictivo en el DSM-5. Pero lo cierto es que muchas "teóricas" adicciones propuestas en las versiones de trabajo del DSM-5 no se han incluido por no haber suficiente investigación que justifique su inclusión (Potenza, 2015).

Concretando, lo que más se viene investigando dentro de las posibles adicciones está Internet, videojuegos, teléfono móvil, sexo/hipersexualidad, amor romántico, compra compulsiva, ejercicio, bronceado, comida y trabajo (Ascher y Levounis, 2015; Petry, 2016a; Rosenberg y Feder, 2014; Sussman, 2017).

UN EJEMPLO, ¿ADICCIÓN A INTERNET O USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET?

Como ya hemos indicado, el DSM-5 incluye como adicción el juego patológico y, además, considera dentro de trastornos que precisan más estudio para ser incluidos en próximos DSM el "trastorno de juego por Internet", que se refiere a los videojuegos y otros juegos en línea (vía Internet o móvil). Los criterios diagnósticos propuestos para el mismo son casi iguales a los del juego patológico, aunque aplicado al juego en Internet. El motivo de introducirlo aquí es que hay evidencia de que éste, como el uso de Internet, es un grave problema de salud mental en Asia, sobre todo en China, Corea del Sur y Taiwan, aunque en menor grado en Occidente. Con la creciente introducción de Internet en los hogares de todo el mundo y el interés de las empresas de juego de estar en Internet, sí que hace muy probable que este trastorno aparezca en el próximo DSM. Nótese que los casos de problemas con los videojuegos estaría en este apartado. Es una de las demandas de tratamiento que empiezan a darse en nuestro medio. También el de casos de personas que juegan en red con otras personas. Es un fenómeno que se da sobre todo en adolescentes o en personas jóvenes.

En cambio no se ha incluido la teórica "Adicción a Internet" (AI), de la que se habla tanto en los medios de comunicación, profesores, padres, etc., aunque hay profesionales y clínicos que están convencidos de su existencia. Intentaremos clarificar esto.

Internet ha tenido un crecimiento exponencial en pocos años, convirtiéndose en un fenómeno que ha transformado a toda la sociedad. Hoy cientos de millones de personas lo usan a diario en su trabajo, en transacciones económicas, en la educación, en las redes sociales, en el acceso a información, etc. Aunque se estudió la inclusión de la "adicción a Internet" en el DSM-5 finalmente no ha entrado en el mismo. Sin embargo, la información que existe sobre el tema es cada vez mayor (Echeburúa, 2016). Por ello, hay que ser cautos cuando hablamos de esta posible problemática. El uso de Internet tiene aspectos positivos y negativos. Nos permite acceder a mucha información en tiempo real, contactar más fácilmente con personas en cualquier lugar del mundo, acceder a una cantidad casi ilimitada de información, etc. Pero, también tiene consecuencias negativas cuando hay un mal uso de la red o hay una pérdida de control por parte del individuo. Por ejemplo, dos de los contenidos preferidos por los internautas, el sexo y el juego, están asociados con las adicciones. Por ello, el mal uso de la red puede llevar al uso problemático de Internet (UPI). Pero la AI no está reconocida como un trastorno clínico en el DSM-5.

Sabemos que Internet produce importantes problemas a muchos de sus usuarios, sobre todo en varios países asiáticos (Wallace, 2014). Allí es donde fundamentalmente se utiliza la denominación de AI dado que los estudios de prevalencia realizados en ellos indican un alto riesgo de AI o UPI y además tienen demanda de tratamiento por problemas de Internet, sobre todo en adolescentes (Young et al., 2011).

Para enmarcar adecuadamente el tema, debemos indicar que cuando se consideran las consecuen-

cias negativas de Internet, se suelen clasificar a los UPI o AI en al menos cuatro categorías (Young, 1998):

1) La adicción cibersexual. Es lo que puede ocurrir en aquellos individuos que ven, descargan e intercambian o comercian con pornografía online o que se implican en chats de pornografía online en directo. Las páginas más vistas en Internet son las pornográficas, de ahí el problema adictivo que puede producirse en personas vulnerables a su uso excesivo.

2) Las relaciones (virtuales) en Internet a través de chats y sistemas de mensajería instantánea (ciber-relaciones) y redes sociales (ej., Facebook, Instagram o Twitter), o los nuevos sistemas de conexión directa (ej., Skype, WhatsApp, Line, etc.), sobre todo por movil en los últimos años

3) Compulsiones en la red (especialmente el juego en Internet, las compras por Internet o invertir en bolsa). Es lo que conocemos por juego patológico o trastorno de juego en Internet. Hay que considerar cuando éste es el caso si Internet es la causa o es el medio por el que la persona juega.

4) Sobrecarga de información (navegación excesiva por la red y la inacabada búsqueda de nueva información). Estos individuos dedican una cantidad de tiempo desproporcionado a buscar, recoger y organizar la información. Nunca tienen información suficiente. No saben dónde está el límite.

En conclusión, hoy no podemos hablar de AI. Otro tema distinto es que sea inocuo para todos sus usuarios y que a algunos de sus usuarios no les cause problemas, aunque ello no significa que sea una adicción, aunque sí deberían buscar ayuda profesional de un psicólogo clínico si les incide en aspectos negativos de su vida. Es decir, tener un problema no significa tener un trastorno clínico (Becoña, 2016b).

LA PERSPECTIVA CLÍNICA: ¿ADICCIONES O CONDUCTAS PROBLEMA?

Todo lo dicho hasta aquí sirve de poco si en la clínica no tenemos los casos que creemos que existen; y, a la inversa, algo pasaría en la clínica si tenemos demandas para ciertos problemas y no tenemos sistemas clasificatorios para ellos.

En teoría las personas pueden hacerse adictas de múltiples sustancias, conductas, objetos o elementos tecnológicos. Pero en la práctica hay muy pocos casos clínicos documentados de probable adicción a la compra, al trabajo, a invertir en bolsa, al chocolate, a la televisión, al coche, al sexo, a la religión, a Facebook, a las redes sociales, a tostarse al sol, a viajar, a tener múltiples parejas, etc. Hay que tener cuidado en no confundir adicción con uso excesivo o problemático, a no psicopatologizar la vida cotidiana, o a que ese teórico trastorno adictivo sea realmente el reflejo de otro trastorno (Starcevic y Khazaal, 2017).

Pero, ¿qué ocurre en realidad en la clínica?

Pues, en la línea de los sistemas clasificatorios que existen, son claros los problemas que produce el juego patológico y los videojuegos. No está nada claro lo demás, con la excepción de las que ya están clasificadas en otros apartados (ej., hipersexualidad, trastornos de la alimentación), y que no están como adicciones comportamentales. Y, en relación a la teórica adicción a Internet, los problemas que suelen aducirse suelen ser debidos en casi todos los casos a un uso excesivo de la red en la adolescencia, que en otras épocas tenían usos excesivos de otras conductas y que ahora desplazan para Internet, o bien ciertamente hacen un mayor uso de la red, al estar ante un nuevo cambio de época que exige ese mayor uso, como ocurrió históricamente con el mayor uso de la máquina de vapor (sustituyendo el trabajo manual), el mayor uso del transporte público (sustituyendo el ir andando), el mayor uso del propio transporte en coche (sustituyendo el uso del transporte público), el uso de la televisión (cambiando el tiempo de ocio de épocas pasadas), y así un largo etc. O que son el reflejo de otra psicopatología (ej., trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.).

Aún así, la preocupación por estos temas es amplia, y hay casos puntuales de todo tipo de posibles adicciones, pero son anecdóticos, raros y que no tienen la gravedad ni el poder destructivo de las clásicas adicciones con sustancias o del juego patológico. Pero será el futuro quien deparará si esto se mantiene así o se incrementa y se ve o no reflejado en los próximos sistemas clasificatorios.

LA PERSPECTIVA PREVENTIVA: EL INTENTO DE PSICOPATOLOGIZAR LA VIDA COTIDIANA

La prevención consiste en evitar, reducir, limitar, retrasar, etc., una consecuencia negativa para el individuo. En relación a la prevención del consumo de drogas hay una larga trayectoria preventiva (Becoña, 2002). Esta ha permitido desarrollar programas preventivos, modelos y estudios que nos permiten reducir la prevalencia de los consumos. También se han desarrollado programas para prevenir otras adicciones, las comportamentales, sobre todo para el juego patológico en otros países. También sobre las nuevas tecnologías, sobre todo dirigidos al uso adecuado de Internet (Labrador et al., 2010). No hay apenas datos sobre las demás, bien por baja prevalencia o porque no se han dirigido a ellas. Igualmente, hay que introducir el concepto de salud y vida saludable, ya que si esta se da, las conductas serán normales y no problemáticas. Si la vida no es saludable, entonces pueden surgir problemas personales, familiares, de salud, económicos, de organización de la vida, psicopatológicos, etc.

Sí se observa en los últimos años un intento de psicopatologizar la vida cotidiana. Parece que cualquier conducta que se haga puede ser problemática, patológica, enferma. Los medios de comunicación en ocasiones amplifican lo banal, lo cotidiano, y dejan al lado, o no quieren ver, donde están los verdaderos problemas. Parece que se asume metafóricamente que no está mal tomar el "soma" del que hablaba Huxley en su clásica novela de "Un mundo feliz", dejando de observar lo cotidiano, la vida misma, o hacer conductas ociosas, aunque sean en exceso, sin tener en cuenta sus consecuencias. Por ello, información, educación y prevención son necesarias en este tema.

LA PERSPECTIVA SOCIAL: LO QUE ES NOTICIA ES REALIDAD; LO QUE YA SABEMOS NO ES NOTICIA

En los últimos años asistimos a una inflación de noticias sobre adicciones comportamentales, sesgadas, tergiversadas y amplificadas. Es algo que viene ocurriendo desde hace un par de décadas. Lo cotidiano se interpreta de modo exagerado, sesgado y a veces estúpidamente. En la misma línea, vivimos en años pasados el "invento" de lo que se llamaba el "síndrome postvacacional", que por otra parte nunca existió. Y, de existir, la solución sería ni más ni menos que la persona, o bien no fuese de vacaciones para no padecerlo, o bien que dejase de trabajar y estuviese de vacaciones toda la vida. Claramente, un sinsentido una y otra alternativa como aprecia el lector. Y, parece que el mismo desapareció por si solo...

Lo que decimos se observa claramente con el uso y abuso por parte de distintos medios de comunicación, y profesionales o pseudoprofesionales, de los cuales estos últimos han aumentado de modo exponencial en los últimos años, cuando hablan, por ejemplo, de la adicción a Internet, de la adicción al ejercicio físico (vigorexia), de la adicción al sexo, de la adicción a… o, el más reciente invento (o renombrar) de dar nombres a ciertas conductas (ej., nomofobia), que queda muy bien cara la galería, pero significa poco, o puede hacer creer al que se identifica con esa conducta de que tiene un grave problema, que está muy mal, enfermo o algo peor. Es el sino de los tiempos.

EN CONCLUSIÓN…

El campo de las adicciones es nuevo, extenso, interesante, fascinante, problemático,… facilitándonos el mismo conocer más al ser humano, su conducta, así como al entorno y el papel que

tienen las sustancias y ciertas conductas en engancharlos, en cambiarles su forma de actuar y de pensar. En el caso de las adicciones comportamentales esto es claro, y en otras que no tienen tal categoría están a medio camino.

En todo lo dicho es claro que hay que poner el punto de mira en el individuo y en el contexto social tan cambiante de las últimas décadas. Y fijarse en algunas empresas y tecnologías que se orientan de modo importante a doblegar al individuo ante sus instintos y apetitos básicos, como ocurre con la publicidad a través de Internet, para poder acceder a ciertos contenidos, y a veces sin él mismo saberlo. Los niños y adolescentes son cada vez más vulnerables. Tampoco hay que dejar de lado la importancia del medio y la interacción entre el mismo y el individuo. Y, el papel que juegan otras personas, las normas sociales, sus expectativas, creencias, aprendizaje, autocontrol, etc. De ahí que éste sea un tema cambiante, central para muchas personas, y que todos debemos conocer y saber actuar cuando una persona tiene un problema adictivo. Lo más probable es que aumenten las mismas en los próximos años.

Al final, las adicciones comportamentales vienen a ser un fallo en el devenir de la persona, del propio discurrir histórico, un fallo en el que en ocasiones son otras personas las que las inducen, no la propia naturaleza o el medio natural en el que se vive. Se ha alterado el medio natural para lograr sustancias más puras y adictivas o conductas aditivas que reportan a algunos pingües beneficios pero que producen millones de afectados. De ahí que precisamos un mayor estudio de las mismas y conocer las graves consecuencias que algunas adicciones producen en los individuos, sobre todo las clásicas con sustancias. Y, con ello, clarificar lo que son y lo que no son verdaderas adicciones.

REFERENCIAS

Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Cuadernos de Medicina Psicosomática, 110, 58-61.

Becoña, E. (2016a). Factores de riesgo y de protección en el uso problemático de Internet. En E. Echeburúa, Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online? (pp. 51-81). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (2016b). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. Papeles del Psicólogo, 37, 118-125.

Conrad, P. y Barker, K. K. (2015). The social consequences of illness: Key insights and policy implications. Journal of Health and Social Behavior, 51, 67-79.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E. (Ed.) (2016). Abuso de Internet. ¿Antesala para la adicción al juego de azar online? Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (Eds.) (2014). El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento. Madrid: Pirámide.

Foster, A. C., Shorter, G. W. y Griffitsh, M. D. (2015). Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? Journal of Behavioral Addiction, 4, 1-5.

Gossop, M. (ed.) (1989). Relapse and addictive behaviour. Londres: Routledge

Grall-Bronnec, M., Bulteau, S., Victori-Vigneau, C., Bouju, G. y Sauvaget, A. (2015).

Fortune telling addiction: Unfortunately a serious topic. Journal of Behavioral Addiction, 4, 27-31.

Grant, J. E., Odlaug, B. L. y Chamberlain, S. R. (2016).Why can´t I stop? Baltimore, MD: John Hopkins Press.

Griffiths, M. K., Kuss, D. J. y Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findigns. En K. P. Rosenberg y L. C. Feder (Eds.), Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment (pp. 119-141). Londres: Academic Press.

Hodgson, R. y Miller, R. (1984). La mente drogada. Madrid: Debate.

Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M.,... Khazaal, Y. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? Addiction, 112, 1709-1715.

Killinger, B. (1992). Workaholics. The respectable addicts. Londres: Simon & Schuster.

Labrador, F. J., Requeséns, A. y Helguera, M. (2010). Guía para padres con hjos en Educacion Primaria sobre el uso saludable de las nuevas tecnologías. Madrid: Fundación Gaudium/Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.

Maraz, A., Urbán, R., Griffiths, M. D. y Demetrovics, Z. (2015). An empirical investigation of dance addiction. Plos One, 10, e0125988.

Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change. Nueva York: Guildford Press.

OMS. (1992). CIE-10. Décíma revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

Orford, J. (1985). Excessive appetites. A psychological view of addictions. Chichester, Wiley.

Peele, S. y Brodsky, A. (1975). Love and addictions. Nueva York, NY: Signet Books.

Petry, N. M. (Ed.) (2016a). Behavioral addictions. DSM-5 and beyond. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Petry, N. M. (2016b). Conclusions and future directions to advance the scince and clinical care of behaviora addictions. En N. M. Petry (Ed.), Behavioral addictions. DSM-5 and beyond (pp. 221-230). Nueva York, NY: Oxford University Press.

Potenza, M. N. (2015). Helping people behaver themsenves. Identifying and treating behavioral addictions. En M. S. Ascher y P. Levounis (Eds.), The behavioral addictions (pp. 3-7). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Rosenberg, K. P. y Feder, L. C. (Eds.) (2014). Behavioral addictions. Criteria, evidence, and treatment. Londres: Academic Press.

Starcevic, V. y Khazaal, Y. (2017). Relationships between behavioural addictions and psychiatric disorders: What is known and what is yet to be learned? Frontiers in Psychiary, 8, 53.

Sussman, S. (2017). Substance and behavioral addictions: Concepts, causes, and cures. Nueva York, NY: Camdridge University Press.

Wallace, P. (2014). Internet addiction disorder an youth. EMBO Reports, 15, 12-16.

Young, K. (1998) Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology & Behavior, 3, 237-244.

Young, K. S., Dong, X. y Ying, L. (2011). Prevalence estimates and etiological models of internet addiction. En K. S. Young y C. Nabuco de Andreu (Eds.), Internet addiction. A handbook and guide to evaluation and treatment (pp. 3-17). Nueva York, NY: Wiley.

Ziauddeen, H. y Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? Obesity Reviews, 14(1), 19-28.

PERFILES Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE CANNABIS Y ALGUNAS DROGAS LEGALES EN ADOLESCENTES DE CUATRO PAÍSES EUROPEOS

PROFILES AND RISK FACTORS RELATED TO THE USE OF CANNABIS AND SOME LEGAL DRUGS IN ADOLESCENTS FROM FOUR EUROPEAN COUNTRIES

MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ FELIPE

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense, Madrid.

Subdirector de Programas de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

DANIEL LLORET IRLES

Doctor en Psicología por la Universidad Miguel Hernández, de Elche (Alicante).

Profesor del Departemento de Psicología de la Salud. Univ. Miguel Hernández.

JUAN ANTONIO MORIANO LEÓN

Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Profesor del Departamento de Psicología Social. UNED.

RAMÓN MORELL GOMÍS

Licenciado en Psicología. Universidad Miguel Hernández, de Elche (Alicante).

ELENA ARES NIETO

Licenciada en Psicología. Univ. Autónoma de Madrid.

Jefa de Equipo Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

RESUMEN

El presente artículo ofrece los datos recogidos en una investigación realizada simultáneamente en cuatro países europeos situados en el sur – este del continente (España, Portugal, Italia y Rumanía), dirigida a analizar la influencia de determinados factores sobre la intención y la conducta de adolescentes respecto del consumo cannabis, fundamentalmente, aunque también de tabaco y alcohol. Partiendo de las variables de la conocida Teoría de la Acción Razonada, se analiza la influencia que sobre las mismas poseen algún rasgo de personalidad, percepción del riesgo, relaciones familiares y, especialmente, las posiciones axiológicas o valores de las poblaciones adolescentes estudiadas.

PALABRAS CLAVES

Adolescentes, cannabis, alcohol, factores de riesgo, valores.

ABSTRACT

This article offers data collected in a research conducted simultaneously in four European countries located in the south - east of the continent (Spain, Portugal, Italy and Romania), aimed at analyzing the influence of certain factors on the intention and behavior of adolescents regarding cannabis use, mainly, but also of tobacco and alcohol. Based on the variables of the well-known Theory of Reasoned Action, it has been analyzed the influence of some personality trait, risk perception, family relationships and, especially, profiles of values of the studied adolescent populations.

KEY WORDS

Adolescents, cannabis, alcohol, risk factors, values.

INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los adolescentes europeos, según la encuesta ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). La edición de 2015 (EMCDDA, 2017) concluye que el 16% de los adolescentes de 15 años de edad ha consumido cannabis al menos una vez en la vida, más varones (19%) que chicas (14%). En cuando al consumo más reciente, el mismo informe presenta que el 7% de adolescentes ha consumido cannabis en los últimos 20 días, siendo el 8% chicos y el 5% chicas.

En España, según los últimos datos publicados por el Plan Nacional sobre Drogas, el consumo entre adolescentes es superior a la media europea. Casi 1 de cada 3 estudiantes de 14 a 18 años (31,1%) lo han probado alguna vez en la vida, un 26.3% lo han consumido en los últimos 12 meses (28.1% en chicos y 24.4% en chicas, lo que equivale a algo más de 398.500 personas), y un 18.3% en los últimos 30 días. Las diferencias por género son escasas, no significativas.

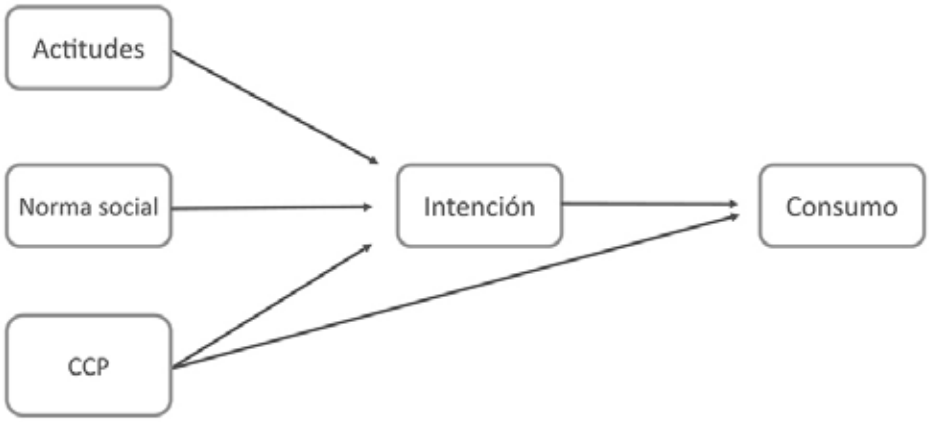
Las prevalencias de consumo en general parecen sufrir un ligero repunte en los últimos años, en el marco de una tendencia de relativa estabilidad en los años que llevamos del siglo XX. La edad de inicio, también permanece estable, situándose en la adolescencia media (14,8 años).

En el caso español, la recientemente aprobada Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, señala claramente en sus prioridades, medidas y actuaciones la conveniencia de investigar y prevenir el consumo por parte de menores tanto de sustancias legales (particularmente en el caso del alcohol), como del cannabis, por la situación descrita anteriormente y, especialmente, debido a la percepción social dominante al respecto.

Sobre las explicaciones y razones del consumo se ha investigado profundamente. Existen numerosas modelos y teorías creados o utilizados para indagar acerca de los factores más relacionados con dicho consumo, situando posibles influencias en dicha conducta tanto desde la esfera macrosocial, como en la microsocial (relacional), y en el plano estrictamente individual. En el presente artículo, que recoge parte de una investigación realizada en los últimos 3 años, el punto de partida teórico lo situaremos en la bien conocida y reputada Teoría de la Acción Planeada (TAP) (Ajzen, 1991).

Tanto en el campo de los consumos de drogas como en otros muchos, se trata de una de las teorías más empleadas para explicar comportamientos. Desde sus postulados se pretende explicar el comportamiento diseñando un modelo en el que se incluyen factores cognitivos, actitudinales, personales y sociales. De acuerdo con la TAP, el mejor predictor del consumo sería la intención de

Figura 1. Modelo Teoría de la Acción Planeada



consumir (Ajzen, 1987). A su vez, esta intención de consumo es explicada por otros tres factores: actitudes hacia dicha conducta (que incluyen las creencias sobre el objeto de la conducta, es decir la información sobre el mismo, pero también las valoraciones que se atribuyen a la misma), la denominada norma subjetiva, que podría explicarse como la presión social percibida para realizar o no realizar el comportamiento en cuestión. Finalmente, como tercer factor influyente, se situaría el control comportamental percibido (CCP), o la creencia, la expectativa sobre la capacidad de control personal de la conducta, como puede apreciarse en la figura 1.

Como se ha indicado, la TAP ha sido utilizada al consumo de cannabis en muchos estudios en España, Europa e incluso otras culturas, aportando garantías de explicación de la varianza de intención de consumo y conducta de consumo a través de sus variables.

En la presente investigación añadimos a la explicación desde ese modelo teórico, otra dimensión de interés en el estudio de esta conducta de consumo, como son los valores personales, es decir, el conjunto de variables de carácter independiente que se encuentran íntimamente relacionados con las actitudes. En este estudio nos centramos en la clasificación publicada por Schwartz (1992), que propuso un modelo de 10 factores o variables, de los cuales 8 pueden dividirse en dos dimensiones independientes: o bien individualistas o bien colectivistas. Más adelante, en el apartado de metodología se incluye una descripción más detallada de los mismos.

Este artículo es un resumen de algunos resultados obtenidos a partir del proyecto europeo para la prevención del abuso de cannabis para jóvenes consumidores CAPPYC (Cannabis Abuse Prevention Program for Young Consumers, http://cappyc.eu). La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), lideró un consorcio integrado por la Fundación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, la Universidade Católica Portuguesa, el Centro Studi ed Iniziative Europeo (CESIE) de Italia y la ONG la Asociatia pentru Motivare si Schimbare (AMOS) de Rumanía.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de la investigación fueron los siguientes:

- Analizar las diferencias de valores y otras variables personales entre los grupos de no consumo, bajo consumo y alto consumo o abuso de cannabis.
- Indagar en la relación entre valores y factores de riesgo relacionados con el funcionamiento familiar (comunicación familiar, tiempo semanal compartido, apego familiar).
- Analizar las relaciones directas e indirectas entre los diferentes factores de riesgo y el consumo de cannabis entre adolescentes.
- Estudiar las relaciones directas e indirectas entre los valores y el consumo de cannabis.
- Proponer un modelo explicativo de cómo los valores y otros factores influyen en el consumo de cannabis en adolescentes.
- Determinar el ajuste del modelo para cada país (España, Italia, Portugal y Rumanía), e identificar eventuales diferencias.

METODOLOGÍA

En este estudio participaron 4.566 estudiantes de entre 15 y 18 años de edad de centros educativos de secundaria de España (1.134), Italia (1.487), Portugal (810) y Rumanía (1.134), de entre 15 y 18 años. Se les aplicó un cuestionario compuesto por los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos, se recogen la edad, el sexo, provincia y país de los participantes.
- Consumo de drogas, mediante cuestionario adaptado de la Encuesta Europea de Consumo de Drogas en Población Escolar (Hibell et al., 2012). Por facilitar el análisis, los participantes se han dividido en las categorías de no consumo, bajo o alto consumo de alcohol, tabaco y cannabis, según no hayan consumido en el último mes, lo han hecho

entre 1 y 9 veces en el último mes o más de 10 veces en el último mes, respectivamente.

- Impulsividad, sobre el cuestionario desarrollado por Plutchik y Van Praag (1989).
- Variables familiares, se ha empleado el cuestionario sobre comunicación con los padres desarrollado por Barnes y Olson (1982).
- Percepción de riesgo respecto a cannabis, batería creada a este fin basada en estudios previos.
- Variables del modelo TAP en relación al consumo de cannabis: factores predictores como actitudes, norma social, autoeficacia e intención y el propio consumo de cannabis. Se utiliza cuestionario validado en España (Lloret, Morell-Gomis, Laguía, y Moriano, 2017).

Además, el cuestionario incluía un apartado específico sobre valores. Entre los factores extraídos por el autor (Schwartz 1992), podemos encontrar los siguientes tipos de valores:

- Poder: Posición y prestigio social, control o dominio sobre personas o recursos.
- Logro: Conseguir éxito personal como resultado de demostrar competencia de acuerdo a las normas sociales.
- Hedonismo: Obtener placer y gratificación lúdica para la persona.
- Estimulación: Buscar novedad y cambio en la vida.
- Autodirección: Independencia en la acción y el pensamiento.
- Benevolencia: Preservar el bienestar de los miembros del endogrupo.
- Tradición: Comprometerse con las ideas de la cultura tradicional
- Conformidad: Actuar de acuerdo a las expectativas y normas sociales
- Seguridad: Conseguir seguridad en la sociedad, en las relaciones interpersonales y en la persona.
- Universalismo: Comprensión, aprecio, tolerancia y protección para el bienestar de toda la gente y para la Naturaleza.

Figura 2. Estructura de valores humanos de Schwartz (1992)

RESULTADOS

Variables TAP.

En relación a los componentes de la Teoría de la Acción Planificada (TAP), los resultados obtenidos muestran que las creencias que se encuentran, en general, claramente asociadas al bajo o alto consumo de cannabis son aquellas relativas al placer y la diversión obtenidos por el consumo de la sustancia. La creencia de que el cannabis estimula la creatividad es claramente apoyada solo por aquellas personas que se declaran ya consumidores (independientemente de la frecuencia). En el caso del grupo de alto consumo se aprecia también una asociación entre el uso del cannabis como estrategia de escape ante los problemas sufridos. Por otro lado, con carácter general, no parecen tan asociadas al consumo de cannabis la existencia de creencias relacionadas con su uso social o algún otro tipo de ventajas o beneficios en este ámbito.

Otros resultados apuntan a que en el consumo de cannabis la más clara influencia social es la recibida por parte de amigos íntimos, seguida de influencia

de compañeros de clase, de las parejas o personas que les gustan. La influencia de padres, madres o profesorado es mucho menor, sea cual sea el sentido de la misma, es decir, aunque se muestren claramente en contra (que es lo más frecuente, obviamente).

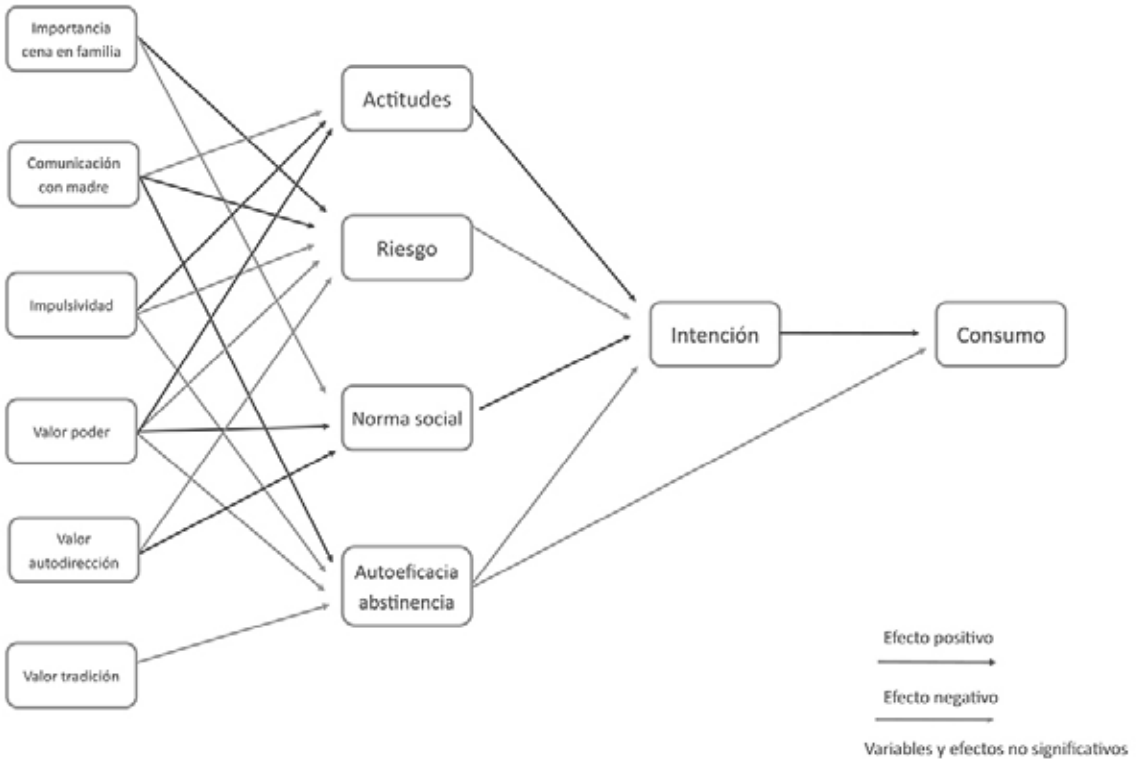
La eficacia percibida es alta, en general, tanto para no probar como para, en su caso, dejar de consumir cannabis, si así se lo propusieran, al igual que para rechazar ofertas de consumo. Estas posiciones se debilitan conforme crece la frecuencia del consumo, sintiéndose, asimismo, menos capaces de decidir y defender una posición de no consumo en el caso de que su grupo de referencia lo haga, necesitándolo más para poder divertirse.

Otros factores de riesgo

Por otro lado, otros elementos analizados eran diversos aspectos relacionados con la cantidad y calidad de las relaciones y la comunicación familiares. En los países estudiados, la cantidad de cenas semanalmente realizadas en familia parecen tener una relación con el consumo de sustancias, aunque la causalidad no está clara. Puede existir la posibilidad de que aquellos y aquellas adolescentes o jóvenes que consumen también cenen en menor medida en familia y estén menos satisfechos con su relación familiar, pero, por el contrario, también puede ocurrir que el hecho de cenar menos en familia y expresar un menor nivel de satisfacción, puedan ser indicadores del funcionamiento del sistema familiar, en el sentido de que ese constructo o amplia variable pudiera desembocar en convertirse en un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

Además, otros resultados proceden de estudiar un modelo explicativo del consumo de cannabis específicamente en adolescentes españoles, a partir de efectos directos e indirectos de los factores de riesgo con la técnica de análisis de caminos y ecuaciones estructurales, en base a la TAP, valorando la influencia indirecta en la intención y en el consumo

Figura 3. Modelo explicativo consumo de cannabis en España



de cannabis. En la Figura 3 se señalan sólo las relaciones encontradas significativas.

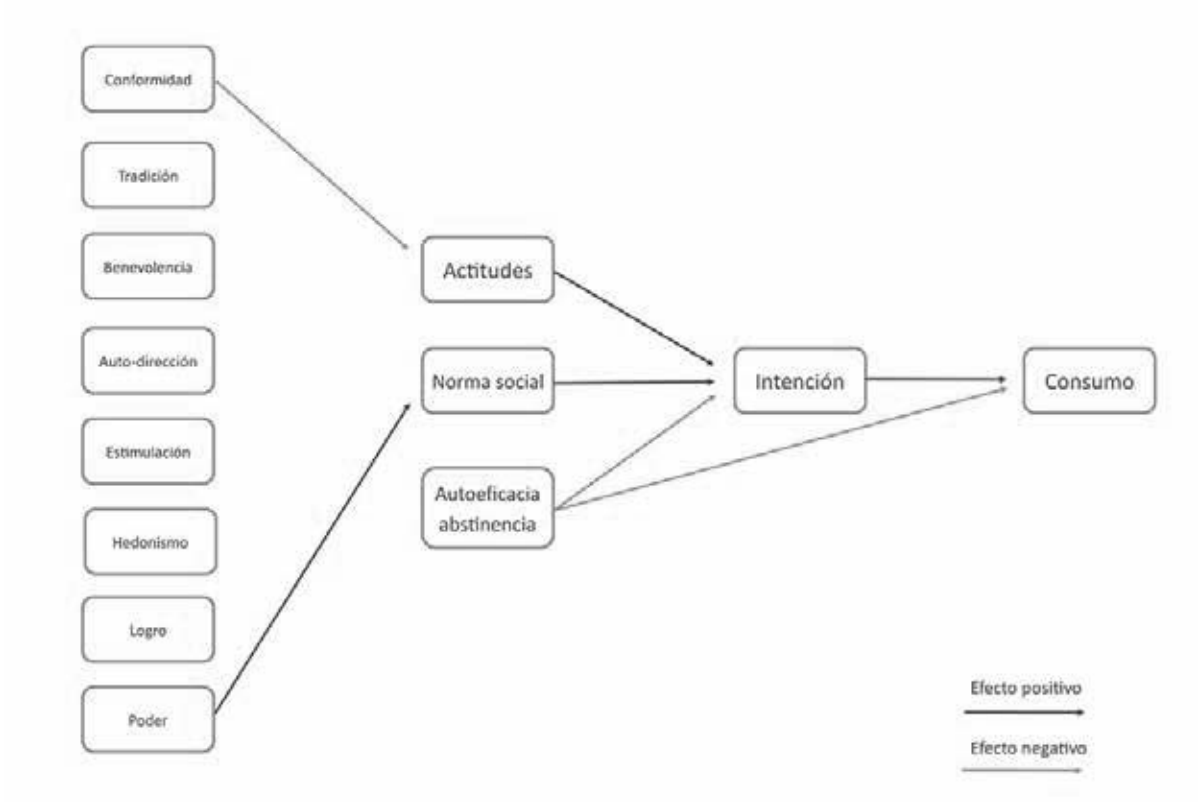
Encontramos que la intención y la autoeficacia hacia la abstinencia tienen un efecto directo en el consumo de cannabis, β=0,64 y β=-0.12 respectivamente. La intención de consumir tiene un efecto directo positivo, es decir, a mayor intención mayor consumo de cannabis, mientras que el resultado indicado respecto de la autoeficacia para la abstinencia, aún siendo directo, tiene un efecto negativo, por lo que a mayor autoeficacia para la abstinencia menor consumo de cannabis.

En el segundo nivel, encontramos que las actitudes (β=0,29), el riesgo percibido (β=-0,29), la norma social (β=0,20) y la autoeficacia para la abstinencia (β=-0,18) tienen efectos significativos en la intención, y por tanto un efecto indirecto en el consumo de cannabis. El efecto de las actitudes y la norma social es positivo mientras que el efecto del riesgo percibido y la autoeficacia para la abstinencia son negativos respecto de la intención de realizar la conducta. Es decir, a medida que aumentan, se reduciría el valor de la intención.

Sobre las variables del funcionamiento familiar, se puede observar que la importancia percibida de la cena para los padres ha resultado tener efecto positivo en el riesgo percibido (β=0,09), y un efecto negativo en la norma social (β=-0,11). Esto quiere decir que a mayor importancia de la cena para los padres, los jóvenes perciben el cannabis como más peligroso y piensan en mayor medida que sus referentes estarán más en contra de una conducta de consumo de esa sustancia.

Es interesante constatar que la comunicación con el padre no parece tener efecto significativo en el modelo resultante, pero sí lo tiene la comunicación con la madre. Esta comunicación tiene efectos positivos con el riesgo percibido (β=0,12), así como con la autoeficacia para la abstinencia (β=0,10). Por el contrario, esa comunicación tiene efectos negativos con las actitudes hacia el consumo (β=-0,17). En otras palabras, cuando se da una comunicación

Figura 4. Modelo valores y cannabis en España



bien valorada con la madre, se aumenta el riesgo percibido del cannabis, los jóvenes se sienten más capaces para rechazar el consumo de cannabis y tienen unas actitudes menos favorables hacia dicha conducta de consumo.

Como rasgo de personalidad con posible efecto en el consumo de cannabis, se aprecia que la impulsividad tiene un efecto positivo sobre las actitudes (β=0,15) y un efecto negativo en el riesgo percibido (β=-0,13), así como sobre la autoeficacia hacia la abstinencia (β=-0,10). En ese sentido, es constatable como puntuaciones altas en impulsividad se relacionan con actitudes favorables hacia el cannabis, un menor riesgo percibido en su consumo y una menor percepción de capacidad para rechazar dicha conducta.

En lo que se refiere a los valores personales, los resultados nos muestran que con un efecto significativo en el modelo podemos encontrar el Poder, que tiene, a su vez, efectos positivos sobre las actitudes (β=0,10), así como sobre la norma social (β=0,14), y efectos negativos sobre el nivel de riesgo percibido en el consumo (β=-0,20), y también sobre la autoeficacia de cara a la abstinencia (β=-0,16). En ese sentido, podríamos afirmar que aquellos y aquellas jóvenes en los que prevalece la búsqueda de posición y prestigio social, de dominio sobre otras personas, tienden a albergar actitudes más favorables hacia el cannabis, así como a percibir que su medio social está más a favor (o menos en contra), hacia su uso, perciben asimismo menos riesgos relacionados con el consumo de cannabis y, además, se sienten menos capaces de rechazar dicha conducta.

El valor auto-dirección obtuvo un ligero efecto positivo sobre la norma social (β=0,09) y negativo sobre el riesgo percibido (β=-0,09). El valor tradición también obtuvo un ligero efecto negativo en la autoeficacia para la abstinencia (β=-0,07), es decir, los jóvenes que buscan comprometerse con las ideas de la cultura tradicional también se sienten menos capaces de rechazar el consumo.

Comparación valores y consumo de cannabis entre países

A continuación, se incluyen los valores de los y las adolescentes estudiados en modelos explicativos de la TAP para el consumo de cannabis, en cada uno de los cuatro países estudiados. En la Figura 4 se incluye el modelo estimado en España, que muestra un efecto negativo significativo del valor conformidad en actitudes (β=-0,12) y un efecto positivo de poder en norma social (β=0,12). Atendiendo a estos resultados, Los jóvenes que buscan actuar de acuerdo a las expectativas y normas sociales albergan actitudes menos favorables al consumo de cannabis, y aquellos jóvenes que creen importante la posición y el prestigio social, el control de otros o recursos tienden a percibir un entorno social más favorable, menos opuesto al consumo de cannabis.

En Italia (figura 5), el modelo estimado muestra efectos significativos de los valores conformidad (β=-0,12), tradición (β=-0,12) y hedonismo (β=0,15) en actitudes; conformidad (β=-0,11) y hedonismo (β=0,10) en norma social; y hedonismo (β=-0,10) en autoeficacia hacia la abstinencia. Más en detalle, al igual que en el caso español, se observa como los y las jóvenes que tienden más a actuar conforme a las expectativas y normas sociales, albergan actitudes menos positivas hacia el consumo de cannabis y perciben que sus referentes estarían más en contra de dicha conducta de consumo. En el caso de jóvenes en los que un valor predominante sea tender a comprometerse con las ideas tradicionales, los resultados nos muestran actitudes menos favorables hacia el consumo de cannabis. En otro sentido, aquellos y aquellas jóvenes que priorizan la búsqueda del placer y la gratificación lúdica, muestran más actitudes favorables al consumo de cannabis, perciben que sus referentes estarían menos a favor del consumo de cannabis y, además, manifiestan sentirse menos capaces para rechazar dicha conducta.

El modelo predictivo de consumo resultante en la muestra de Portugal (figura 6), indica que una puntuación alta en el valor Conformidad tiene un efecto negativo sobre las actitudes (β=-0,17) y hacerlo en Auto-dirección posee un efecto positivo en la autoeficacia hacia la abstinencia (β=0,11). Todo ello supone que los y las jóvenes portugueses (como en los casos anteriores), que suelen actuar más de acuerdo con las expectativas y normas sociales suelen albergar actitudes menos favorables hacia el

consumo de cannabis. Los y las jóvenes de mayor independencia respecto de la acción y el pensamiento se sienten, sin embargo, más capaces para rechazar el consumo de cannabis.

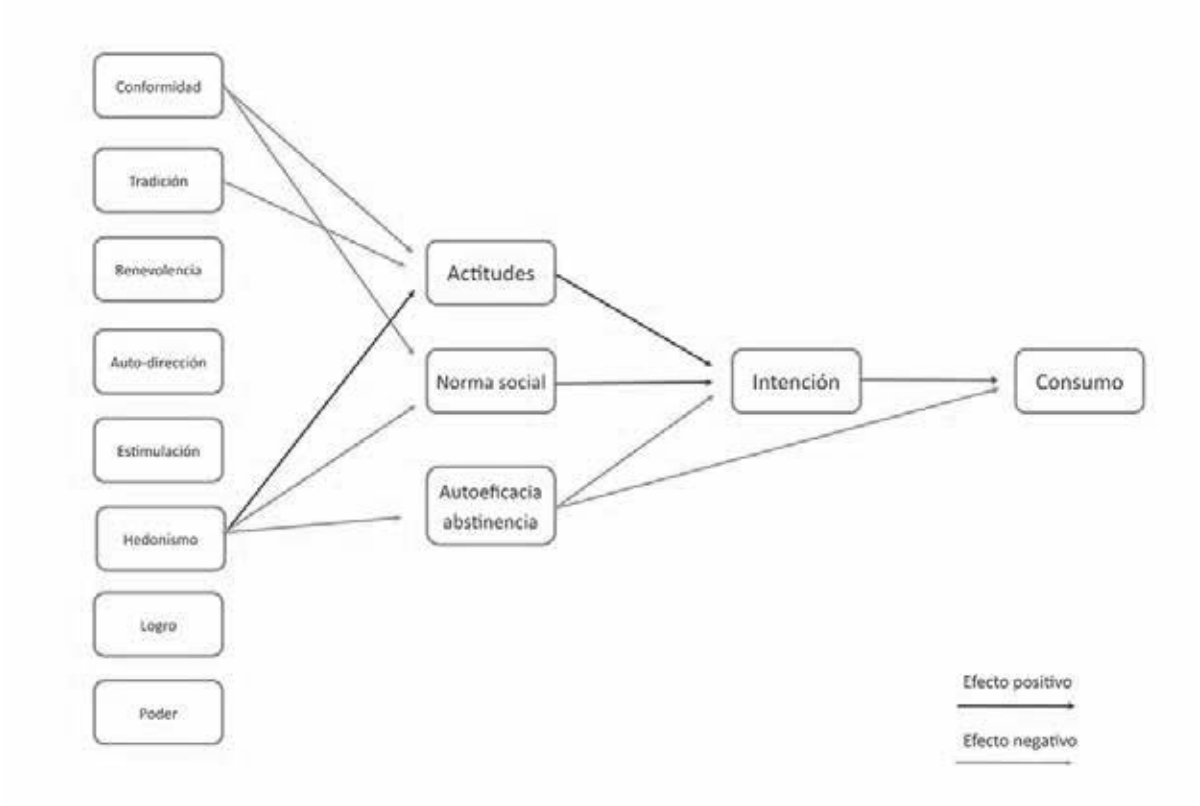
Finalmente, en el modelo resultante utilizando la muestra de Rumanía (figura 7), indica que el valor Tradición tiene efectos negativos en actitudes (β=-0,15), así como en la norma social (β=-0,11), y también en la autoeficacia percibida respecto de la abstinencia del consumo (β=-0,17). Esto es, a medida que los y las jóvenes tienden más a comprometerse con ideas tradicionales, tienden también en mayor medida a tener unas actitudes menos favorables hacia el consumo de cannabis, perciben su entorno social menos favorable al consumo de cannabis y, además, se sienten menos capaces de rechazar el consumo. Por otro lado, el valor Hedonismo muestra un efecto positivo respecto de las actitudes (β=0,11), por lo que los y las jóvenes que priorizan entre sus intereses la búsqueda del placer tienden a tener unas actitudes más favorables hacia el consumo de cannabis. Finalmente, el factor Poder muestra un efecto negativo en la autoeficacia para la abstinencia (β=-0,11), es decir, el grupo de jóvenes que tiene entre sus prioridades la búsqueda de posición y prestigio social, control o dominio sobre otros tiende a percibirse menos capaces de rechazar el consumo de cannabis.

CONCLUSIONES

A partir de los datos expuestos, podemos extraer las siguientes conclusiones como más relevantes:

- Las creencias más asociadas al consumo de cannabis, ya tenga este un nivel moderado o alto, son aquellas que consideran dicho consumo como fuente de placer y diversión. Por el contrario, no lo son tanto las creencias relacionadas con la idea de que el cannabis fomenta la socialización y la popularidad.

Figura 5. Modelo valores y cannabis en Italia

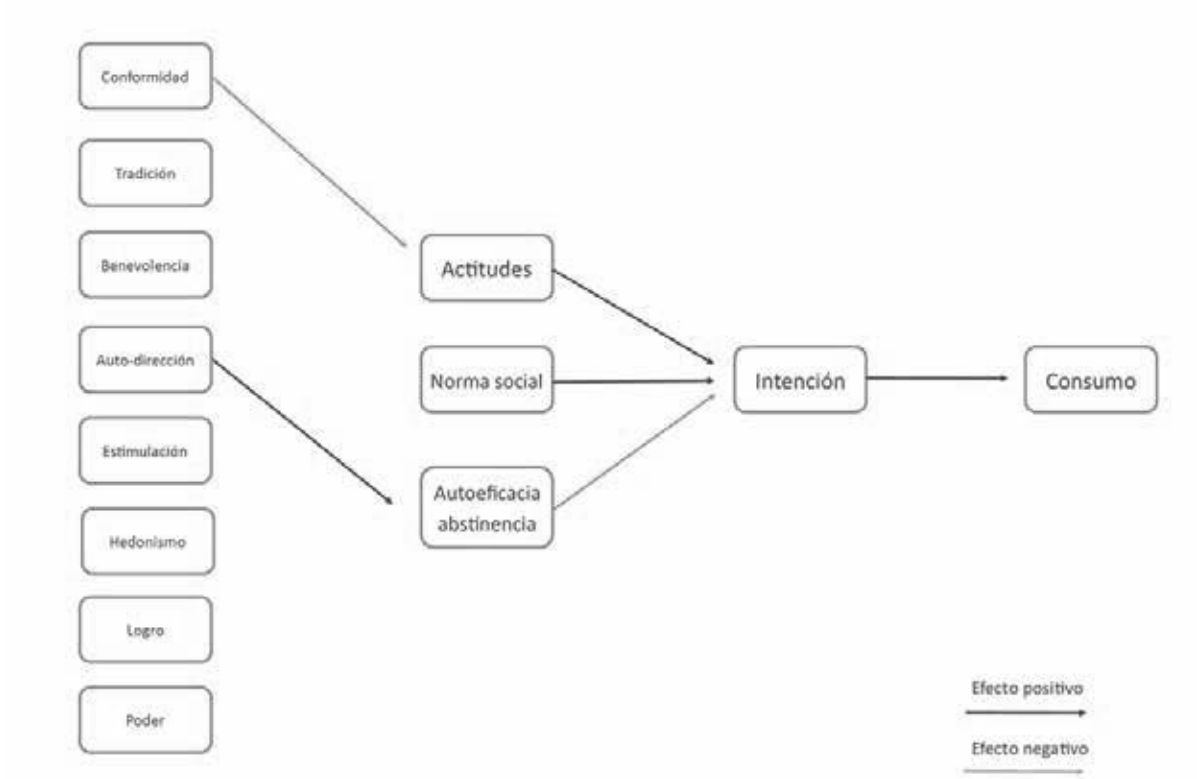


- Los grupos o figuras relacionales que claramente ejerce una mayor influencia social sobre el consumo son, por este orden, el más cercano de amigos o amigas, el de compañeros/as y las parejas sentimentales o las personas que les gustan.
- Entre los valores estudiados, aquellos relacionados con el colectivismo, como son Tradición, Conformidad o Benevolencia se relacionan claramente con un menor consumo de cannabis, mientras que, por otro lado, aquellos valores individualistas como el Hedonismo se relaciona con un mayor consumo de sustancias. El valor personal de Poder y Auto-dirección ha resultado con un claro efecto positivo en la intención de consumo de cannabis a través de una influencia directa sobre las actitudes, la norma social y también sobre la autoeficacia hacia la abstinencia.
- Con carácter general, a partir de los resultados podemos concluir que un funcionamiento familiar adecuado está relacionado con un menor consumo de sustancias, en general. El grupo de jóvenes que cena en familia más de 5 veces por semana y/o manifiestan sentirse satisfechos con el hecho de cenar toda la familia junta, muestran un menor consumo de sustancias. Además, este grupo puntúa también más alto en valores colectivistas como Seguridad, Conformidad, Tradición y Benevolencia, que a su vez se relacionan con un menor nivel de consumo.

Más allá de estas consideraciones, teniendo en cuenta las dinámicas familiares en interacción con las variables de la TAP, podemos afirmar que:

- La importancia otorgada subjetivamente al hecho de cenar en familia tiene efectos negativos indirectos en la intención y en el consumo de cannabis a través del riesgo percibido y la norma subjetiva.

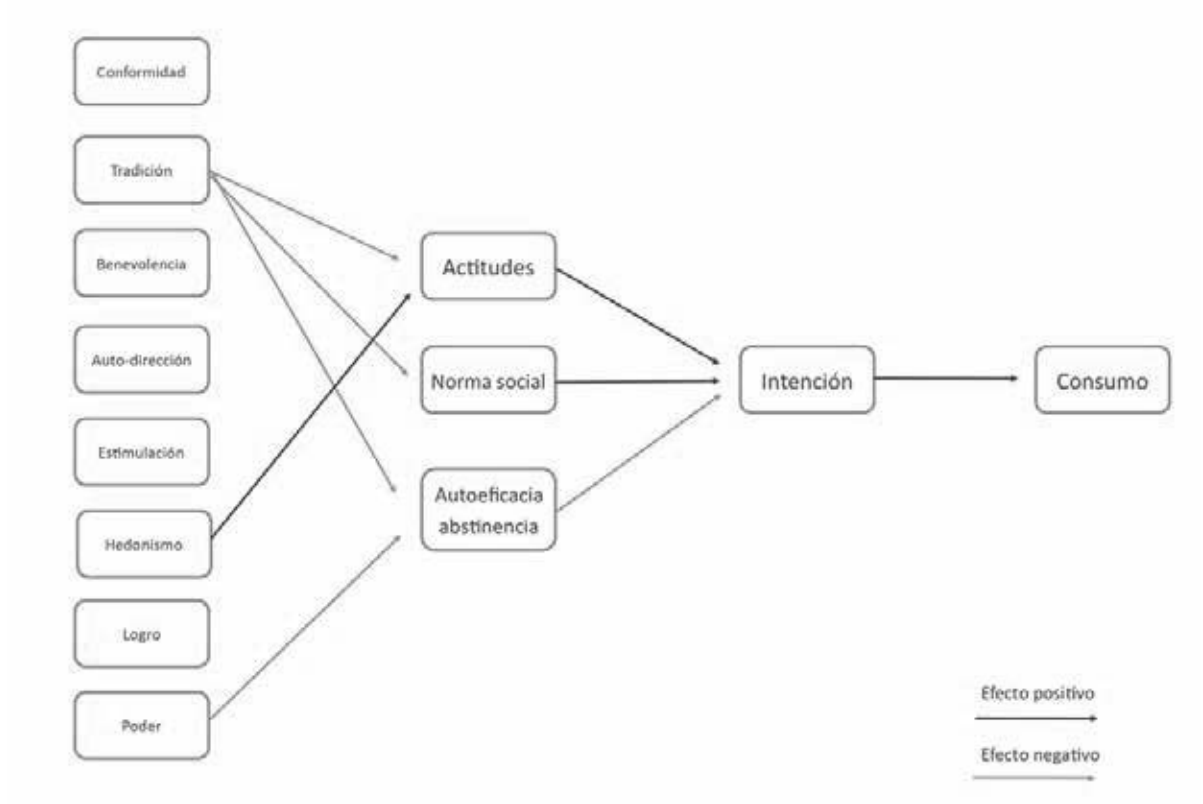
Figura 6. Modelo valores y cannabis en Portugal



- La comunicación con la madre se aprecia como más importante o influyente que con el padre u otro miembro de la familia. Dicha relación tiene efectos negativos sobre la intención y consumo de cannabis a través de las actitudes, riesgo percibido y autoeficacia hacia la abstinencia.
    - Los adolescentes que participaron en el estudio puntúan en un nivel alto el valor de Trato igualitario y mismas oportunidades, el valor de Ayudar a los demás, el valor de Independencia y libertad, y el valor de Lealtad a sus amigos y personas cercanas. Los chicos, especialmente, valoran alto el Respeto a los padres y personas mayores y entre las chicas se puntúa más alto el valor de Tener una vida con sorpresas.
    - Refiriéndonos específicamente a los y las adolescentes en España, la relación observable entre los valores y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis apreciamos claramente como el consumo de alcohol se asocia a posiciones axiológicas de Hedonismo; asimismo, en el grupo de chicas aparecen también puntuaciones más altas en valores como Logro, Estimulación y Autodirección. Por todo ello, podemos afirmar que aquellos y aquellas jóvenes con un mayor consumo tienden a ser más buscadores de placer y que, además, las chicas que más consumen alcohol tienden a buscar posición social, control y domino sobre otros, buscan las novedades y son más independientes.

En relación a los grupos de consumo de tabaco, los chicos que consumen más puntúan más bajo en valores de Seguridad y Conformidad, por lo que tienden a buscar menos la seguridad, así como a

Figura 7. Modelo valores y cannabis en Rumanía



actuar en menor medida de un modo conforme a las expectativas y normas sociales. Por otro lado, las chicas que no consumen puntúan más alto en Auto-dirección, siendo más independientes del pensamiento y de la acción, es decir en la toma de decisiones y la conducta.

En el caso del consumo de cannabis, solo los chicos muestran perfiles diferenciados, el grupo de no consumo muestra puntuaciones más altas en el valor Seguridad y Benevolencia, lo que supone inferir que los individuos con bajo consumo de esta sustancia tienden en mayor medida a buscar la seguridad y a preservar el bienestar que el resto.

- La impulsividad, como rasgo de personalidad, tiene un efecto positivo indirecto en la intención y en el consumo de cannabis a través de las actitudes, el riesgo percibido y la autoeficacia hacia la abstinencia.
- Finalmente, si tenemos en cuenta para el modelo los valores y las variables TAP, en función del país, podemos apreciar un cierto efecto de los valores relativamente similar a través de las diferentes culturas, pero también interesantes diferencias. En España los valores que han resultado más influyentes en el consumo de cannabis han sido la conformidad (protector) y el poder (riesgo). En Italia, los valores de conformidad y tradición se muestran como factores protectores, mientras que el hedonismo aparece como factor de riesgo, aunque también tiene un ligero efecto positivo en autoeficacia hacia la abstinencia. En Portugal, el valor conformidad se muestra como factor protector mientras que el valor autodirección se muestra como factor de riesgo. En Rumanía, hedonismo y poder resultan factores de riesgo y tradición como factor protector, aunque también tiene un ligero efecto negativo en la autoeficacia hacia la abstinencia.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology (Vol. 20, pp. 1–63). San Diego,CA: Academic Press. http://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60411-6

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179–211. http://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Barnes, H. L., y Olson, D. H. (1982). Parent-adolescent Communication Scale. Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle, 51–63.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA)(2016). ESPAD Report 2015. Luxemburg: European Monitoring Centre on Drugs And Drug Addiction.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., y Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD Report. Retrieved from www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf

Lloret, D., Morell-Gomis, R., Laguía, A., y Moriano, J. A. (2017). Desarrollo y validación de una escala de intención de consumo de cannabis (CUIQ) para adolescentes [Development and validation of a Cannabis Use Intention Questionnaire (CUIQ) for adolescents]. Adicciones. http://doi.org/https://doi.org/10.20882/adicciones.865

Plutchik, R., y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 13(SUPPL. 1). http://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. Advances in Experimental Social Psychology, 25(C), 1–65. http://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6

El trabajo forma parte de una investigación financiada por la Comisión Europea, el proyecto "European implementation of CAPPYC (Cannabis Abuse Prevention Program for Young Consumers) and evaluation of their results using a scale measuring attitudes towards drug use" (reference number: JUST/2013/DPIP/AG/4834).

Además, un estudio complementario, específico sobre algunos perfiles y factores de riesgo, fue financiado por el Plan Nacional sobre Drogas, en la convocatoria del Fondo de Bienes Decomisados de 2016.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN, TRATAMIENTO DE ADICCIONES E INSERCIÓN SOCIAL: EL CONCEPTO "RECOVERY"

REHABILITATION, TREATMENT AND SOCIAL INTEGRATION OF ADDICTIVE BEHAVIOURS PROGRAMMES: RECOVERY CONCEPT

ANTONIO J. MOLINA- FERNÁNDEZ

Psicólogo. Licenciado en Psicología (Universidad de Granada). Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

Resumen: En los últimos años, dentro de las políticas de drogas se está integrando el concepto "Recuperación", que consiste de manera operativa en la mejora de estándares de calidad de vida para la rehabilitación de conductas adictivas, basado en el modelo biopsicosocial de abordaje integral de los problemas de adicción. En el presente artículo se realiza una revisión de los principales autores y planteamientos relacionados con el concepto "Recovery".

PALABRAS CLAVE

Modelo biopsicosocial, recuperación/recovery, rehabilitación, inserción social, conductas adictivas.

ABSTRACT

Last years, into drug policies is being integrated Recovery topic, about operative way to increase quality standars of life for rehabilitation of addictive behaviours, based on holistic approach in Biopsychosocial Model of addictive problem. In this article we make a review of principal authors and models relationed with Recovery concept.

KEYWORDS

Biopsychosocial model, recovery, rehabilitation, social reintegration, addictive behaviours.

"We had a 'concept' about truth and beauty and love and reality - and that hardened our ideas about what all the words stood for. After that, we had no doubt about them - or at any rate, could not admit that we did. This was wrong, because the essence of belief is doubt, the essence of reality is questioning"
Thomas Wolfe

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DEFINIMOS "CONDUCTAS ADICTIVAS"? ¿PODEMOS CONSIDERARLAS COMO UNA CATEGORÍA HOMOGÉNEA O DEBEMOS ANALIZAR DIFERENTES ASPECTOS PARA CLARIFICAR DICHA DEFINICIÓN?

Echando una ojeada sobre diferentes zonas del mundo, podemos observar que hay diferencias en el uso diario de estas drogas. Existen varias razones para estas diferencias, pero la disponibilidad de las sustancias y su precio repercuten enormemente en su consumo. También debemos contemplar la diferente consideración que le damos a las drogas legales (sobre todo cafeína, nicotina, alcohol y psicofármacos). Hemos aceptado de una manera amplia el uso de estas sustancias, mientras que las sustancias ilegales suelen ser utilizadas por una población mucho más reducida: revisando los datos de la encuesta EDADES 2015 del Plan Nacional sobre Drogas, el 77,6 % de la población española había utilizado alcohol, el 40,2 % tabaco y el 12% había consumido hipnosedantes; el consumo de cannabis era del 9,5%, el de cocaína el 2% y el de resto de sustancias ilegales estaba por debajo del 1% (EDADES 2015). Pero cuando hablamos de "adicción", de manera casi inmediata la asumimos a las sustancias ilegales, mucho más que a las drogas legales. Hemos aceptado así mismo que la manera en que una persona desarrolla dicha adicción tiene más que ver con factores cerebrales o genéticos que con aspectos ambientales o contextuales.

¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas." (NIDA, 1997)

El término adicción, tal como se utiliza en esta definición del NIDA, puede considerarse como equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias, según se define en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, quinta edición] (DSM-5, 2013). La progresiva sanitarización del concepto desde la aceptación de esta definición de NIDA ha sido uno de los principales elementos de análisis cuando nos referimos a los aspectos epidemiológicos y sociales de las conductas adictivas (Deacon, 2013). En realidad, durante gran parte de este siglo XXI el concepto de "adicción" se ha reducido a una enfermedad cerebral (Volkow, 2015) a pesar de que prestigiosos neurocientíficos han apelado a los mecanismos ambientales para su desarrollo y consolidación (Olivar, Pedrero y Ruíz Sánchez de León, 2014).

Vuelve a ser importante destacar que las sustancias ilegales no necesariamente son las más adictivas. El problema sociosanitario creado en estados Unidos por el incremento en el uso de opiáceos de prescripción (y situaciones similares a menor escala, como la que sucede en Croacia con la buprenorfina y la metadona) no es desde un punto de vista social diferentes al uso generalizado de psicofármacos en toda Europa, que en el caso de España llega al 12% en adultos (EDADES 2015) y al 11,6 % en jóvenes (ESTUDES 2016/2017). Y a pesar de la evidencia, esta situación no tiene la misma visibilidad que el uso de sustancias ilegales como las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS).

Una perspectiva amplia de los trastornos adictivos nos permite utilizar diferentes teorías y aproximaciones técnicas procedentes de la Medicina (tanto Epidemiología como Psiquiatría), Psicología, Sociología, Antropología, Geografía Humana, Estructura social, Economía política... Sin embargo, en muchas ocasiones el reduccionismo en las políticas limita la acción al campo de la Salud Pública y la Psicología clínica. Como hemos mencionado en otras publicaciones de Asociación Dianova España, en la intervención en consumo de drogas y otros comportamientos adictivos (como las denominadas adicciones sin sustancia, entre las que se encuentran el juego patológico, los teléfonos móviles, internet, etc.) (Molina y Morales, 2017), se ha llegado al consenso científico de la necesidad de abordar este tipo de problemas desde un enfoque biopsicosocial (Hall, 2015).

Este consenso se basa en la definición de las drogodependencias y adicciones como un "fenómeno multifactorial", donde se integran aspectos individuales (incluyendo los directamente relacionados con las sustancias adictivas, los factores biológicos, genéticos, neuropsicológicos) con factores del contexto social primario (familia y pareja fundamentalmente) a los que se añaden los elementos del contexto macrosocial (entorno social y cultural, incluyendo el contexto socioeconómico). Estos factores interactúan entre sí, generando en ocasiones situaciones de protección y en otras situaciones de riesgo para las personas en las que se integran estos elementos (Pedrero y Ruiz Sánchez de León, 2014).

"Ever tried. Ever failed. No matter. Try Again. Fail again. Fail better."
Samuel Beckett

Analizando los datos de las encuestas poblacionales, resulta relativamente sencillo asumir que las sustancias más consumidas, en realidad las conductas adictivas más utilizadas, son aquellas que tienen mayor visibilidad y muestran menor percepción de riesgo en el contexto social. Dentro del contexto social, tenemos también que comprender que la aparición del consumo de drogas (en realidad, de nuevo podemos generalizar a las conductas adictivas más utilizadas) se vincula al grupo social de referencia. Desde esta perspectiva, utilizando la definición de Young, "un grupo social es un colectivo que presenta diferencias con otros colectivos en su cultura, su estilo de vida y/o sus usos y costumbres" (Young, 1996)[1].

Sobre este concepto de grupo se construye la "identidad social", que se compone de una identidad nominal y una identidad real. "Adicto" o "drogodependiente" son meras etiquetas/identidades nominales que no necesariamente son aceptadas por las personas que se supone presentan estas problemáticas. Incluso, el uso de estas etiquetas puede ser una discusión moral o técnica, debido a la imprecisión que supone (como ha sucedido y sucede con conceptos como "adicción al sexo" o "adicciones tecnológicas"). A pesar de la evolución del consumo de sustancias, de la aparición de nuevos perfiles de consumidores y la diversidad de conductas de riesgo, en el imaginario colectivo se mantiene el mismo estereotipo de persona con problemas de adicción. Y la identidad social "adicto" en estos países sigue vinculado al consumidor de drogas ilegales, sobre todo como reminiscencia de la Epidemia de la Heroína (Martín, 2000) que atravesó Europa en los 70 y 80 (Comas, 1990 en Giner, 1990).

El "apoyo social" es uno de los factores que tradicionalmente se han utilizado para analizar la correlación de los anteriormente mencionados factores. Se entiende por "apoyo social" el conjunto de "provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y relaciones íntima". Incluye "todas las transacciones de ayuda (emocional, informacional y material) que recibimos tanto de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos sociales y de la comunidad global, incluidas las transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida" (Barrón de Roda, 1996).

1 "Social group is a collective with differences with other collectives in their cultural ways, their life styles or their costumes and uses" (Young, 1996).

El estudio del apoyo social se ejecuta desde tres dimensiones: estructural, funcional y contextual.

- La dimensión estructural engloba el estudio de cuestiones referidas al tamaño de la red de apoyo, su densidad, la reciprocidad, la homogeneidad y el parentesco entre integrantes. La evaluación de la estructura se nutre de indicadores sociodemográficos, número de relaciones íntimas, análisis de red, etc.
- La dimensión funcional se ocupa de aspectos emocionales, instrumentales o materiales e informacionales, evaluados a partir de indicadores como el apoyo real, el apoyo percibido, la disponibilidad de apoyo y la satisfacción con el mismo.
- Por último, la dimensión contextual se interesa por la identificación de participantes en el apoyo social, el momento en que se produce, su duración y la percepción subjetiva. La familia constituye, en primer lugar, uno de los ejes sobre los que gira nuestro ciclo vital.

Debemos tener en cuenta la influencia que tiene ese entorno familiar en nuestro desarrollo personal y social. En etapas tempranas la familia es un agente fundamental, desde la cobertura de las necesidades básicas hasta la integración social o la realización personal. El enfoque para evaluar y detectar el papel de la familia en todos estos ámbitos ha ido evolucionando, asimismo: desde la aparición en la década de los cincuenta de la "Metodología de la construcción teórica. A partir de este momento, el papel de la familia como constructo social y como elemento terminológico en la investigación social ha ido variando: Maxler y Mishler (1978; en Gimeno, 1999), definieron la familia como "un "grupo ad hoc" con una historia de experiencia compartida". Diferentes investigadores han analizado el entorno familiar de maneras diversas: sistema de relaciones, funciones de apego y cobertura de necesidades, estructura social primaria, agente socializador, transmisor de cultura, sistema de solución de problemas y toma de decisiones, transmisor de valores… Lo que no se discute actualmente es la influencia y relevancia de la familia en el bienestar, la calidad de vida y el equilibrio de cualquier persona, ya sea por la presencia de la familia o por la ausencia de estructura familiar.

John O'Brien aplicó los principios de normalización y la valorización del rol social al diseño de servicios, procurando que estos alcancen «cinco logros esenciales» (O´Brien, 2003):

1. Presencia en la comunidad, es decir que sean servicios accesibles y que se encuentren próximos a la población.
2. Elección, lo que implica ofrecer a las personas la opción de elegir el tipo de intervención que recibirá, permitiendo que puedan participar en los procesos de toma de decisiones que les afectan (como por ejemplo en el caso de una persona que no dispone de lugar de residencia fijo, se le permita elegir que modalidad de alojamiento ofertado por los servicios sociales se adecúa mejor a sus características.
3. Competencia (experiencia de adquirir nuevas habilidades y participar en actividades significativas con el apoyo necesario). (Aujoulat, d'Hoore y Deccache, 2007).
4. Respeto, que en relación a este tema implica el no ser tratado como un ciudadano de segunda clase, sino como un ciudadano de pleno derecho que hace un uso racional de los recursos públicos o privados destinados a mejorar la calidad de vida de la población.
5. Participación comunitaria, que lleva a asociada el estrechamiento de vínculos con miembros de la comunidad, vecinos y conocidos (Bovaird, 2007).

EL CONCEPTO "RECUPERACIÓN"/THE RECOVERY PATHWAY (YATES, 2010)

"Recuperación" o "Recovery" es un concepto que se utiliza para contextualizar un proceso de tratamiento y rehabilitación de adicciones. Implica no solo reducir o eliminar el uso de drogas, como se podría conseguir incluso por remisión espontánea (Moos, 2011), denominada en algunos casos "natural recovery" (Carballo et cols, 2007), sino convertirse en un miembro activo de la Sociedad

(Yates, 2010). Por tanto, implica un componente de acción participativa (Moreno, 2003) y contexto social en la capacidad de reintegrar personas en la sociedad en un sentido amplio. El profesor David Best, de la Universidad de Sheffield, incluye tres conceptos vinculados a la Recuperación (Best et cols, 2017):

- Contagion/contagio: capacidad de influencia en el contexto social.
- Connection/conexiones: para la construcción de comunidades y de la sociedad.
- Homophily/homofilia: la tendencia a relacionarnos con personas parecidas a nosotros.

Granfield y Cloud definen "Recovery capital" como "la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos que se pueden utilizar para iniciar y mantener la recuperación de problemas con el alcohol y otras drogas" (Granfield y Cloud, 2001)[2]

Para White y Cloud "la recuperación estable se predice mejor sobre las capacidades recuperadas que sobre las patologías"(White y Cloud, 2008[3]). Hay tres fases de abordaje del Recovery Capital (RECCAP):

1. Evaluación científica y sistemática de fortalezas y necesidades.
2. Planificación de recuperación y cuidados con objetivos basados en fortalezas.
3. Vinculación asertiva a grupos y actividades de apoyo a la recuperación.

Es cierto que en muchas ocasiones se ha vinculado este concepto a estrategia de tipo Alcohólicos Anónimos, el modelo Minessota y los grupos de ayuda mutua. En realidad, se puede vincular de manera más científica a conceptos como "apoyo social" El mismo profesor Best (Best, 2012) divide este "Recovery capital", esa potencialidad de la Recuperación, en diferentes tipos de capital:

- Personal Recovery Capital: las capacidades y competencias personales que se recuperan/potencian durante el proceso de rehabilitación, prestando especial importancia a los factores emocionales.
- Social Recovery Capital: el Impacto que presenta la recuperación de una persona con problemas de adicción en los grupos sociales de referencia, sobre todo familia y redes sociales.
- Collective Recovery capital: El Impacto que genera en un contexto social la recuperación de personas con problemas de adicción, teniendo en cuenta especialmente el balance coste/beneficio que supone.

Para calcular este balance coste/beneficios, tenemos que contemplar todas las inversiones realizadas durante el proceso de Rehabilitación (Inputs) y hacer el balance con los beneficios recibidos durante y después de dicho proceso (outputs). Al hablar de beneficios, debemos hacer mención tanto a los beneficios económicos directos derivados de la reintegración sociolaboral de una persona como a la reducción de costes derivados por la salida de una persona del circuito asistencial, jurídico-penal, de emergencia sanitaria…

Además, es muy importante contemplar el aumento de actividades de participación social: empleo, acción civil, voluntariado, redes sociales… Algunos estudios incluyen específicamente la capacidad de participación en actividades como el ocio y tiempo libre, especialmente ocio deportivo, debido a los factores que implica (Landale y Best, 2012):

- Identidad positiva, que incluye un sentido de autoeficacia.
- Salud física y bienestar.
- Redes sociales positivas.
- Aprendizaje social y modelado.
- Sentido de esperanza y visión positiva del futuro.

2 "The breadth and depth of internal and external resources that can be drawn upon to iniciate and sustain recovery from alcohol and other drugs/AOD problems". (Granfield y Cloud, 2001).

3 "Stable recovery best predicted on the basis of recovery assests not pathologies" White y Cloud, 2008).

El objetivo de la Recuperación es que las personas con problemas de adicción vuelvan a ser ciudadanos activos para esa conexión con la construcción de sociedad. No se trata únicamente de la presencia o ausencia de tóxicos en la vida de las personas, que era el planteamiento clásico de las comunidades terapéuticas tradicionales, sino de generar entornos protectores e incompatibles con el uso de tóxicos. Para ello, se generan estrategias amplias, mediante acción participativa, gobernanza y cooperación social entre diferentes agentes para crear este ambiente protector y favorecedor de un contexto social sano y productivo en varios sentidos. Ciudades como Gante (Bélgica), Goteborg y Estocolmo (Suecia), Berlín (Alemania), Glasgow (Escocia)… ya han utilizado este planteamiento de las "Recovery cities" con resultados positivos, tanto en la reducción de situaciones de riesgo por consumos de drogas y los problemas asociados (especialmente delincuencia y emergencias sociosanitarias) como por la mejora en la convivencia y la participación ciudadana (Best et cols, 2017). En un ejemplo preventivo aplicado a toda una nación, es destacable el trabajo del profesor Harvey Milkman para la reducción del consumo de drogas entre los jóvenes islandeses, obteniendo resultados espectaculares en el descenso del uso de alcohol, tabaco y sustancias ilegales mediante programas de acción participativa.[4]

De hecho, en gran parte de los centros basados en comunidad terapéutica alrededor de Europa se están desarrollando este tipo de programas basados en la Recuperación, sustituyendo y/o complementando intervenciones que necesitaban una adaptación al siglo XXI. No podemos negar que la CT tradicional fue el método referente de la intervención sobre conductas adictivas en el siglo XX (Goethals et cols, 2012) siendo la bandera de los llamados Programas Libre de Drogas y entrando en una serie de debates y confusiones innecesarias (cuando no iatrogénicas) sobre las políticas de drogas y la compatibilidad con otros aspectos (Molina, 2011) como los programas de mantenimiento, el intercambio de jeringuillas, la reducción del daño... Además, en muchos casos estos debates se ampliaban a conceptos que no eran propios de la intervención, como el aborto, la familia y los sistemas familiares, las creencias religiosas o políticas (Molina et cols, 2011). Este tipo de confusiones y fragmentaciones en los objetivos de la CT ha supuesto una de sus grandes debilidades y ha provocado una enorme pérdida de credibilidad en el método (Molina et cols, 2011). Esta pérdida de credibilidad se ve compensada por el rigor y la eficacia de algunos de los programas basados en la CT que se han adaptado al concepto Recovery, como ha sucedido en entidades como San Patrignano (Italia), Basta (Suecia), Popov (Bélgica), Dianova (España)...

Desde el año 2015 estas organizaciones han desarrollado un proyecto europeo denominado "HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7092 -Triple R: Rehabilitation for Recovery and Reinsertion" Este proyecto TRIPLE R (que hace referencia a las tres R del proceso de Recuperación) tenía como objetivo el desarrollo de materiales y manuales para mejorar la rehabilitación de personas con problemas de drogas, a través del desarrollo e intercambio de enfoques innovadores dirigidos a la prevención de recaídas y modelos de buenas prácticas, la recuperación y la reintegración, el intercambio de información, la identificación y difusión de buenas prácticas en este ámbito. El proyecto fue valorado de manera muy positiva por la Unión Europea y presentado en el marco de la Comisión de Estupefacientes (CND en sus siglas en inglés), número 60 de la Oficina de Droga y Crimen de Naciones Unidas/UNODC. El evento tuvo lugar en la Agencia de Naciones Unidas en Viena, del 13 al 17 de marzo del 2017.

De hecho, este principio de Recuperación se encuentra dentro de los estándares de calidad en el tratamiento de las conductas adictivas propuesto por la Oficina de Droga y Crimen de Naciones Unidas dentro del proyecto TREATNET (UNODC, 2006-2010). Dentro del manual "Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services" (UNODC, 2012), se contemplan los programas basados en la recuperación, la rehabilitación y la inserción social como estándares de calidad en los tratamientos a escala global. Dicho proyecto planteaba la creación de redes de tratamiento con una base común de estánda-

res basados en evidencia científica, replicables y adaptables a cualquier realidad donde hubiera problemas con las conductas adictivas.

De todas maneras, a pesar de estas experiencias presentadas y estandarizadas y las investigaciones realizadas, todavía queda mucho trabajo que desarrollar en este ámbito, tanto en la investigación como en el diseño, implementación y evaluación de programas basados en la Recuperación. El hecho de que los planteamientos teóricos sean diversos (para San Patrignano y Basta la autonomía económica y profesional es fundamental, para otras organizaciones es más importante utilizar modelos terapéuticos basados en evidencia científica; la duración de los programas es muy diversa en cada organización, el diseño de los programas ha sido habitualmente "ex post facto", lo que no ha favorecido la adaptación y adecuación a las nuevas realidades…) tampoco ha permitido homogeneizar en la práctica este concepto Recovery.

CONCLUSIONES

La definición operativa del concepto Recovery y su inclusión en las principales estrategias y políticas sobre drogas y adicciones permite una evolución paradigmática desde los modelos libres de drogas y los programas de reducción del daño. El cambio en las características psicosociales y epidemiológicas de las personas con problemas de adicciones en estos años que llevamos de siglo XXI obliga a superar intervenciones basadas en la reducción de infecciones y riesgo asociado a vías de consumo. Es el momento de implementar programas y servicios basados en los estándares de calidad en el cuidado, la evidencia científica y la mejora de las competencias y habilidades personales y sociales.

La enorme ventaja de este planteamiento es la capacidad integradora: el concepto Recovery es compatible tanto con los modelos libres de drogas como con la reducción del daño, ya que propone una mejora en los estándares de calidad de vida sin obligar a la abstinencia completa ni reduciendo el tratamiento a la presencia/ausencia de la sustancia principal. En este enfoque, más orientado hacia el empoderamiento que el control/reducción de las conductas adictivas, el concepto Recovery permite integrar modelos diversos con un objetivo común.

Es cierto que el concepto Recovery se ha comenzado a extender y generar un cierto uso comercial. No podemos olvidar que no se trata de una marca de fábrica o un eslogan publicitario: hablar de Recuperación es desarrollar programas completos, contextualizados, evaluables, revisables, contrastables y medibles. Queda mucho por hacer, pero todo lo que sea adecuar los programas de intervención en adicciones a las actuales realidades es necesario para mejorar la calidad y eficiencia de dichas acciones.

BIBLIOGRAFÍA

Aujoulat I., d'Hoore W., Deccache A. (2007) Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? Patient Educ Couns. 2007 Apr;66(1):13-20.

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. APA.

Barrón López de Roda, A. (1996) Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid : Siglo XXI de España, 1996. ISBN 84-323-0918-4

Best, D. (2012) Addiction Recovery: A movement for personal change and social growth in the UK. Pavilion: Brighton.

Best, D., Laudet, A. (2010) The Potential of Recovery Capital. London: Royal Society for the Arts.

Best,D.; Bliuc, A.M.; Iqbal, M.; Upton, K. & Hodgkins, S. (2017) Mapping social identity change in online networks of addiction recovery. Addiction Research & Theory Volume 26, 2018 - Issue 3

4 "Islandia sabe cómo acabar con las drogas entre adolescentes, pero el resto del mundo no escucha", diario El País 7/10/2017. https://elpais.com/elpais/2017/10/02/ciencia/1506960239_668613.html

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L. C., Dum, M. y García-Rodríguez, O. (2007). En Klingemann, H. y Sobell, L. C. (eds.), Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005 (pp. 87-101). New York: Springer.

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Clinical Psychology Review, 33(7), 846-861.

Giner, S. (1990) Las drogas en la sociedad española. Madrid, Espasa Calpe.

Goethals, I.; Broekaert, E.; Vandevelde, S. & Vanderplasschen, W. (2012) Fixed and dynamic predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2012, 7:43.

Granfield, R., Cloud, W. (2001) Social context and natural recovery: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. Substance Use & Misuse 36: 1543–1570.

Hall, W., Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? Lancet Psychiatry, 2(1), 105-110.

Landale, S. and Best, D. (2012) 'Dynamic shifts in social networks and normative values in recovery from an offending and drug using lifestyle', In: Johnston, C.D. (ed.) Social Capital: Theory, Measurement and Outcomes. New York: Nova Science Publishers Inc

Martín, E. (2000) Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. Papeles del Psicólogo nº 77.

Molina Fernandez, A.J. (2011) El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales. Revista Adicción y Ciencia, 1 (4)

Molina Fernández, A.J.; González Riera, J. y Montero Bancalero F.J. (2.011) Fortalezas y debilidades de la comunidad terapéutica. Revista Adicción y Ciencia, 1 (4)

Moos, R. H. y Finney, J. W. (2011). Commentary on Lopez-Quintero et al.(2011): Remission and relapse. The Yin-Yang of addictive disorders. Addiction, 106(3), 670-671.

Morales Galicia, M. y Molina Fernández, A.J. (2017) Adicciones tecnológicas: una revisión crítica. Revista Infonova nº 32, 35-49.

NIDA (1997) Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide. Bethesda: NIDA.

O´Brien, J. (2003) La planificación centrada en la persona como factor de contribución en el cambio organizacional y social. Revista Siglo Cero, Volumen 34, Número 208, Páginas 65-69.

Olivar Arroyo, Á., Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (2014). Prevención y promoción de la salud en la adicción. En Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (eds.), Neuropsicología de la Adicción (pp. 125-143). Madrid: Panamericana.

Pedrero Pérez, E. J. y Ruiz Sánchez de León, J. M. (2014). Modelos neuropsicológicos de la adicción. En Ruiz Sánchez de León, J. M. y Pedrero Pérez, E. J. (eds.), Neuropsicología de la Adicción (pp. 125-143). Madrid: Panamericana.

UNODC (2012) TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Vienna, UNODC.

Volkow, N. D. y Koob, G. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial? Lancet Psychiatry, 2(8), 677-679.

Yates, R. (2010) Tackling addiction: Pathways to recovery. Londres: Jessica Kingsley Pub.

White, W. & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5), 22-27.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES

2017 – 2024

Documento aprobado por:

- Comisión Inter-autonómica del Plan Nacional sobre Drogas el 18 de octubre de 2017.
- Informe preceptivo favorable del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones del 13 de noviembre de 2017.
- Pleno de la Conferencia Sectorial el 21 de diciembre de 2017.
- Consejo de Ministros el 9 de febrero de 2018

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 - 2024

1 ◎

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4

2. SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA 7

2.1. Sistemas de información
2.2. Evolución de los consumos y conductas adictivas
2.3. Problemas asociados al consumo y a las conductas adictivas, y su impacto social
2.4. El mercado de la droga y el juego, y aspectos relacionados
2.5. Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y oferta
2.6. Retos

3. MARCO INSTITUCIONAL 27

4. MISIÓN 27

5. OBJETIVOS GENERALES 28

6. VISIÓN 28

7. VALORES 29

8. PRINCIPIOS RECTORES 30

9. CAMPO DE ACTUACIÓN 32

10. METAS, ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 33

META 1: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE E INFORMADA 33

Áreas de actuación:

10.1. Prevención y reducción del riesgo
10.2. Atención integral y multidisciplinar
10.3. Reducción de daños
10.4. Incorporación social

META 2: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SEGURA 44

Áreas de actuación:

10.5. Reducción y control de la oferta
10.6. Revisión normativa
10.7. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional

11. ÁREAS TRANSVERSALES 49

11.1. Coordinación
11.2. Gestión del conocimiento:
- Sistemas de información
- Investigación
- Formación

11.3. Legislación
11.4. Cooperación internacional
11.5. Comunicación y difusión
11.6. Evaluación y calidad

3 ◎

1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se configura como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas.

Las Estrategias Nacionales, como documentos de planificación, se han convertido en el medio principal a través del cual se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y/o regional, creando una herramienta de coordinación para todos aquellos involucrados en implementar una política de drogas.

En la actualidad, alrededor de un tercio de los 30 países monitorizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (28 miembros de la UE, más Turquía y Noruega) incluyen a las sustancias legales y otras adicciones dentro de las Estrategias sobre Adicciones. De hecho, en términos numéricos, las sustancias adictivas legales, como el alcohol, el tabaco y determinados fármacos son los que cuentan con mayor número de consumidores.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en julio de 1985, se han elaborado dos Estrategias para establecer el marco de actuación de las políticas de drogas y drogodependencias en España, así como las líneas generales de ejecución de las mismas.

En ambos casos, el impulso para la elaboración de ambos documentos partió de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), de conformidad con las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del PNSD, que tiene atribuidas legalmente. Hay que señalar, no obstante, que el nivel de participación en la elaboración de ambas estrategias fue muy elevado, tanto en lo que se refiere a los departamentos y unidades de la Administración General del Estado, como a las Administraciones autonómicas, la Administración Local, y las diversas instancias que forman parte del PNSD.

La presente Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (ENA 2017-2024) se fundamenta y apoya en las dos que la precedieron (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016), así como en los tres Planes de Acción que desarrollaron ambas Estrategias (Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, en el caso de la primera Estrategia, y Planes de Acción sobre Drogas para los períodos 2009-2012 y 2013-2016, respectivamente, en el caso de la segunda).

Asimismo, partimos de los resultados de la evaluación de ambas Estrategias y de los Planes de Acción citados, y del análisis de la situación de las drogas y las drogodependencias en España en el período 2009-2015. Por otra parte, la ENA 2017-2024 también se inspira en la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020), en la Estrategia del

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2025, así como en las Estrategias de otros países de nuestro entorno (Alemania, Reino Unido, Italia, Francia, Suecia, Australia, …).

Igualmente, hay que señalar que se han analizado las diferentes estrategias y planes de actuación vigentes en las Comunidades y Ciudades Autónomas a fin de tomar en cuenta los objetivos, enfoques y líneas de intervención en esos territorios autonómicos.

Por último, se ha revisado la evidencia científica disponible sobre adicciones, especialmente la relacionada con el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso a y potenciadoras de determinadas conductas adictivas.

En la elaboración de la ENA 2017-2024 se ha partido de un proceso consultivo interno en la DGPNSD y contado con la colaboración de todas las instancias que forman parte del PNSD, a través de un cuestionario específico y de diferentes consultas sucesivas, destacando la participación de los Planes Autonómicos de Drogas (PADs). Además, han participado numerosos departamentos de la Administración General del Estado, la Federación Española de Municipios y Provincias, un número muy elevado de entidades sociales, sociedades científicas, universidades y expertos de distintas disciplinas (epidemiología, clínica, prevención, intervención integral, legislación y aplicación de la ley, ciencias sociales, género, etc), así como los Grupos de Trabajo del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.

El resultado es un documento de consenso entre numerosas partes interesadas que se ofrece como el marco de actuación para el desarrollo de las políticas sobre adicciones que se llevan a cabo en los ámbitos del conjunto del Estado español, de las Administraciones Autonómicas y de las entidades locales, y que sirve de referencia, asimismo, para las actividades desarrolladas por las entidades sociales.

Se ha procurado adaptar la estructura de la ENA 2017-2024 a la establecida en la Estrategia de la UE 2013-2020, con las modificaciones y adaptaciones propias a la realidad española. Así, la ENA 2017-2024 se articula en torno a dos metas con diferentes objetivos estratégicos que se agrupan en varias áreas de actuación, y que a su vez, se apoyan en seis áreas de actuación transversales. Las metas son: a) "Alcanzar" **una sociedad más saludable e informada** mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general y b) "Tener" una **sociedad más segura** a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que puedan llevar a situaciones de adicción.

Las áreas de actuación transversales comprenden: a) la coordinación, b) la gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación, c) la legislación, d) la cooperación internacional, e) la comunicación y difusión, y f) la evaluación y la calidad.

La Estrategia se llevará a cabo a través de dos **Planes de Acción** consecutivos, de periodicidad cuatrienal, de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024, respectivamente. Estos Planes incluirán una lista de acciones específicas a desarrollar, con los organismos, entidades o

unidades administrativas responsables de su implementación, así como los indicadores e instrumentos de evaluación de estas acciones.

6 ◎

2. SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA

2.1. Sistemas de información

España cuenta con varias fuentes y sistemas de información fiables así como numerosas investigaciones que facilitan datos sobre diversos aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.

Entre las fuentes más importantes que proporcionan información hay que señalar, en primer lugar, los Planes Autonómicos de Drogas. Junto a ellos, diversos departamentos y órganos ministeriales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas, y la Fiscalía Especial Antidroga. De forma creciente, también las Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias están aportando información valiosa sobre las actuaciones que se llevan a cabo desde ese ámbito.

Desde 1987 se cuenta con indicadores que ofrecen información anual sobre admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Desde 2006, también se dispone de indicadores sobre consumo problemático/de riesgo de drogas y existen diferentes fuentes que informan sobre Infecciones en consumidores de drogas.

Por otro lado, desde mediados de la década de los noventa, se realizan periódicamente dos tipos de encuestas por parte de la Delegación del Gobierno para el PNSD: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). A estas encuestas se añaden otras, como *La Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España,* que se realiza cada 7 años, desde 2007, en población laboral residente en España de 16 a 64 años y la *Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias en España, ESDIP,* que se realiza cada cinco años, desde 2006, en internados en Instituciones Penitenciarias en España. Otras encuestas realizadas de forma puntual incluyen la *Encuesta a Profesores de Enseñanzas Secundarias sobre Drogas y otras Adicciones en España (EPAD), 2014* y la *Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, 2003-2004.*

Asimismo, existen sistemas de información como el Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre Crimen Organizado y Drogas (SENDA), que recogen de forma periódica

información conjunta de tipo policial y judicial sobre las incautaciones de las principales sustancias y características de las mismas, detenciones por tráfico de drogas y denuncias por infracción a la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de Protección de la Seguridad Ciudadana en materia de drogas, procedimientos judiciales incoados, etc… basada en los datos que la Policía Nacional, Guardia Civil y el Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales envían periódicamente así como los que envían anualmente las Policías Autonómicas. A partir de la información obtenida, se elabora y difunde la ***Estadística Anual sobre el Tráfico de Drogas***, que detalla la evolución de los principales indicadores globales del control de la oferta (último informe en 2016), con el propósito de ser guía y apoyo en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, además de poner de manifiesto cómo se desarrolla temporal y territorialmente este fenómeno en el territorio nacional.

Esta información estadística y epidemiológica es utilizada por un conjunto de Organismos Públicos nacionales así como entidades privadas en la elaboración de sus estudios e informes. Muchos de los datos e indicadores antes citados utilizan métodos que son comparables a nivel internacional, por lo que no sólo se puede seguir su evolución temporal desde un marco nacional, sino que los datos españoles pueden analizarse en comparación con los de otros países de nuestro entorno. De hecho, estos datos e indicadores son usados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, EUROPOL, INTERPOL, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, y otros organismos internacionales como base documental para sus respectivos informes.

2.2. Evolución de los consumos y conductas adictivas

En cuanto a la demanda de drogas, el **consumo de drogas ilegales** en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad para la salud y el bienestar y, directa o indirectamente, afecta a la vida de millones de personas en nuestro país.

En términos generales, un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje relativamente estable en los últimos años. No obstante, se viene registrando una discreta extensión del consumo de las sustancias psicoactivas de comercio legal, en particular, del alcohol y los hipnosedantes, mientras que la prevalencia del tabaco ha mantenido los niveles a los que descendió tras la introducción de normativa específica en 2005 y 2010.

Según datos de EDADES 2015-16, **las drogas con mayor prevalencia de consumo en España** (en los 12 meses previos a la encuesta) entre la población de 15 a 64 años**, son legales**: el alcohol (77,6%; 9,3% a diario) y el tabaco (40,2%; 30,8% a diario) seguidas por los hipnosedantes, con y sin receta (12%; 6% a diario).

8 ◎

Las **drogas ilegales** más consumidas en el último año son el cannabis (9,5%; 2,1% a diario) y la cocaína (2%), con prevalencias de consumo en niveles elevados con respecto a otros países del entorno UE, muy especialmente entre adolescentes y adultos hasta mediana edad, donde se concentra en gran medida el consumo de drogas (jóvenes de 15 a 34 años). La tendencia de consumo de heroína sigue estabilizada en niveles muy bajos. El 0,1% de los encuestados la consumieron en el último año y en el último mes. El perfil mayoritario es el de un hombre mayor de 35 años. En cuanto al éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles, se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos. Son las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas para éxtasis (0,6%), anfetaminas (0,5%) e inhalables (0,1%) en el indicador de consumo en los últimos 12 meses. El consumo de alucinógenos aumenta respecto a la encuesta anterior, pero se mantiene en porcentajes muy bajos (0,6%). Por otro lado, el 3,5% de la población de 15 a 64 años ha probado alguna vez en su vida alguna nueva sustancia psicoactiva (NSP). Son consumos experimentales practicados mayoritariamente por hombres de 25 a 34 años.

La **edad media de inicio** en el consumo se mantiene estable, con el inicio más precoz para las sustancias legales: el tabaco (16,4 años) y el alcohol (16,6). El cannabis comienza a consumirse a los 18,3 años; el más tardío es el inicio de consumo de los hipnosedantes (35 años). Con la excepción de los hipnosedantes, el consumo de todas las drogas está más extendido en el grupo de 15 a 34 años y en varones. Por otro lado, el patrón de policonsumo está muy extendido e incluye muy frecuentemente (90%) el consumo de riesgo de alcohol y cannabis.

Alrededor de 9,8 millones de españoles de entre 15 y 64 años han consumido cannabis al menos una vez en su vida, mientras que 2,6 millones han probado la cocaína y 1,08 alguna Nueva Sustancia Psicoactiva. Además, 65.322 adultos son usuarios de alto riesgo de opiáceos.

Cannabis

En España, según datos de EDADES 2015-16, el cannabis es la droga ilegal más consumida y, además, la única cuyo consumo crece en relación a todos los tipos de consumos (alguna vez en la vida, último año, último mes, a diario).

El perfil del inicio en el consumo de cannabis corresponde a un hombre menor de 25 años en el 77% de los casos. Hay que destacar que el porcentaje de consumidores de cannabis entre los menores de 15-17 años (12,6%) es mayor que entre los mayores de 35 años (5,5%).

En paralelo al aumento del consumo, disminuye del 82,4 al 79,8% la población que considera una conducta de riesgo el consumo de cannabis. Aunque siguen siendo mayoría quienes consideran que no ayuda a resolver el problema, aumentan del 33,1% al 37,4% los encuestados que piensan que es importante la legalización del cannabis. Este porcentaje se concentra entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático. *(El perfil del consumidor problemático de cannabis corresponde a un hombre menor de 25 años que fuma 3 porros de marihuana al día; el 19% de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 12 meses hacen consumo problemático).*

Conducción y drogas

Conducir después del consumo de sustancias psicoactivas es, desafortunadamente, un hecho frecuente en España: el 12% de los españoles que conducen un turismo han consumido alguna droga de comercio ilegal y/o alcohol, antes de conducir. Este es el dato general del estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la DGT en 2015 (EDAP´15, DGT, 2016). Las drogas más consumidas entre los conductores continúan siendo el cannabis (7,5%), seguida de la cocaína (4,7%). Un 4% de los conductores han consumido más de una sustancia antes de conducir. Tras un descenso después del pico de 2008, la tendencia del consumo de drogas es al alza, sin llegar a los niveles de 2008.

La situación de las adicciones en España desde la perspectiva de género

- **Mujeres e hipnosedantes:** Es el único consumo de drogas en el que la prevalencia en mujeres es mayor que en hombres, cerca del doble. Se trata de un consumo oculto, no ligado al estigma, sino al desconocimiento y a la consideración de su consumo como "normal", especialmente en mujeres. A ello se añade el hecho de que no existen campañas generalizadas de prevención y sensibilización, como sí ocurre con otras sustancias.

  - 3.732.000 personas han consumido hipnosedantes en 2015 (últimos 12 meses). El 65% son mujeres y el 57% además tienen entre 45 y 64 años.

  - De las personas de 15-64 años que consumieron hipnosedantes el último año, 544.000 empezaron a consumir en 2015. El 67% de ellas eran mujeres, además el 89% de estas personas son mayores de 25 años. El mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 45 a 54 años.

  - El 2,5% de toda la población de 15 a 64 años y el 21% de población de 15 a 64 años que ha consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses hacen un consumo problemático (775.762 personas). La mayor prevalencia de consumo problemático de hipnosedantes se da entre mujeres (3%), de entre 45 y 64 años (no se cuenta con datos más allá de esta edad).

- **Mujeres y alcohol:** El consumo excesivo de alcohol es el primer problema de salud pública en España, y causa un grave daño social y a terceros.

  - La Organización Mundial de la Salud (2010) ha identificado el consumo abusivo de alcohol como uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. Un porcentaje significativo de maltratadores abusa del alcohol o es dependiente de esta sustancia. Asimismo, se estima que alrededor del 20% de hombres que participan en programas de intervención para la reducción del consumo de drogas y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento para la adicción.

De hecho, es habitual encontrar en los programas de intervención para drogodependientes, participantes con una orden de alejamiento o denuncia por malos tratos. Además, parece ser que la relación entre consumo de alcohol y agresión es más fuerte entre hombres maltratadores que entre hombres de población general, y se considera que el consumo de riesgo de alcohol incrementa las probabilidades de que las agresiones sean más graves. Igualmente, el consumo continuado de sustancias se ha considerado un predictor de agresiones futuras contra la pareja.

- Por otro lado, las mujeres que han sufrido violencia de pareja tienen casi el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, así como que la violencia sexual ejercida contra ellas puede a su vez incrementar su consumo de alcohol.

La mujer, por tanto, sufre doblemente como víctima el consumo excesivo de alcohol. Por un lado, en relación con la violencia ejercida sobre ella por la pareja que consume alcohol de forma nociva, y por otro, padeciendo ella misma problemas de consumo nocivo como consecuencia de esa violencia.

Otras conductas adictivas

La **Ludopatía** es un trastorno reconocido por la Asociación de Psiquiatría Americana desde 1980 (DSM-5; APA, 2013) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992. Desde un punto de vista etiológico, el juego patológico es un trastorno multicausal, en el que intervienen factores de riesgo ambiental (género, edad, nivel socioeconómico, estudios, disponibilidad y oferta de juego, etc.), psicológicos (impulsividad y búsqueda de sensaciones, déficits en estrategias de afrontamiento y solución de conflictos, comorbilidad, déficits y alteraciones neuropsicológicas) y biológicos.

En 2016 se publicó el ***Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España*** (http://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia), coordinado por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ), realizado mediante cuestionario en base a la población residente en España mayor de 18 años con cuestionarios presenciales adicionales a población residente entre 15 y 17 años de edad. Los resultados mostraron un índice de prevalencia del 0,9% para personas catalogadas como jugadores patológicos, del 1% en personas catalogadas como jugadores con problemas, y del 4,4% para jugadores con algún tipo de riesgo; valores que se reducen a 0,3 %, 0,6 %, y 2,6%, respectivamente, si se trabaja con los resultados vinculados al juego en el último año. Asimismo, un 76% de personas afirmaron haber participado en juegos de azar en el último año.

El 69,6% de los jugadores patológicos en España son varones. Los grupos de edad más afectados son el grupo de 25-34 años y el de 55-64 años. Se trata en su mayoría de personas con trabajo (aunque según se incrementa el nivel de patología aumenta el desempleo), con unos ingresos entre 601-1.500€, que practican el juego individualmente y que en 8 de cada 10 casos son conscientes de su situación. Se aprecia un incremento paulatino en el porcentaje de personas solteras, divorciadas o separadas a medida que se eleva el nivel de problemática con el juego. Se observa una relación entre el nivel de problemática con el juego y los problemas psicológicos en un 45,4% de las personas jugadoras.

La **edad media de inicio** en el juego (jugadores con problemas) está en los 19 años, con las máquinas de juego como instrumento de iniciación y principal fuente de problemas con el juego. Un alto porcentaje de personas reconoce haber jugado antes de los 18 años de edad (44,8% de las personas que presentan patología relacionada con el juego).

La forma presencial de participar en juegos de azar es la modalidad más empleada (juegos en casas/salas de apuestas, máquinas de juego/tragaperras, juegos en casinos, concursos, apuestas hípicas y juegos de cartas con apuesta económica), aunque se ha producido un repunte en los juegos de azar *online*. Además, a medida que se incrementa el nivel de patología hacia el juego, el gasto en juegos de azar *online* es mayor.

En este sentido, según los resultados del estudio ***Análisis del perfil del jugador online (2015)*** elaborado también por la D.G. de Ordenación del Juego (DGOJ), se observa un aumento generalizado de los principales indicadores con respecto a 2014, con un crecimiento en todos los segmentos de **juego *online***: el número total de jugadores activos, 985.333 personas (incremento del 19,6%); el número medio de jugadores activos mensuales,

379.883 (aumento del 16,2%), la participación media 8.614€ (incremento del 10,9%, principalmente en las mujeres), el gasto medio por jugador, 293€ (incremento del 20,6%).

Los juegos *online* más demandados son las Apuestas Deportivas de Contrapartida, si bien se observa un aumento del número de jugadores respecto a 2014 en el segmento de Apuestas (34,4%), Bingo (37,6%) y Casino (80,4%), este último motivado en gran medida por la comercialización de las máquinas de azar. La mayoría de los jugadores *online* son hombres (83%), aunque se ha registrado un importante aumento de las mujeres (incremento del 53% con respecto a 2014). El 87% tiene entre 18 y 45 años. El perfil del jugador más representativo por volumen de participación en Apuestas, Casino y Póquer continúa siendo un hombre de edad comprendida entre 26 y 35 años mientras que en el Bingo, es una mujer entre 36 y 45 años. Los hombres juegan en promedio un 34% más que las mujeres (8.992€ los hombres y 6.734€ las mujeres) y gastan más del doble que ellas (322€ los hombres y 146€ las mujeres). La participación por jugador es creciente con la edad. Los jugadores entre 36 y 45 años son los que más gastan (500€) y los que menos los de 18 a 25 años (99€).

Existe un amplio consenso en la comunidad científica y profesional acerca de que la ludopatía puede ser considerada una adicción en base a su clínica y a los fenómenos neurobiológicos que se presentan en el paciente. Para otros comportamientos que actualmente se identifican de forma frecuente como posibles adicciones (internet, pantallas digitales, tecnologías de la información y comunicación, etc.) se precisa más información y definición acerca de estas patologías para llegar a un consenso científico, partiendo de la base, no obstante, de que el conocimiento actual señala que presentan analogías con las adicciones a sustancias similares a las que las que se observan en el juego patológico.

Según los datos de ESTUDES (2014-15), el 18% de la población de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años usa de manera abusiva las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Si bien probablemente su uso se irá normalizando con la edad, dentro de este porcentaje de población suele incrementarse el fracaso escolar y es más frecuente el consumo de drogas.

2.3. Problemas asociados al consumo y a las conductas adictivas, y su impacto social

El coste humano y social de las adicciones es muy alto; a lo que se añade el coste para el sistema público de atención (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral.

Los datos más recientes informan sobre la estabilización o ligero descenso de los consumos de todas las sustancias, y especialmente, del consumo problemático de cocaína, medidos en base a criterios de frecuencia de consumo y escalas en las diversas encuestas, con la

13

excepción del consumo de cannabis y los atracones de alcohol (*binge drinking*). Si bien aumenta el número de personas que nunca han consumido, tanto entre adolescentes como en población general, persisten niveles de consumo preocupantes, sobre todo en menores, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población. Según EDADES 2015, los consumidores problemáticos de cannabis presentan más frecuentemente que la población general relaciones sexuales de riesgo, accidentes de tráfico, problemas familiares, económicos, psicológicos, laborales, con la policía y con amigos, entre otros. La prevalencia de borracheras y *binge drinking*, entre los consumidores problemáticos de cannabis es muy superior a la de la población general y también el policonsumo de 3 o más drogas.

Además, aquellos indicadores que miden la magnitud de las consecuencias sanitarias asociadas al consumo han puesto de manifiesto, por un lado, una disminución del impacto producido por la cocaína, que fue máximo hace 2-3 años y, por otro, un incremento llamativo de la presencia del cannabis que, en 2012, superó a la cocaína como causa más frecuente de demanda de tratamiento por primera vez y a la heroína, en cuanto al peso representado en el total de admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas en España. Asimismo, la presencia del cannabis sigue aumentando en el indicador de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico de drogas y en los análisis toxicológicos de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Por otra parte, los consumidores de heroína completan el escenario de las drogas ilegales en España y, a pesar del descenso progresivo observado en el número de éstos y en el uso de la vía inyectada como vía principal de administración entre los que demandan tratamiento por primera vez (que en 2013 representa tan sólo un 4% de lo que representaba en 1991), constituyen una subpoblación de consumidores que acumula el mayor impacto sociosanitario de los consumos de drogas en España (exclusión social, infección VIH, VHC, etc.) y que sigue precisando una proporción muy importante de los recursos disponibles en este ámbito. A ello se añade el envejecimiento de esta población y la aparición de co-morbilidades asociadas a la edad.

Un aspecto positivo es la disminución en la prevalencia de enfermedades infecciosas que en general ha disminuido de forma importante desde 2009, en paralelo a la disminución de la vía inyectada como vía de administración.

Ha habido un aumento en las muertes relacionadas con las drogas desde 2009, especialmente por muerte violenta. Al menos 767 personas murieron de sobredosis en España en 2015 (739 en 2009).

Conducción y drogas

En su informe correspondiente a los análisis realizados en fallecidos por accidente de tráfico en 2015, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2016), notifica un total de 900 fallecidos por accidente de tráfico. El 43% de los **conductores fallecidos** presentaron alguna sustancia psicoactiva, siendo **hombres** el 91,6% de ellos. El alcohol aparece en el 28,8% de los conductores fallecidos, las drogas de comercio ilegal en el 13,6% y los psicofármacos en el 11,4%. De los positivos a drogas, la sustancia más frecuentemente

hallada es la cocaína seguida del cannabis. Entre los peatones, el 46,4% de los peatones fallecidos presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol, siendo el 73,5% hombres. La evolución, en porcentaje, respecto al total de conductores analizados cada año, indica un repunte de la proporción de conductores fallecidos en accidente con presencia de sustancias psicoactivas, especialmente del alcohol, que había descendido en los tres años anteriores.

En cuanto a los resultados de las pruebas de alcoholemia realizadas a los conductores implicados en accidentes con víctimas en las vías interurbanas, se observa que fueron positivos al test de alcohol: el 9% de los heridos hospitalizados, el 7% de los heridos no hospitalizados así como el 4% de los implicados que no necesitaron atención sanitaria.

A pesar de la estabilización y/o ligero descenso en los consumos problemáticos de algunas sustancias (cannabis, cocaína, heroína) en población general, han aumentado los daños provocados por las drogas: urgencias médicas, muertes asociadas y algunos delitos relacionados, cobrando mayor importancia los daños a terceros. Sin embargo, no hay conciencia social suficiente sobre los riesgos, daños y costes asociados a las drogas.

2.4. El mercado de la droga y el juego, aspectos relacionados

El mercado de las drogas ilegales es el mercado criminal más dinámico. Según datos del EMCDDA y EUROPOL, se estima que los ciudadanos de la UE gastan cada año más de 24.000 millones de euros en drogas ilegales.

INCAUTACIONES

En España, respecto a las incautaciones, puede hablarse de variabilidad en cuanto a la tendencia según el tipo de droga. Es de destacar, el aumento de casi un 250% de incautaciones de MDMA por parte de la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el último año (2016), lo que indica un claro repunte en el tráfico (y por tanto en el consumo) de esta sustancia.

CANTIDADES INCAUTADAS	2015	2016	% VARIACIÓN 2015-2016
Cocaína (kg)	21.621	15.629	-27,71
Hachís (kg)	380.361	324.379	-14,72
Marihuana (kg)	15.915	21.138	32,82
Heroína (kg)	256	253	-1,17
MDMA-éxtasis (uds)	134.063	346.848	158,72
Anfetamina en polvo-speed (kg)	209	355	69,86
Plantas de cannabis (uds)	379.846	724.611	90,76

Fuente: Ministerio del Interior

Cocaína

España es el país que más cantidad aprehende y en cantidades superiores al resto de países europeos, lo que configura a nuestro país como un auténtico *muro de contención* de la Unión Europea.

Se mantienen activas, como vía de entrada de cocaína en nuestro país, la "Ruta del Norte o de los veleros" (embarcaciones que navegan al norte de las Islas Madeira o Azores con destino a países de norte de Europa y la Península Ibérica)**,** la "Ruta Central o de los cargueros y pesqueros" (con destino a proximidades de las Islas de Cabo Verde e Islas Canarias)**,** la "Ruta Africana" y la "Ruta del Mar Mediterráneo".

Las incautaciones de cocaína continúan con la tendencia a la baja en los últimos cuatro años, habiéndose incautado un 27,71% menos de cocaína en 2016 que en 2015.

En 2016, los puertos se convierten una vez más en el lugar predominante de entrada de cocaína en España, ya que en 2016 la cocaína incautada en contenedores marítimos (más de la mitad), superó a la intervenida en embarcaciones (tanto en mar territorial como en aguas internacionales), cuando en 2015 las cantidades incautadas en contenedores era similar a la incautada en embarcaciones. Se ha aprehendido más cantidad de cocaína en contenedores que el año 2015, pero en menos contenedores, por lo que aumenta la cantidad introducida en las remesas.

Las incautaciones de esta droga en los aeropuertos españoles a través de correos humanos, han descendido un 14% respecto a 2015, continuando la tendencia descendente de los últimos años.

Hachís

El tráfico de esta droga en Europa, se viene manteniendo en unos niveles muy elevados, principalmente por la proximidad con Marruecos, origen de la mayor parte del hachís que se consume en Europa. Como en el caso de la cocaína, España desarrolla una decisiva labor de contención en relación con esta sustancia, decomisando cada año más del 75% del hachís intervenido en la Unión Europea y la mitad en el mundo.

Existen dos flujos importantes establecidos hacia Europa para el tráfico de esta droga: la "Ruta del Estrecho", donde España es utilizada como punto fundamental de entrada y tránsito hacia el resto del continente, y la "Ruta del Mediterráneo Oriental", con origen principalmente en Marruecos y, que a través del mar Mediterráneo, se dirige a países costeros del interior del mismo.

Las incautaciones de hachís han disminuido en 2016 un 14,72% respecto a 2015, rompiendo la tendencia alcista que se inició en 2014. Más de la mitad del hachís decomisado se ha incautado cuando trataba de introducirse en España en aguas internacionales, cambiando la tendencia de 2015 donde se incautaba similar cantidad en aguas internacionales y en los puertos.

Marihuana

En Europa, se consume normalmente lo que se produce en ella. Históricamente España no formaba parte de las dos zonas de origen o de tránsito en Europa de esta droga, pero en los últimos años, están apareciendo indicios evidentes de la profesionalización del cultivo y tráfico de marihuana en España, no sólo para el consumo local sino también para la exportación, como así lo reflejan las incautaciones en Francia procedentes de nuestro país.

Las aprehensiones de esta sustancia reflejan una tendencia al alza, siendo significativo el aumento en el último año que alcanza el 30%

Plantas de cannabis

En los últimos años, se ha producido un aumento del cultivo de plantas de cannabis en toda Europa, tanto a pequeña escala para uso personal, como para el tráfico a gran escala, mediante el cultivo en grandes plantaciones, en espacios exteriores e interiores.

El aumento en la producción, junto con la cada vez más alta concentración del THC, puede estar propiciando una sustitución parcial de la resina de hachís importada.

En los últimos años, se ha incrementado exponencialmente el número de plantas intervenidas en España, superando en este periodo (2013-2016) el 300%. Tan solo en el último año (2016) fue de un 90%.

Heroína

La mayor parte de la heroína que se consume en Europa, se produce a partir del opio procedente de Afganistán utilizando para ello tres rutas: la "Ruta de los Balcanes", la "Ruta del Sur o Meridional" y la "Ruta del Norte o Septentrional".

Las mayores cantidades incautadas se han producido como consecuencia de investigaciones policiales o mientras se encontraban en tránsito entre distintas zonas de España o procedente de otros países de la UE. Las aprehensiones a correos humanos han supuesto el 13% del total.

MDMA-éxtasis

La mayor parte de la producción de MDMA se lleva a cabo en laboratorios clandestinos radicados en los Países Bajos y Bélgica.

En 2016 la cantidad incautada de MDMA-éxtasis en España, ha experimentado un aumento superior al 250% con respecto al año anterior. Si bien se aprecian picos en años anteriores, se deben a la intervención de una sola actuación en 2014, hecho que hace arrastrar la estadística general de ese año.

En cuanto al lugar de incautación, la mayor cantidad se realizó en zonas no fronterizas, principalmente en domicilios con motivo de las labores de investigación que realizan las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Tras el descenso brusco en las incautaciones que se produjo en 2014, se ha mantenido una cierta estabilidad en las mismas.

DETENCIONES Y DENUNCIAS

Las **detenciones** registradas por tráfico de drogas en 2016 han aumentado (4,26%) respecto a 2015, rompiendo la tendencia a la baja de los últimos años.

Por familias de drogas, el grupo que más detenciones registra es el relacionado con cannábicos (52,82%), seguido del relacionado con cocaínicos (27,95%).

Las **denuncias** relacionadas con consumo y tenencia de drogas y otras infracciones graves relacionadas con las mismas, han aumentado en 2016 (392.900) con respecto a 2015 (390.843), en contraste con una tendencia descendente desde 2013. El grupo de edad con más denuncias es el de 19 a 25 años con el 41,35% del total denuncias. El 94,29% de las personas denunciadas son hombres.

En cuanto a las denuncias por familias de drogas, destacan las denuncias relacionadas con cannábicos, que suponen el 84,37% del total, y las relacionadas con cocaínicos que suponen el 10,44%.

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En los últimos cuatro años, las **nuevas sustancias psicoactivas** (NSP) han estado cada vez más disponibles en el mercado abierto y / o en internet, lo que representa graves amenazas a la salud. En 2015, según el Informe Europeo sobre Drogas 2016, se notificaron por primera vez, a través de la Red de Alerta Temprana de la UE, un total de 98 NSP, lo que elevó el número de nuevas sustancias a más de 560, de las cuales el 70% se ha detectado en los últimos cinco años.

Se ha creado un sistema de producción y distribución de NSP que se basa en la modificación mínima de moléculas de drogas convencionales o en el diseño de sustancias nuevas, que simulan los efectos de las drogas convencionales pero de las cuales se desconocen los efectos

para la salud en el medio y largo plazo. Las NSP suponen un claro reto para las Administraciones Públicas a la hora de normativizar sobre las drogas.

El patrón principal en la introducción de NSP en España suele ser la utilización de la vía aérea; su venta, aunque se han detectado y desmantelado tiendas tipo *grow-shops/smart shops,* parece realizarse principalmente a través de páginas web; y la distribución de las mismas, a través de envíos de paquetería postal.

EL MERCADO DEL JUEGO EN ESPAÑA

El mercado de juego nacional en España se desarrolla mediante un segmento de loterías sujetas a reserva de actividad y otros segmentos adicionales de juego presencial y en línea. Las loterías sujetas a reserva de actividad en todo el Estado se comercializan por dos operadores: Sociedad Estatal de Loterías y Apuestas del Estado S.M.E., S.A., (SELAE) y la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), mientras que el resto del mercado presencial se organiza mayoritariamente entre apuestas, casinos, bingos, salas y salones de juego y máquinas de tipo "B". En el mercado *online* los operadores con título habilitante comercializan las distintas modalidades de juego permitidas legalmente. Esta visión se completa con los distintos juegos que se desarrollan en las comunidades y ciudades autónomas en el ejercicio de sus competencias. Los datos que a continuación se presentan se derivan por tanto de la agregación de diversas fuentes (DGOJ, SELAE, ONCE, y comunidades autónomas, fundamentalmente) y constituyen estimaciones sobre las principales variables de cada juego.

El ejercicio 2016 se ha confirmado como otro año de crecimiento del mercado de juego regulado con un **margen de juego** (beneficio) estimado de 8.399,71 millones de euros, un 3,03% más que el ejercicio anterior. El 49,1% corresponde a los juegos de loterías (4.127,40 millones de euros), el 30% a las máquinas "B" (2.519,20 millones de euros), el 7,6% a apuestas (640,74 millones de euros), el 7% a bingo (586,68 millones de euros), el 4,8% a casino (409,30 millones de euros) y el 1,4% a otros juegos (116,39 millones de euros). El aumento de la intensidad en apuestas y en otros juegos se debe, principalmente, a las máquinas de azar en línea.

Dentro del sector presencial, regulado por la DGOJ destaca la evolución de las ventas de la Sociedad Estatal Loterías y Apuestas del Estado S.M.E, S.A. y de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, con un valor conjunto en 2016 de 10.593,3 millones de euros y un margen de 4.141,32 millones de euros, suponiendo una evolución del 1,15% sobre el ejercicio anterior en volumen de negocio.

La **segmentación del margen por canal** entre mercado **presencial y *online*** es similar a la de años anteriores, presentando una división del 93,9% frente al 6,1% respectivamente.

El **juego *online* regulado** en España se estructura en tres ramas: el juego *online* estatal, regulado por la Ley 13/2011 y sujeto al control de la DGOJ, el juego *online* que se desarrolla

o pueda desarrollarse en cada comunidad autónoma en el ejercicio de sus competencias y el juego *online* de entidades habilitadas para la venta de lotería.

Durante 2016 se ha producido un incremento en las **cuantías jugadas** en prácticamente todas las modalidades de *juego online*, con excepción del Póquer. En lo que respecta al segmento *online* estatal, las cifras de margen de juego ascienden a 429.274.246 euros, un 34,3% superior a 2015. El **margen de juego en el canal *online*** ha supuesto así un 3,94% de las cantidades jugadas (en 2015 fue del 3,7%; en 2014 del 3,88%). Es de destacar la importancia en el conjunto, de las Apuestas Deportivas de Contrapartida (el 53,7% en 2016), que, junto a las modalidades de Póquer, las máquinas de azar *online* y la Ruleta aglutinan el 90,09% del margen global.

2.5 Actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y oferta

Los resultados de la **Evaluación de la END 2009-16**, muestran una evolución positiva de las actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y de la oferta, si bien aún hay espacio para la mejora.

Según la Evaluación de la END 2009-16, en España existe una oferta muy variada y estructurada de **programas de prevención**. Sin embargo, las coberturas de los mismos han ido disminuyendo con respecto a 2009 y la oferta está muy centrada en la educación. Se necesita actuar más sobre las condiciones sociales que promueven el consumo (promoción, accesibilidad, normalización social), a través de programas de prevención ambiental y garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia y que cumplan con los criterios de calidad aprobados por las CC.AA.

Por otro lado, han mejorado las variables mediadoras relacionadas con el papel de las familias en prevención (hora de regreso a casa, dinero disponible), pero hay que seguir implicándolas ya que son el principal factor de protección frente al consumo de los menores (en 2014, más del 60 % de los adolescentes de 14 años llegan a casa después de las 12 de la noche los fines de semana).

La detección precoz y la prevención con los más vulnerables debe ser una prioridad: el sistema educativo y el sanitario tienen un papel fundamental. El consumo de drogas está muy vinculado al fracaso escolar y a los problemas de conducta temprana.

En relación a la atención, España ofrece una **asistencia integral** a las personas con problemas de adicción a sustancias. Existe una red amplia, consolidada, diversificada y accesible de atención a los problemas de drogas. Es de destacar que, en los últimos años, se ha observado un incremento muy significativo del número de casos atendidos en la red (aumento del 33% en programas generales y del 22% en programas específicos) y un

envejecimiento de la población con consumos de larga duración y problemas crónicos de salud física y mental (ha subido en 2 años la edad media de las personas en tratamiento). Además, hay un alto porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis que no llegan a la red y ha aumentado el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo y del tratamiento.

Los programas de **reducción de daños** han conseguido grandes logros en la reducción de la infección por VIH+ y VHC+. En los últimos años, se ha evidenciado una importante reducción de la vía inyectada y de los casos de VIH+ y VHC+. España es uno de los países de la UE que más objetivos positivos ha logrado en la reducción de daños en las personas consumidoras de mayor riesgo (según la evaluación de la Estrategia Europea), gracias a la variedad y cobertura de los programas que se ponen en marcha (alta cobertura de los programas de intercambio de jeringuillas, *outreach*, contextos marginales y de ocio y cobertura total de reducción de daños en prisiones). A pesar de esto, el uso de la vía inyectada, sigue siendo un importante problema de salud pública en población reclusa y marginal. Además, es necesario insistir en los programas de prevención de sobredosis, existentes solo en 7 CC.AA.

Los programas de **incorporación social** están generalizados en todas las CC.AA. pero las coberturas son muy desiguales y, en general, los programas orientados a la incorporación laboral son los menos desarrollados. Se necesita reforzar la incorporación de la perspectiva de género, por las necesidades especiales de las mujeres (menor empleabilidad, responsabilidades familiares, problemas de alojamiento).

La **coordinación** es un eje fundamental en el que hay que seguir insistiendo, especialmente entre las CC.AA. Si bien es un sector con un elevado nivel de coordinación, es necesario fortalecer y consolidar mecanismos concretos de coordinación (Grupos de Trabajo estables, Convenios…). La coordinación es de especial importancia en áreas como la atención integral (para protocolizar el establecimiento de itinerarios y procesos terapéuticos) y la prevención, para la cobertura universal de los programas.

Los **presupuestos** se han reducido, sobre todo los de las CC.AA., lo que ha provocado la reducción de recursos, programas y las coberturas. Las áreas más afectadas son la investigación y la prevención. En menor medida, la asistencia, gracias a lo cual se ha podido mantener la cobertura de los programas de tratamiento.

Siguen existiendo oportunidades de mejora en la **calidad** global del sector de las adicciones. Se han producido importantes avances pero hoy sigue siendo un reto trasladar la evidencia a la práctica, generalizar los sistemas de acreditación y de control de calidad de programas y servicios, potenciar la formación y optimizar sistemas de información y evaluación.

Género y equidad siguen siendo dos grandes retos.

En relación a la perspectiva de género, es fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención. En este sentido, es importante integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las adicciones.

En lo que se refiere a la **equidad**, es necesario seguir mejorando la accesibilidad de los servicios y los tratamientos y extender las mejores prácticas. La diversidad de oferta de servicios y programas de las CC.AA, no explicables por diferencias en los problemas asociados al consumo en los diferentes territorios, puede dar lugar a situaciones de desigualdad. Además, se necesita avanzar en la implementación de procesos de acreditación normalizados, Buenas Prácticas y Catálogos de Servicios (metodología, prestaciones mínimas,…), que requerirán la cooperación y el consenso de todos los PADs.

En cuanto a la reducción de la oferta, hay que destacar que España es un referente en la **lucha contra** el **tráfico de drogas y el blanqueo de capitales**.

La **labor policial** ha aumentado la seguridad **en zonas escolares y de ocio**. El Plan de prevención en los centros educativos y sus entornos del Ministerio del Interior ha permitido evaluar la problemática existente en los centros, contribuyendo a incrementar el grado de sensación de seguridad en el entorno escolar. El programa "Agente Tutor", promovido por la DGPNSD y la FEMP desde el año 2012, e implementado por la Policía Local, contribuye al logro de los objetivos de esta área. El Plan de prevención en zonas de ocio ha reducido la oferta de drogas en los entornos previstos, evitando con su ejecución problemas de orden público y comportamientos ilícitos o antisociales, tales como robos, reyertas y actos vandálicos en vehículos o mobiliario urbano.

En relación a las actuaciones desarrolladas en el campo de **otras conductas adictivas** como el **juego**, la ***Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego***, vela por el correcto funcionamiento de los juegos de azar de carácter estatal, en particular los comercializados por el canal *online*. La actividad también se orienta a la protección de los colectivos vulnerables, en especial los menores de edad, desarrollando o impulsando actuaciones y programas para prevenir el desarrollo de fenómenos de adicción al juego. Por otro lado, existe la ***Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual*,** y, un ***Código de Conducta sobre comunicaciones comerciales de las actividades de juego****, que* establece los principios de autorregulación de las comunicaciones comerciales en los servicios de comunicación audiovisual. Además de respetar las disposiciones aplicables sobre comunicaciones comerciales y de autopromoción contenidas en la Ley, se presta especial atención al horario de emisión de las comunicaciones comerciales y autopromociones de la actividad de juego.

En 2012 y con la participación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Dirección General de Ordenación del Juego, lanzó una iniciativa dirigida a establecer una estrategia común de **juego responsable** con la participación de la industria del juego, de las asociaciones de ayuda a los afectados por la adicción al juego, los centros de tratamiento y expertos en la ludopatía, los responsables autonómicos y la Administración del Estado; creándose en 2013 el *Consejo Asesor de Juego Responsable*.

Por último, **los controles de acceso al juego** tienen como objetivo la protección de colectivos vulnerables, en especial los menores de edad y los inscritos en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ). Puesto que ambos colectivos no pueden acceder a juegos de azar, ya sea por imperativo legal, por cuestión de salud pública o por el ejercicio de una decisión individual, para que una persona pueda acceder a cualquier juego

en línea es obligatorio para los operadores realizar un proceso previo de verificación de la identificación del jugador y utilizar mecanismos de acreditación seguros. La DGOJ pone a disposición de los operadores de juego *online* los medios necesarios para realizar de forma electrónica ambas comprobaciones. A 31 de diciembre de 2016, el RGIAJ contaba con 37.749 personas en alta, un 7,4% más que las existentes a cierre del ejercicio anterior. Las nuevas altas han sido mayoritariamente hombres (80,52%), en los segmentos de 26 a 35 años y de 36 a 45 años, si bien hay cada vez un mayor peso de los menores de 26 años.

No obstante, es necesario seguir analizando de forma continuada el marco regulatorio aplicable al juego de ámbito estatal y, en su caso, adaptar la regulación de la actividad de juego para conciliar los objetivos e intereses del mercado de juego en España con la imprescindible protección de la salud pública, los menores de edad y la prevención de conductas adictivas y actividades fraudulentas, así como la erradicación en el mercado español de las actividades de juego *online* realizadas sin título habilitante.

2.6. Retos

- **Cambio social y demográfico**

La situación económica, el desempleo y la precariedad, la trayectoria vital interrumpida en muchos jóvenes por la situación de crisis; el aumento de hogares unipersonales y la soledad, las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar; la desestructuración familiar y el aumento de hogares monoparentales; la mayor presión al consumo en adolescentes y el fomento de la búsqueda de satisfacción y/o respuestas inmediatas son factores que pueden contribuir a un consumo abusivo de sustancias y a otras conductas con potencial adictivo, como el abuso de las nuevas tecnologías. En este sentido, hay que señalar que se ha observado un aumento de la prescripción de medicamentos con potencial adictivo (benzodiacepinas e hipnosedantes).

Por otro lado, a pesar del esfuerzo realizado, se mantiene la dificultad para la inserción laboral de las personas con trastornos por uso de sustancias.

La aparición de un discurso muy influyente del consumo de determinadas sustancias como opción personal (Clubes de consumidores), que demanda nuevos formatos de regulación del consumo (especialmente cannabis) requiere un esfuerzo didáctico por parte de las Administraciones y de la comunidad científica para trasladar a los ciudadanos la información sobre los riesgos reales de estos consumos.

El envejecimiento de la población general y de los consumidores, supone un reto en todos los ámbitos desde la prevención a la atención, reducción de riesgos y daños, formación de profesionales, etc..

- **Nuevas formas de adicción y patrones de consumo**

Vivimos en sociedades cada vez más dinámicas y cambiantes donde el abordaje de las nuevas tecnologías es fundamental. Existe una preocupación creciente por el aumento del uso "patológico" de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso a y potenciadoras de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego *online* entre adolescentes, muy mediado por una publicidad agresiva.

En internet, aparte de encontrar un mercado para la compra-venta de sustancias y foros de intercambio de "información" e instrucciones sobre consumos, nos encontramos con la utilización de determinadas apps (*Wapo, Tinder, Grinder,* etc) donde aparecen y se diseminan nuevos patrones para el consumo de drogas ligados a prácticas sexuales: el *chemsex* y el *slaming* (*slamming* o *slam*, una práctica que combina sexo y drogas por vía intravenosa, con el fin de aumentar la desinhibición y la duración de las "sesiones").

Por otro lado, debe valorarse el uso de los medios digitales como posibles herramientas útiles en la prevención y tratamiento de las adicciones.

- **Tendencias**

Se viene observando un ligero aumento de los consumos de riesgo de alcohol y otras sustancias, especialmente en jóvenes, junto a una baja percepción del riesgo y "normalización" social del consumo lúdico de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, nuevas sustancias psicoactivas,…). El consumo en la calle contribuye a ese aspecto de normalización y banalización, y a pesar de que el acceso de menores a los juegos de azar (bares, salones sin control de acceso, *online*, etc.) es un asunto en el que los reguladores competentes en la materia y resto de unidades administrativas implicadas en el control e inspección, dedican grandes esfuerzos para minimizar su incidencia, existen factores, tanto regulatorios como sociales, a los que hay que prestar atención para conseguir la eliminación total de la presencia de los menores en los juegos de azar.

La amplia oferta de (video) juegos y la publicidad intensa en los medios y espacios deportivos y estrategias de marketing agresivas, principalmente dedicada a los más jóvenes, de las apuestas deportivas y juegos *online* y de apuesta, han contribuido a un aumento en el número de personas con problemas de adicción al juego y a un cambio del perfiles de los jugadores, especialmente *online* (más jóvenes, mayor nivel de estudios y, sorprendentemente, mayor número de mujeres jóvenes con problemas de juego de apuesta a través de Internet).

Además de en la población joven, también es necesario poner el foco de atención en las personas de edad avanzada (como colectivo de riesgo) sobre las que no existen datos suficientes, pero sobre las que sabemos que consumen fármacos (psicofármacos, entre ellos) de forma más frecuente que el resto de la población.

Se mantiene la fuerte presencia del policonsumo (especialmente en adolescentes y jóvenes) y la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas –NSP-, y su fácil acceso a ellas.

En consecuencia, es necesario analizar los nuevos sistemas de consumo que puedan incitar o iniciar la adicción a drogas, o suponer un riesgo añadido (nuevos instrumentos, diferentes vías de administración).

De igual modo, también es ineludible ampliar el conocimiento sobre los tipos y formas de consumo y problemática asociada en la población por encima de los 64 años, para la que no se dispone de datos actualmente.

- **En relación con el género,** resulta imprescindible:

  a) Incorporar de forma efectiva la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, en todos los programas, investigaciones e intervención y prevención.

  b) Implementar una mayor sensibilización respecto a la perspectiva de género.

  c) Sensibilizar a la sociedad en su conjunto, a fin de fomentar aquellos aspectos que son factores de protección en las mujeres (prudencia, solidaridad, etc) para que sean incorporados también por los hombres.

  d) Promover la prevención y detección precoz de la violencia de género en mujeres drogodependientes y en medios donde se consumen sustancias.

  e) Impulsar programas centrados en las necesidades de las mujeres (p.ej. en la dependencia a psicofármacos), analizando todos los aspectos ligados al consumo y desarrollando alternativas de tratamiento no farmacológicas.

  f) El abordaje de las diferencias y especificidades de hombres y mujeres en cada uno de los retos:

     - Cambio social: ¿cómo afecta a hombres? ¿y a mujeres?
     - Nuevas formas de adicción. Diferencias en el uso de los medios, incidencia en hombres y mujeres del juego, diferencias en las formas y usos de las sustancias y los juegos,…
     - Tendencias y nuevos patrones de consumo. En hombres y en mujeres, usos, formas de acercamiento y obtención de la sustancia, contextos,… explicando las diferencias entre chicos y chicas desde los condicionantes de género.

- **En el ámbito asistencial**

El envejecimiento de la población consumidora y el abordaje del aumento de la cronicidad, incluyendo todo lo relacionado con el deterioro cognitivo asociado, supone uno de los principales retos a los que se enfrenta el sistema asistencial.

La atención sociosanitaria de la Patología Dual, presente en casi la mitad de las personas con problemas de adicción, es otro de los retos asistenciales que debe abordar la nueva ENA 2017- 2024.

Igualmente, es necesaria una atención más adaptada a las necesidades de la mujer y la mejora del acceso de los grupos más vulnerables, personas sin hogar, consumidores de heroína en situación de precariedad…

- **En la reducción de la oferta,** es necesario incrementar la:

  a) Detección precoz de NSP y de los nuevos canales de comercialización.

  b) Control de los delitos conexos a la producción y el tráfico de sustancias ilegales, que incrementan el volumen económico del crimen organizado.

  c) Seguimiento de los grandes movimientos de capital procedentes del tráfico de sustancias ilegales que precisan ser blanqueados.

  d) Control de los puntos de entrada, distribución y venta (especialmente, al por menor).

  e) Aumento del cultivo autóctono de plantas de cannabis, como parece indicar el aumento de las incautaciones de estas plantas.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La ENA 2017-2024 tiene como marco institucional el establecido a raíz de la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, y de la Delegación del Gobierno para dicho Plan, y su normativa de desarrollo.

Entre las instancias que forman parte de ese marco institucional cabe señalar los Planes Autonómicos de Drogas, los Departamentos y Organismos de la Administración General del Estado con competencias en drogas y adicciones en general, las entidades locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas y aquellas otras entidades y colectivos de carácter social que desarrollen su actividad en el ámbito de las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otro lado, con fecha 16 de septiembre de 2014 (art. 20.1 de la Ley 15/2014) se crea el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones *con la finalidad general de mejora de la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones como la ludopatía, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad que se promuevan, coordinen o lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*, en el ámbito de las competencias que ésta tiene atribuidas. Asimismo, se considera necesario atribuir al Consejo, teniendo en cuenta su composición, estructura y normas de funcionamiento particulares, algunas de las funciones básicas que venían realizando los dos órganos suprimidos por la Ley 15/2014 (por un lado, el Grupo interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas y, por otro lado, el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías), para evitar una posible disminución en la eficacia de dicha estructura específica y para que tales funciones sean ejercidas de una forma más coordinada, eficaz, eficiente y ágil por el órgano de nueva creación. El Consejo está estructurado, cumple sus fines y ejerce sus funciones en: a) Pleno y b) Grupos de trabajo especializados.

4. MISIÓN

Ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia a: por un lado, todas las Administraciones Públicas, instancias que forman parte del PNSD y otras entidades concernidas, para que con la necesaria flexibilidad, lleven a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones que son objeto de su competencia, y aprovechando las sinergias que pueden crearse mediante la coordinación y colaboración de todas ellas; y por otro, a las acciones que por parte del PNSD, se desarrollen en el contexto internacional (Estrategia Europea, Declaración Política de ONU, UNGASS, Convenciones…).

5. OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

6. VISIÓN

En 2024, se habrán reducido en España los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, a través de la ejecución de políticas sobre drogas y adicciones encaminadas a disminuir su presencia y consumo, con actuaciones dirigidas a las personas y su contexto, familias, comunidad y conjunto de la sociedad, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

7. VALORES

La ENA 2017-2024 mantiene el compromiso inquebrantable del Plan Nacional sobre Drogas de garantizar que todos los aspectos de la reducción de la demanda y la oferta y medidas conexas, y la cooperación internacional se aborden de plena conformidad con los propósitos de la **Carta de las Naciones Unidas,** el **Derecho Internacional** y la **Declaración Universal de Derechos Humanos,** así como los acuerdos recientes alcanzados en el seno de Naciones Unidas (UNGASS 2016) y la Unión Europea.

- **Enfoque de Salud Pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad**

  La salud pública tiene una orientación siempre comunitaria con acciones dirigidas al individuo afectado directamente por la adicción, teniendo en cuenta que la acción individual repercute también sobre el conjunto de la comunidad (en términos de seguridad, económicos, y de salud, etc.); primar a las personas para potenciar la salud colectiva porque el consumo de drogas trasciende de quien las consume al conjunto de la sociedad y porque todo el mundo es diana potencial de estos consumos a lo largo de su vida, sin abandonar las acciones de mejora de la mejora de la salud perdida y de los procesos necesarios para la rehabilitación-reinserción, abarcando además al conjunto de las personas afectadas en el entorno de un adicto.

- **Universalidad**

  Cobertura universal y gratuita, en el marco establecido por el Real Decreto de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y demás normativa estatal y autonómica relacionada con la atención a las adicciones, con actuaciones [globales/universales] con intensidad proporcional a las necesidades y la solidaridad, priorizando la protección a los colectivos más vulnerables.

- **Coherencia y colaboración entre Administraciones Públicas**

  En busca de la homogeneización de políticas, integrando leyes y acuerdos previamente aceptados, evitando la contradicción y las divergencias. Para ello las Administraciones Públicas deben fomentar la colaboración y cooperación en busca de optimizar la transversalidad que las diferentes administraciones proporcionan.

- **Atención a la diversidad**

  De modo que se tomen las medidas necesarias para facilitar el acceso y la atención a las personas con identidades diversas de forma que se pueda dar una respuesta ajustada a sus necesidades, promoviendo paralelamente su integración social.

- **Corresponsabilidad social y responsabilidad pública**

  Intervención activa de todos los agentes sociales e instituciones, tanto en el proceso de planificación como en el desarrollo de las actuaciones previstas. A su vez implica propiciar espacios de participación para favorecer que las medidas previstas sean resultado del consenso del conjunto de los agentes sociales e institucionales implicados.

8. PRINCIPIOS RECTORES

- **Equidad**

  Facilitar en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de integración social, con carácter público y gratuito, en el marco establecido por el Real Decreto de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y demás normativa estatal y autonómica relacionada con la atención a las adicciones, según su necesidad, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales más vulnerables o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos.

- **Perspectiva de Género**

  La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (art. 20) obliga a incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferente presentación y afectación de las adicciones en las mujeres y así poder hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como incorporar las necesidades y realidad de las mujeres en todas las acciones e intervenciones estratégicas.

- **Transparencia**

  La Ley 19/2013, de 9 de diciembre, establece que la transparencia, el acceso a la información pública y las normas de buen gobierno deben ser los ejes fundamentales de toda acción política. En este sentido, la ENA 2017-2024 contribuirá a una mejor publicidad y difusión de los datos, de los resultados de su análisis, de la investigación y evaluación de los resultados y del impacto de las intervenciones con el fin de alcanzar una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de las adicciones; promoviendo el uso de datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

- **Evidencia científica**

  Las acciones dirigidas a prevenir y a disminuir la presencia y los daños asociados a las adicciones deben estar empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados, fomentando así las **buenas prácticas**. Además, hay que tener en cuenta que la evidencia está evolucionando constantemente, por lo que en base a esta evolución se establecerán prioridades y respuestas eficaces durante el periodo de vigencia de la ENA 2017-2024. Cuando la evidencia no esté disponible, sea limitada o no sea suficiente, se deberán aplicar políticas eficaces que amplíen la base de conocimientos.

- **Participación**

  Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad. Hay que implicar activamente a toda la ciudadanía en el abordaje del fenómeno de uso de drogas y el juego, concretando los objetivos, acciones y agentes implicados en las redes y estructuras participativas de trabajo en cada ámbito y nivel territorial, para que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

- **Intersectorialidad e interdisciplinariedad**

  Ofrecer un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspirar a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.

- **Calidad**

  Garantizar una acción preventiva, asistencial, y de reducción de riesgos y daños adaptada a las necesidades de la sociedad y de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por las adicciones. La calidad está respaldada, asimismo, por otro principio rector, ya mencionado anteriormente, la "evidencia científica", la cual fundamentará todas y cada una de las acciones que se deriven de esta ENA.

- **Eficiencia y sostenibilidad**

  Apostando por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del sistema y su evaluación; y que permita asegurar la ejecución de las políticas acordadas, mediante la consignación presupuestaria correspondiente.

9. CAMPO DE ACTUACIÓN

El campo de actuación de la ENA 2017-2024 abarca cuatro ejes fundamentales:

- **Drogas legales (tabaco, alcohol).**
- **Fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.**
- **Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.**
- **Adicciones sin sustancia o comportamentales,** haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y *online*), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.

10. METAS, ÁREAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

META 1: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SALUDABLE E INFORMADA

El consumo de drogas y sus consecuencias son una importante causa directa de morbi-mortalidad evitable en España. Indirectamente, el consumo de drogas también está asociado con otros problemas sociales y de salud, lo que implica mayores desafíos políticos en estas áreas. La epidemia por consumo de heroína que ha afectado históricamente a España ha dejado atrás una cohorte envejecida de usuarios problemáticos de drogas con considerables necesidades de salud.

Aunque el consumo de alcohol se mantiene estable, sigue siendo la droga con mayor prevalencia de consumo en España, y su consumo excesivo es el primer problema de salud pública, y causa de un grave daño social y a terceros. Además, el elevado consumo de alcohol por parte de los menores, la forma en que éste se realiza (bebidas de alta graduación, ingesta de alcohol en breves períodos de tiempo, elevado porcentaje de borracheras), hace que siga siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control, ya que es la primera causa de pérdida de salud en esta población.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, en general, los opioides siguen representando la mayor proporción de los costes en salud aunque, en cierta medida, esto está cambiando. Ello se debe a que los problemas contemporáneos de drogas son más dinámicos y más complejos que en el pasado. Desde hace unos años, en España, el mayor número de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias se debe al cannabis, por delante de la cocaína y la heroína, y las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cannabis siguen aumentando así como su presencia en los análisis toxicológicos de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Además, tanto los problemas agudos como los crónicos se asocian actualmente con el consumo de múltiples sustancias (policonsumo, incluido el alcohol y los medicamentos). Estos cambios se reflejan en, y en parte son impulsados por, un mercado de drogas más dinámico y globalizado.

En las dos últimas décadas se ha asistido a un crecimiento en la comprensión del fenómeno de las adicciones y en la aceptación del principio de invertir en enfoques que se muestren eficaces. También se está entrando en un período en el que es probable que estén disponibles mayor variedad de enfoques para abordar los problemas de abuso de sustancias. Los avances en ciencias fundamentales están dando lugar a nuevos tratamientos farmacológicos; la investigación aplicada proporciona nuevos enfoques de vigilancia, prevención, tratamiento y reducción de daños. Asimismo, una mayor atención a la importancia de la implementación de los avances en la ciencia está mejorando nuestra comprensión de cómo traducir la evidencia en investigación, en políticas y programas que pueden tener éxito en los diversos entornos del mundo real en los que deben aplicarse.

33 ◎

El carácter multifacético de los problemas relacionados con las adicciones y su interacción con otros desafíos sociales y sanitarios está afectando a los enfoques políticos adoptados para reducir los efectos negativos del consumo de drogas en la sociedad. No hay un modelo común, pero en general hay un creciente interés en temas como el tratamiento del abuso recreativo de sustancias y una perspectiva más amplia de la salud pública; explorando diferentes enfoques reguladores; la importancia de abordar los factores ambientales; y el desarrollo de modelos de políticas que sean coherentes y se apoyen mutuamente en los diferentes ámbitos políticos. Así, el consumo de drogas puede ser un tema importante para las consideraciones políticas en áreas como la vivienda, el empleo, la prevención de la delincuencia e incluso la seguridad.

En este sentido, el abordaje del consumo nocivo de alcohol teniendo en cuenta los datos sobre violencia de género y consumo de esta sustancia constituye una necesidad y por ello es preciso potenciar las estrategias dirigidas no solo a disminuir su consumo, sino también a la detección precoz de aquellas mujeres que pudieran encontrarse en riesgo por el consumo nocivo de alcohol de sus parejas. Además, debe prestarse especial atención a la detección precoz de consumos nocivos en mujeres víctimas de violencia de género.

Por otro lado, el aumento anual de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico, y la evidencia científica más reciente que apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de la nuevas tecnologías de la comunicación, apuntan a la necesidad de incorporar las llamadas "adicciones sin sustancia" al ámbito de actuación de esta Estrategia.

En conjunto, estos cambios plantean un claro reto para la ENA 2017-2024. Hay que contar con herramientas de vigilancia epidemiológica que sean aptas para el propósito, en relación con los patrones actuales y futuros de consumo de sustancias y nuevas adicciones y los problemas sanitarios y sociales asociados que enfrentaremos. Además, hay que acompañar estas herramientas con canales de comunicación e información que sean innovadores, oportunos y específicos, de modo que estos hallazgos puedan ser incluidos en las políticas y las acciones mejor y más rápidamente.

Asimismo, debemos mantener un registro de los nuevos hallazgos en investigación que están cambiando nuestra comprensión de cómo se desarrollan los problemas de consumo de sustancias y que ayudan a identificar y adoptar nuevas opciones de intervención tanto para problemas establecidos como emergentes. Es necesario aumentar la incorporación de los nuevos hallazgos en la práctica. Esto debe unirse a una comprensión de los factores más importantes para asegurar la implementación exitosa en los diferentes contextos, sistemas y entornos en todo el territorio del Estado español.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

10.1. Prevención y reducción del riesgo

Las **intervenciones preventivas** tienen como objetivo reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción. Este objetivo se consigue mediante la aplicación de diferentes estrategias, implementadas en distintos ámbitos. Las intervenciones de prevención se clasifican en tres niveles en función de la población destinataria a la que van dirigidas: intervenciones universales, para toda la población; selectivas, dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad; e indicadas, orientadas a individuos con perfiles de mayor riesgo. Es imprescindible complementar estas actuaciones dirigidas a las personas, con otras orientadas a modificar los factores de riesgo de los contextos sociales en los que se producen las conductas, con intervenciones denominadas de prevención ambiental que actúan a nivel social modificando las normas sociales y las regulaciones del mercado.

Por otro lado, las intervenciones para la **reducción del riesgo** en las conductas adictivas tienen como finalidad disminuir los efectos negativos de su uso, por ejemplo evitando que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, previniendo la aparición de los consumos de riesgo y/o problemáticos como el *binge-drinking*, o reduciendo las consecuencias negativas que su uso puede tener en otras áreas, al evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico.

En la actualidad, según la evaluación de la END 2009-2016, la prevención en España tiene una orientación básicamente centrada en las personas, que hay que equilibrar con otras dirigidas a reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos. Además de esto, es necesario aumentar la cobertura de los programas preventivos, garantizando la cobertura universal de aquellos avalados por la evidencia.

Hoy en día, la prevención se enfrenta a nuevos retos: las nuevas formas de adicción sin sustancia, especialmente el juego patológico, la percepción de normalidad en el consumo de alcohol y cannabis por parte de menores, las presiones hacia la legalización del cannabis o la aparición continua de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado de las drogas son aspectos que precisan de nuevas respuestas. Por otro lado, las respuestas preventivas deben adaptarse a los nuevos contextos y formas de relación en las que se producen los consumos, especialmente las redes sociales, y aprovechar las oportunidades que dichos contextos ofrecen para la prevención.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.1.1 Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.

10.1.2 Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.

10.1.3 Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.

10.1.4 Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la "normalidad" de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.

10.1.5 Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.

10.1.6 Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.

10.1.7 Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos…).

Contextos de actuación: Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA), hostelería y restauración, los contextos de ocio y la comunidad en general. Asimismo, la regulación y la normativa relacionada con las drogas y otras conductas adictivas juegan un papel fundamental en la prevención de las conductas de riesgo y la promoción de conductas saludables.

Se debe incorporar la prevención ambiental, principalmente, en espacios de ocio comunitario (fiestas locales) y de música y baile (festivales musicales, fiestas multitudinarias públicas o privadas) sin olvidar otros contextos de actuación donde esté indicada. Además, es necesario complementarla con acciones comunitarias de prevención en el ámbito local para reducir los problemas asociados al consumo de alcohol, especialmente en menores.

Población diana: menores y jóvenes, mujeres (especialmente en edad reproductiva y embarazo), población adulta en los grupos etarios donde se observa un mayor consumo, población reclusa, profesionales de hostelería.

La **prevención selectiva y/o indicada** se dirigirá especialmente a los colectivos más vulnerables, incorporando a las poblaciones diana en la definición de las políticas, estrategias y programas preventivos.

10.2. Atención integral y multidisciplinar

El tratamiento de las adicciones no sólo reduce los daños sociales y sobre la salud asociados al consumo de sustancias y a determinadas conductas adictivas, sino que también disminuyen su consumo y los costes asociados. La investigación científica y la práctica clínica demuestran el valor de la atención continuada, integral y multidisciplinar en el tratamiento de la adicción, entendiendo por integral la atención que aborda simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la adicción.

El tratamiento de la adicción debe ayudar a las personas a dejar de consumir drogas, o evitar la conducta adictiva y al menos, reducir los daños asociados a ese consumo o conducta, y lograr un funcionamiento productivo en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

El objetivo de la ENA 2017-2024, como en anteriores estrategias, es garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por una conducta adictiva; normalizando la asistencia en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones.

La transferencia competencial a las Comunidades y Ciudades Autónomas de la atención integral a las personas con problemas de adicciones, ha supuesto una evolución diferenciada de los itinerarios terapéuticos y los recursos dedicados en cada uno de los Planes Autonómicos de Drogas. Esta diversidad contribuye a la riqueza del modelo asistencial español. Sin embargo, si bien existe un consenso básico en los servicios a ofrecer, en algunos casos puede dar lugar a un cierto desequilibrio en la equidad y accesibilidad al tratamiento, cuando existen diferentes tipos de funcionamiento, dependencia y gestión, sistemas de información, circuitos asistenciales y de derivación, recursos y metodologías de intervención, o servicios ofertados. Por otro lado, la necesidad de atención a los colectivos con mayor riesgo de marginación como inmigrantes y minorías étnicas, o, de una atención específica, como en el caso de las mujeres, menores o personas con patología dual, requiere una flexibilidad organizativa y de recursos que facilite el acceso al tratamiento más adecuado en estas personas.

Por otro lado, el aumento anual de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico, y la evidencia científica más reciente que apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de la nuevas tecnologías de la comunicación, apuntan a la necesidad de incorporar las llamadas "adicciones sin sustancia" al ámbito de atención integral a las adicciones.

Por último, la red de atención debe incorporar la violencia de género como un aspecto estrechamente vinculado a las adicciones, no como relación causal, pero si teniendo en cuenta que en los casos de abuso de sustancias los índices de violencia de género llegan a triplicarse con respecto al resto de la población. La violencia de género es un problema social que en el caso de las adicciones se multiplica. Es necesario trabajarlo tanto en la

intervención con hombres como con mujeres: ellas como posibles víctimas, ellos como posibles agresores.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.2.1. Garantizar una atención integral de calidad mediante:

10.2.1.1. La coordinación de la red de tratamiento a las adicciones con el resto del sistema socio-sanitario.
10.2.1.2. Mejora del tratamiento y seguimiento en los servicios sanitarios y sociales de las personas con adicciones, cronificadas y de aquellas de mayor edad.
10.2.1.3. Integración en los planes de salud comunitaria del abordaje de las adicciones.
10.2.1.4. Evaluación de todas las actuaciones.

10.2.2. Consolidar la incorporación a la red asistencial de la atención a las nuevas adicciones (con y sin sustancia).

10.2.3. Fomentar la atención integral mediante itinerarios personalizados para las características de cada paciente (crónicos, patología dual, usuarios sin hogar, entre otros).

10.2.3.1. Diseñar protocolos de actuación con otras instituciones, organizaciones, recursos, que desarrollen actuaciones dirigidas a población vulnerable para realizar una atención integral y facilitar el acceso a los recursos.
10.2.3.2. Implementar recursos y programas para la intervención en Patología Dual.

10.2.4. Garantizar la calidad y el ajuste a la evidencia de todas las actuaciones.

10.2.5. Incluir la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial.

10.2.5.1. Fomentar la atención integral incorporando los condicionantes de género dentro de los análisis que explican el consumo y abuso de drogas y otras adicciones, así como las consecuencias de esos condicionantes en las mujeres y hombres con consumo problemático en el caso de las mujeres (consumos poco visibles, mayor estigma y culpa y menores apoyos y comprensión, mayor juicio reforzado por la idea de que sean madres y las consecuencias para los hijos/as. Es necesario tener en cuenta las responsabilidades familiares (siendo un hecho que éstas recaen de forma abrumadoramente mayoritaria sobre la mujer) como posible dificultad en el acceso a la red asistencial y en el proceso de rehabilitación e inserción social. En el caso de los hombres, existe mayor justificación de actitudes violentas, así como más aprecio de valores asociados a la masculinidad que refuerzan el consumo y las actitudes de riesgo.
10.2.5.2. Promover los tratamientos centrados en las mujeres y sus consumos, en base a intervenciones integrales que, en el caso de los psicofármacos, contemplen los aspectos ligados a la prescripción por parte del sistema sanitario, desarrollando alternativas de tratamiento no farmacológico.

10.2.5.3. Fomentar la atención integral y coordinación de recursos a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos, para evitar la victimización institucional.

Contextos de actuación: Ámbito socio- sanitario, penitenciario, laboral…

Población diana: Población sobre la que exista una indicación terapéutica dentro de los siguientes grupos: Adolescentes y jóvenes, mujeres, personas con adicciones crónicas y/o co-morbilidades, población de mayor edad (especialmente mayores de 64 años), población reclusa, minorías étnicas…

10.3. Reducción de daños

El Modelo de intervención de Reducción de Daños incluye todas aquellas políticas, estrategias y programas que tienen como finalidad disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias (sin que reducir su consumo sea necesariamente un objetivo) ya sea a nivel individual, en las familias, en el entorno o de terceros, tanto en el área de tratamiento como en la prevención y reinserción social. Las estrategias de reducción de daños fomentan conductas más seguras, reducen los factores de riesgo prevenibles y pueden contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y de salud entre grupos de población específicos.

Los objetivos de estas intervenciones son reducir o limitar los daños ocasionados a la salud y la vida de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio-sanitarios y económicos indeseables relacionados con su uso. Otro objetivo que se plantea es la puesta en contacto del usuario con la red asistencial normalizada, puesto que, por lo general, las personas que acceden a los programas de reducción del daño desarrollan su vida en entornos con difícil acceso a los recursos normalizados.

En España, estas actividades y programas han experimentado, desde hace años, un elevado nivel de desarrollo. Las actividades que deben mantenerse y las que deberán mejorar en el marco de esta Estrategia son distintas cuando se relacionan tanto con los riesgos como con los daños producidos por el consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cuando se refieren al consumo de drogas ilegales.

Por otro lado, la marginación y la vulnerabilidad social se asocian con un aumento de los daños derivados del consumo de sustancias y enfrentan mayores riesgos. Una interacción compleja de factores, incluyendo la salud física, mental, determinantes sociales y la discriminación influyen en la vulnerabilidad de un individuo o un colectivo en el abuso de sustancias.

También hay que encuadrar en esta óptica de reducción del daño desde una perspectiva de atención social, las medidas alternativas a la prisión así como los dispositivos de atención al detenido.

Además, la reducción de daños también debe incluir la protección de la salud y la seguridad de los menores y otros miembros de la familia en entornos afectados por el consumo de drogas. Hay pruebas significativas de que el uso indebido de sustancias por parte de las personas puede tener un impacto en la vida de las personas de su entorno, especialmente la familia. Se ha observado una fuerte asociación entre la violencia doméstica y el abuso de sustancias, particularmente en el consumo de riesgo de alcohol. No obstante, el impacto depende de una serie de factores, incluyendo el tipo y frecuencia de la sustancia utilizada y el entorno social.

Por último, la inclusión de las adicciones sin sustancia en el ámbito de esta Estrategia obliga a revisar los programas y actividades que se vienen realizando y, en su caso, a diseñar otros nuevos que incluyan actuaciones encaminadas a la reducción de riesgos y daños en este tipo de conductas adictivas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.3.1. Mantener, ampliar la cobertura y adaptar a los nuevos perfiles de consumo los programas de reducción del daño.

- 10.3.1.1. Ampliar la oferta de medicación sustitutiva de opiáceos, mejorando el acceso dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) a otros agonistas o agonistas/antagonistas opiáceos para las personas que han fracasado con la metadona.
- 10.3.1.2. Ampliar la oferta y cobertura de los programas de prevención de sobredosis (p.ej. con inclusión de la prescripción y entrega de naloxona a los consumidores de opiáceos y pacientes en tratamiento con sustitutivos) en diferentes ámbitos.
- 10.3.1.3. Mejorar los programas de intercambio de jeringuillas y ampliar su cobertura en Atención Primaria.
- 10.3.1.4. Trabajar la incorporación social de las personas excluidas con adicciones en programas de reducción de daños.
- 10.3.1.5. Impulsar la reducción de daños en lugares de tráfico y consumo.
- 10.3.1.6. Extender esta metodología a los consumos de jóvenes y adolescentes.
- 10.3.1.7. Mantener las medidas alternativas a la prisión en pacientes con problemas de adicción.

10.3.2. Mejorar y ampliar el diagnóstico precoz de las infecciones transmisibles (VIH, VHC,…) y el acceso a tratamiento de los usuarios de drogas.

10.3.3. Integrar la metodología de reducción de daños en las redes asistenciales de manera transversal.

10.3.4. Mejorar la coordinación con la Atención Primaria de Salud y Salud Mental para detección de trastornos mentales e intervención temprana.

10.3.5. Incluir el modelo de reducción de daños en el abordaje del tratamiento a otras conductas adictivas (en las que la evitación es prácticamente imposible o inadecuada, como p.ej. las mediadas por las TICs).

Contextos de actuación: Ámbito familiar, penitenciario, socio-sanitario, lugares de consumo, lugares de ocio,…

Población diana: Usuarios de drogas por vía inyectada, población reclusa, colectivos en situación de vulnerabilidad, mujeres, adolescentes y jóvenes, personas con patología dual.

10.4. Incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral

Se entiende por incorporación social el proceso de socialización personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar a las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno. En este sentido, incluye diferentes ámbitos o dominios (personal, familiar, laboral, etc), en los que el laboral es importante, pero no el principal o el único. Aunque no se dispone en la actualidad de una definición suficientemente exhaustiva y válida, que cuente con el consenso de las instituciones más relevantes que operan en esta área, en España tradicionalmente se viene utilizando mayoritariamente el término *incorporación social*, diferenciándolo de inserción o integración, por cuanto éstos tienen un carácter más específico referido a actuaciones o metodologías (las técnicas de inserción facilitan el proceso de incorporación).

Diferentes fuentes (EMCDDA, COPOLAD) señalan la escasa evidencia sobre lo que funciona en relación con las intervenciones de incorporación social, por diversos motivos: dificultades de conceptualización; ausencia de evaluaciones estandarizadas; diversidad de criterios y orientaciones político/institucionales; multitud de actores participantes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas.

En general, se acepta que el tratamiento terapéutico por sí solo no parece suficiente para una efectiva recuperación de las personas que presentan problemas de adicciones. La incorporación social de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida (y no sólo en el laboral): personal, relacional y de ocio, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, residencial, judicial, etc.

Esa intervención integral debe realizarse atendiendo a la tipología de las personas que demandan atención (no todas presentan las mismas características y necesidades), a los contextos y recursos en que se va a intervenir (específicos, generalistas) y a los procesos e itinerarios que se establezcan (continuidad asistencial, itinerarios individualizados).

Según la evaluación de la END anterior (2009-2016), existe una oferta bastante homogénea de programas de incorporación social, aunque con variaciones según la orientación social y/o

41

laboral, y con una cobertura territorial desigual en las CC.AA. También se ha avanzado en la mejora de la calidad de las intervenciones.

Sin embargo, la Incorporación Social debe de ser una prioridad, pues no ha tenido el desarrollo de las otras áreas de intervención ni en lo presupuestario ni en el despliegue de recursos:

- Es necesario definir y consensuar un modelo lógico de actuación.
- Se precisa avanzar en la adecuación de los servicios y programas a los nuevos perfiles y las diferencias de género en adicciones, así como incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.
- Se debe seguir profundizando en la identificación de buenas prácticas y de evidencias existentes. Además, es necesario: implementar criterios de calidad en los programas, definir procesos e itinerarios, así como consensuar catálogos de programas, cartera básica de servicios y sistema de información y evaluación.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.4.1. Definir un modelo común de actuación en incorporación social, tanto en los aspectos conceptuales como en el establecimiento de procesos de continuidad de la atención y en los itinerarios individualizados de las personas beneficiarias de los programas.

10.4.2. Ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas (servicios ocupacionales y especialmente de reinserción laboral) a los nuevos perfiles de las personas atendidas (incluyendo las adicciones sin sustancia), al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de los drogodependientes de más edad.

10.4.3. Incrementar la cobertura poblacional en coordinación con la red asistencial.

10.4.4. Mejorar la calidad de las actuaciones, propiciando la investigación y búsqueda de evidencias, la evaluación de programas e intervenciones, la elaboración de catálogos de programas y el establecimiento de un sistema de información y evaluación en incorporación social.

10.4.5. Mejorar la coordinación interinstitucional entre los departamentos con una clara implicación en esta área: Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación e Interior.

10.4.6. Incrementar el apoyo que prestan la DGPNSD y los Planes Autonómicos de Drogas a corporaciones locales y ONGs en los programas de incorporación social.

10.4.7. Fomentar la participación de las corporaciones locales en los programas de inserción laboral y social.

10.4.8. Fomentar la participación de las entidades privadas sin fin de lucro en el desarrollo de programas de inserción social y laboral a través de itinerarios personalizados.

Contextos de actuación: Centros y servicios dependientes de las entidades locales**,** Centros de la red de atención integral; Servicios de salud; Centros penitenciarios; Servicio

Público de Empleo; Servicios Sociales comunitarios; ONGs que trabajan en esta área; Empresas.

Ámbitos de intervención: personal; relacional y de ocio; familiar; educativo; salud; formativo-laboral; residencial; judicial.

Población diana: Mujeres, personas con adicciones crónicas y/o co-morbilidades, población de mayor edad, minorías étnicas.

META 2: HACIA UNA SOCIEDAD MÁS SEGURA

En materia de seguridad, la nueva ENA 2017-2024 debe responder a los mismos desafíos fundamentales que se manifiestan en el ámbito de la salud, esto es, la necesidad de adaptarse al ritmo de una situación más cambiante y dinámica, responder de forma efectiva y mejor a las nuevas amenazas, y prestar apoyo a las respuestas políticas y operativas.

Debe continuar siendo una prioridad mejorar la calidad de las herramientas de monitorización en el área de la oferta, para continuar logrando avances significativos en la mejora de la calidad y comparabilidad de las medidas existentes.

Además, la nueva ENA 2017-2024 tiene el compromiso de dar respuestas eficaces frente a varios puntos ciegos con respecto a áreas en las cuales se pueden describir las implicaciones de seguridad de los mercados de las drogas. Por esta razón, es necesario profundizar los enfoques de monitorización en esta área, con el fin de comprender los principales impulsores del cambio y seguir el ritmo de la innovación. Ejemplos de áreas que siguen poco desarrolladas y de áreas en las que hay que acelerar la evolución incluyen la venta *online* de medicamentos y otras sustancias, la innovación en los procesos de producción y la explotación de los servicios de transporte y entrega comercial, un mercado de las NSP en rápida evolución, que desafía a la Salud Pública y a las Políticas sobre drogas.

La aceleración del ritmo de cambio en la globalización y la tecnología se están trasladando al mercado de las drogas. El mercado de las drogas ilegales también se está viendo afectado por los avances de la tecnología de la información, al igual que afecta a los mercados de productos básicos legítimos. Los grupos delictivos identifican y aprovechan rápidamente las oportunidades que ofrecen el fácil acceso a la información, el uso de Internet como medio social y económico y el crecimiento del comercio internacional, que mueve rápidamente grandes volúmenes de mercancías atravesando fronteras y múltiples puntos de tránsito reales y virtuales. No se puede obviar la disponibilidad elevada de nuevas sustancias (vendidas como euforizantes legales y complementos alimenticios) a través de páginas web en Internet y de tiendas físicas, además de que los mercados anónimos de la *darkweb* también pueden constituir una vía de suministro importante de estas nuevas sustancias y de otras sustancias ilegales.

Es importante destacar que la información recopilada debe analizarse dentro de un contexto geográfico y geopolítico más amplio, reconociendo la interacción entre el mercado de las drogas de España y los mercados europeos y mundiales (que son más amplios). La identificación y la comprensión de acontecimientos importantes fuera de España es, por lo tanto, vital para anticipar las futuras amenazas a la seguridad relacionadas con las drogas y para desarrollar las correspondientes medidas.

La delincuencia relacionada con las drogas es también un tema central del pilar de seguridad. Las consecuencias de la delincuencia y su evolución todavía no se entiende suficientemente. Sin embargo, es evidente que el impacto en la sociedad es considerable y que las preocupaciones están creciendo en algunas áreas, por ejemplo en la interacción

entre el tráfico de drogas y otras amenazas graves a la seguridad, como el terrorismo, la trata de personas y los flujos financieros ilícitos.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

10.5. Reducción y control de la oferta

Según la Estrategia Europea (2013 -2020) el objetivo global de la reducción de la oferta de drogas es favorecer la reducción cuantificable de la disponibilidad de drogas ilegales. Esto se debe conseguir a través de la prevención, la disuasión y la desarticulación de la delincuencia relacionada con las drogas, en particular la delincuencia organizada, avanzando en la cooperación judicial y policial, la incautación de los bienes de procedencia delictiva, la investigación y la gestión de las fronteras.

En este ámbito, las actuaciones a desarrollar son diferentes dependiendo de si hablamos de drogas ilegales o de drogas de acceso legal y medicamentos.

En el caso de las drogas ilegales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las Policías Autonómicas, Agencia Tributaria/Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y la Fiscalía Antidroga, intervienen sobre cuatro grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales:

a) El proceso de producción de las drogas a partir de materias primas y precursores, al que ha venido a unirse, en los últimos años, el cultivo de sustancias como el cannabis.

b) El proceso de distribución mayorista de las sustancias, incluyendo el tráfico internacional y el tráfico interno en cada Estado.

c) El proceso de distribución minorista, es decir, de distribución al consumidor final de la sustancia.

d) El proceso de transformación de las ganancias obtenidas en bienes económicamente cuantificables.

A pesar de que España no es un país que se caracterice, en estos momentos, por la fabricación de sustancias ilegales a partir de materias primas cultivadas, ni a partir de procesamientos químicos que transformen los principios activos en sustancias consumibles por los demandantes, es necesario prestar atención a los posibles traslados a nuestro país de los laboratorios de elaboración de todo tipo de drogas, en especial cocaína, heroína y drogas de síntesis, así como la extensión de los cultivos de marihuana en nuestro territorio según apunta el aumento en las incautaciones por parte de los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Por otro lado, y como es conocido de todos, la situación geográfica y el ser un país de tránsito para la introducción de resina de hachís y de clorhidrato de cocaína en Europa, requiere que España siga siendo un muro de contención como así lo corrobora el haber sido durante años el país europeo líder en cantidades incautadas de estas sustancias, y al mismo tiempo, su alta posición en el ranking mundial.

Los logros conseguidos para reducir la oferta de drogas durante la vigencia de la END 2009-2016, sumados a las conclusiones y recomendaciones que han emanado de la evaluación de la citada Estrategia, determinan los objetivos estratégicos a desarrollar en el área de actuación de la reducción de la oferta de drogas en la ENA 2017-2024.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.5.1. Combatir el cultivo, la producción, importación, distribución y venta de drogas ilegales y la facilitación de estas actividades, incluyendo medios digitales (internet, *darkweb/ deep web*,…).

10.5.2. Potenciar las herramientas para la investigación del blanqueo de capitales y la capacitación en esta materia, con especial atención a la recuperación de activos de procedencia ilícita.

10.5.3. Mantenimiento de planes policiales en el entorno de centros educativos y de ocio.

10.5.3.1. Reforzar la figura de los agentes y fuerzas de seguridad como agentes sociales, claves en prevención ("agente tutor").

10.5.4. Potenciar las unidades policiales especializadas en la lucha contra el tráfico de drogas.

10.5.5. Incrementar el control de los puntos de venta de droga al por menor.

10.5.6. Estudiar y proponer los cambios normativos que permitan que la fiscalización de las nuevas sustancias psicoactivas se efectúe por grupos o "familias" químicas en lugar de por cada sustancia química de forma individual, propiciando con ello una mayor agilidad y eficacia al respecto.

10.6. Revisión normativa

En política de drogas y adicciones cabe destacar la importancia de aumentar la responsabilidad individual como factor de protección, pero hay que evitar que el peso de la reducción de la oferta se convierta en una responsabilidad individual. Por ello, es de primordial importancia establecer un amplio consenso entre las diversas partes en los

distintos niveles de la sociedad con respecto a los peligros relacionados con el consumo de sustancias adictivas o la participación en comportamientos adictivos. Por tanto, la normativa también es importante para tratar de promover un comportamiento saludable. Cuando una persona enferma o se pone en peligro como resultado del comportamiento amenazador para la salud de otras personas, es imprescindible la legislación (como la que protege a los no fumadores).

El Estado es responsable de asegurar la protección de los niños y adolescentes a través de las normas legales, cuando otras medidas son insuficientes para proporcionar una protección efectiva. Las medidas legales deben encontrar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos. En relación con las nuevas sustancias, por ejemplo, nos enfrentamos al problema de poder prohibir solamente "ingredientes" y sustancias que han sido citados específicamente durante un proceso legislativo que consume mucho tiempo. Sin embargo, estas prohibiciones pueden ser fácilmente evitadas sintetizando nuevos "ingredientes" o alterando ligeramente la composición química de las sustancias existentes. Existen posibilidades internacionales de "evasión"; la distribución transfronteriza a través de Internet requiere poco esfuerzo. En esta conjunción, deben encontrarse medios para asegurar una protección rápida y efectiva de la población contra esas sustancias.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.6.1. Revisión de la normativa existente en relación con la venta, promoción, dispensación y consumo de drogas legales (especialmente la dirigida a proteger a menores).

10.6.2. Mejorar la normativa sobre blanqueo de capitales relacionados con el tráfico de estupefacientes como actividad generadora de enormes beneficios.

10.6.3. Contribuir a mejorar la normativa relativa a la inclusión de nuevas sustancias psicoactivas en las listas de fiscalización, especialmente en lo que se refiere a la celeridad para su inclusión en dichas listas. Estas sustancias no están fiscalizadas por la Convenciones de Naciones Unidas y por tanto, hasta que sean prohibidas por los gobiernos, se encuentran en una situación de "no prohibición" o "alegalidad".

10.6.4. Revisar la normativa de control internacional de precursores susceptibles de derivación a la producción de drogas.

10.6.5. Revisión de la normativa de juego y apuestas (*online*) en relación a la accesibilidad y promoción (publicidad), especialmente la dirigida a proteger a los menores.

10.7. Cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional

Tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general, los problemas generados por las drogas ilegales trascienden el ámbito nacional. La producción, el tráfico y sus delitos conexos, así como el consumo de drogas, poseen una dimensión mundial, más allá de áreas geográficas determinadas.

Hay que apoyar las políticas y las respuestas operativas a los desafíos de seguridad planteados por los mercados de drogas a nivel nacional e internacional. Hay que aprovechar el conocimiento y experiencia adquiridos en las últimas décadas sobre los mercados de drogas y sus consecuencias. El suministro de información y análisis objetivos, factibles y fiables apoyará la creación de capacidad en el Estado español y fuera del mismo, ayudará a los responsables de la adopción de decisiones y a los responsables de la formulación de políticas a elaborar respuestas a las nuevas amenazas relacionadas con las drogas; y establecerá datos de referencia que apoyarán la evaluación de las intervenciones de la oferta.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

10.7.1. Incrementar y mejorar la cooperación interna de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, así como con las Policías Autonómicas, a través de los mecanismos adecuados, buscando una mejor cooperación en el ámbito internacional.

10.7.2. Mejorar los mecanismos para el intercambio de información y para facilitar la cooperación en operaciones e investigaciones conjuntas a nivel nacional e internacional, contemplando la utilización de técnicas especiales de investigación, incluyendo los Equipos Conjuntos de Investigación.

10.7.3. Fortalecer la colaboración con entidades financieras para detectar grandes movimientos de capitales.

10.7.4. Reforzar las intervenciones policiales coordinadas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre las organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala.

10.7.5. Incrementar los esfuerzos en el control de la venta de alcohol a menores por parte de los actores implicados (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policías Autonómicas, Corporaciones Locales, Gobiernos Autonómicos).

11. ÁREAS TRANSVERSALES

11.1. Coordinación

Como medio para que las actuaciones y políticas sean lo más equitativas y eficientes, y como marco de actuación que evite duplicidades, aproveche y aúne esfuerzos, reduzca tiempos (de asistencia, de incorporación al sistema), ahorre y maximice el uso de recursos (económicos, humanos), y que en definitiva cuente con la participación necesaria de cada uno de los integrantes del Plan Nacional sobre Drogas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

11.1.1. Garantizar las sinergias, la coherencia y las prácticas eficaces entre las Administraciones Públicas a todos los niveles, las diferentes instituciones e iniciativas, evitando la duplicación de esfuerzos, garantizando la eficacia del intercambio de información, utilizando eficazmente los recursos y garantizando la continuidad de las acciones.

11.1.2. Fomentar y alentar la participación e implicación activas y significativas de la sociedad civil (asociaciones científicas y profesionales, ONGs, agentes sociales, asociaciones de vecinos,…).

11.1.3. Fomentar la coordinación dentro y entre las propias CC.AA. y las entidades locales que cuenten con Planes de Adicciones propios, para garantizar la continuidad de las acciones.

11.1.4. Garantizar la coordinación con las Estrategias y Planes del ámbito social y sanitario que impulsa el Gobierno de la Nación que inciden sobre los colectivos sociales a los que se dirige la ENA 2017-2024 (población en riesgo de exclusión social, adolescencia, mujeres, inmigrantes, reclusos).

11.2. Gestión del conocimiento

Si bien España cuenta con fuentes diversas y sistemas de información fiables, es necesario disponer de un sistema de información más integrado y flexible que permita adaptarse a una realidad dinámica y cambiante como es la del mercado y consumo de sustancias y la aparición de adicciones comportamentales nuevas o con mediadores novedosos, como son las nuevas tecnologías.

En este sentido, es preciso avanzar en la calidad y la integración de datos provenientes de otras fuentes de información, p.ej. aprovechando recursos ya existentes como son los Sistemas de Información Farmacéutica de las distintas CC.AA, que pueden constituir una fuente relevante de información en el análisis de sustancias como los hipnosedantes o los opioides farmacológicos, en los que la prescripción facultativa juega un papel relevante en su consumo; así como caminar hacia la homogenización de los sistemas de información sobre drogas de las distintas Administraciones Públicas.

Además, existen algunas limitaciones en cuanto a los datos que manejamos: las actuales encuestas (y otras fuentes) presentan una limitación en el rango de edad; existen aún datos escasos sobre las adicciones sin sustancia…

Por otro lado, el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) que proporciona una información de gran utilidad, precisa de recursos que aseguren un mayor desarrollo.

En cuanto a la investigación financiada por las Administraciones, ésta debe adecuarse al marco general de investigación y desarrollo establecido en los Planes Estatales y a las necesidades cambiantes de la sociedad marcadas por la evolución del fenómeno de las drogas.

La formación de los profesionales del ámbito de las adicciones y otros colectivos es una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas en cada área de actuación y, en el caso de esta nueva ENA, es necesario impulsar formación específica sobre las adicciones sin sustancia o comportamentales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- **<u>Sistemas de información</u>**

11.2.1. Desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana. Todo ello, a fin de mejorar la toma de decisiones y orientar las políticas sobre adicciones, por un lado y, por otro, la evaluación de las mismas, mejorando la respuesta a este fenómeno.

11.2.1.1 Desarrollar el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

11.2.1.2 Integrar los sistemas de información de drogas en los sistemas de información de los servicios sociales y de salud.

11.2.1.3 Incorporar indicadores de consumo de drogas y problemas asociados de otros ámbitos (tráfico, policiales, ….) y revisar y adaptar a las nuevas circunstancias los indicadores ya consolidados.

- **Investigación**

11.2.2. La investigación sobre adicciones financiada desde las Administraciones Públicas debe alinearse con la estrategia definida en el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020, y con la Acción Estratégica de Salud recogida en el marco de dicho Plan, impulsando el trabajo en redes de investigadores e instituciones, especialmente en grupos multicéntricos, y potenciando la presencia española en grupos investigadores internacionales, con el objetivo de incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y la visibilidad.

11.2.3. Impulsar la actividad investigadora en áreas complementarias de interés al fenómeno de las adicciones, especialmente en el ámbito socio-sanitario y epidemiológico como p.ej. las diferencias de género; el perfil de los nuevos consumidores; los consumidores crónicos y aquellos de edad avanzada desde una perspectiva de necesidades de atención, para adaptar los servicios existentes. Asimismo, se potenciará la actividad investigadora en relación con los efectos del consumo de sustancias sobre la conducción y prevención de lesiones y fallecimientos por tráfico y otros accidentes, relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, así como en el ámbito laboral.

- **Formación**

11.2.4. Actualizar los programas de formación dirigidos a los profesionales de la prevención y atención a las drogodependencias y adicciones, y demás agentes sociales implicados, incluyendo la formación específica en adicciones comportamentales; y haciendo uso de las nuevas herramientas formativas (formación *online*) más actuales y adaptadas a la situación presente.

11.2.5. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo, tanto en lo que se refiere a la reducción de la demanda como en el campo de la reducción de la oferta de drogas, favoreciendo la especialización en "adicciones" de estos profesionales.

11.2.6. Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales (educación, sanidad, tráfico de vehículos, servicios sociales, servicios penitenciarios, justicia, FFAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad…) que intervienen en la prevención [de las adicciones] y en la atención integral a las personas con adicciones, tanto en lo que se refiere a la demanda como a la reducción de la oferta.

11.2.7. Mejorar y desarrollar de forma efectiva la formación en perspectiva de género a todos los estamentos de la Administración Pública, sociedad civil, academia, como uno de los pilares básicos en la formación sobre adicciones.

11.3. Legislación

Habiendo ampliado el campo de actuación de la nueva Estrategia respecto a la anterior, la legislación se debe desarrollar en el mismo sentido, buscando cubrir aquellos campos de las adicciones que nos estén legislados suficientemente (publicidad), reforzando aquellos aspectos de la lucha contra las adicciones que sean necesarios (normativa sobre alcohol y menores,…) y creando nuevos mecanismos que permitan hacer frente a un entorno que evoluciona muy rápidamente (Red de Alerta Temprana para la detección de NSP…).

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

11.3.1. Puesta en vigor de normativa integral en relación con el alcohol, con especial atención a los menores.

11.3.2. Elaboración de nueva normativa de referencia, protocolos para la Red de Alerta Temprana para la detección de NSP (incluyendo funcionamiento,…).

11.3.3. Revisión y elaboración de normativa o procedimientos que permitan incrementar la eficiencia del Fondo de Bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

11.3.4. Revisión de la normativa y propuesta de modificación, si procede, referida a la publicidad relacionada con el juego, las apuestas deportivas y el juego *online*.

11.3.5. Reforzar la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente en relación con las adicciones.

11.4. Cooperación Internacional

Ámbitos de Cooperación:

- **Multilateral:**
  - Naciones Unidas y otros organismos internacionales
  - Unión Europea
  - Áreas geográficas de atención preferente:
    - América Latina y Caribe
    - Norte de África y Oriente Próximo

- **Bilateral:** Se dará prioridad a las relaciones con países de las áreas de atención preferente.

52 ◎

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

11.4.1. Coordinar e impulsar la participación política y técnica de España en el ámbito internacional en materia de adicciones.

11.4.2. Desarrollar políticas de lucha contra las adicciones en el marco de la Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga vigente (2013-2020), y mantener y fortalecer las relaciones en materia de lucha contra las adicciones con países terceros.

11.4.3. Dar seguimiento y contribuir al cumplimiento de las recomendaciones operativas del documento UNGASS, "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas", con especial hincapié en la defensa de los Derechos Humanos.

11.4.4. Promover la integración de la cooperación en el ámbito de las adicciones en las relaciones políticas generales y en los acuerdos marco entre España y sus asociados.

11.5. Comunicación y difusión

La nueva ENA 2017-2024 contempla acciones de refuerzo en comunicación y gestión del conocimiento del Plan Nacional sobre Drogas dirigidas a potenciar el papel de la Delegación del Gobierno para el PNSD como centro nacional de referencia en conocimiento respecto a las adicciones.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

11.5.1. Promover el papel de las Administraciones Públicas como referentes del conocimiento sobre conductas adictivas y sustancias a través de información veraz, fiable y contrastada, reforzando el papel de la DGPNSD como referente en información sobre adicciones:

11.5.1.1. Potenciar la web con información basada en la evidencia (publicaciones, monografías, manuales de buenas prácticas…) de forma estructurada. El objetivo es que la web del PNSD contenga el mejor, más completo y más accesible Centro de Documentación sobre Drogas de Europa, abierto a ciudadanos y profesionales.

11.5.1.2. Difusión activa de información relevante a grupos de interés.

11.5.2. Favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias, estableciendo espacios de comunicación entre profesionales de drogodependencias y adicciones y haciendo uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

11.5.3. Incorporar la participación activa de las usuarias y los usuarios, los y las profesionales, las instituciones, y la ciudadanía en su conjunto, a través de canales que permitan detectar sus necesidades y expectativas.

11.6. Evaluación y calidad

Las acciones a desarrollar en esta área se propondrá que sean acordadas y lideradas por la Comisión Interautonómica y aprobadas por la Conferencia Sectorial y se llevarán a cabo en colaboración con las universidades y la sociedad civil (en la elaboración de materiales, cuestionarios *online*…).

Se trabajará en tres ejes principales:

- Acreditación
- Buenas Prácticas
- Catálogo de Servicios (metodología, prestaciones mínimas,…)

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

11.6.1. Establecer una cartera mínima de servicios en todo el territorio nacional en la que se especifiquen las características del itinerario terapéutico y se garantice la ausencia de barreras para el acceso al mismo.

11.6.2. Potenciar el conocimiento de la cartera de servicios mínima a ofrecer en los programas de prevención, asistencia y reinserción, para su planteamiento e implementación eficaz y eficiente.

11.6.3. Establecer un sistema común de evaluación de las acciones en adicciones llevadas a cabo por las Administraciones Públicas y las entidades del tercer sector que intervienen en drogodependencias, potenciando, en lo posible, la evaluación sistemática de todos los programas y actuaciones, especialmente de los resultados, en todas las áreas (prevención, atención, inserción,…).

11.6.3.1. Establecer criterios contrastados para la evaluación de programas, especialmente en el campo de la Prevención, donde la práctica de la evaluación es más compleja.

11.6.3.2. Promover la creación de un conjunto mínimo de indicadores necesarios para la evaluación en función de los diferentes programas.

11.6.3.3. Promover la realización de la evaluación de los programas con datos desagregados por sexo y analizados desde una perspectiva de género.

11.6.4. Establecer y difundir a través del portal web un catálogo de buenas prácticas basado en programas acreditados por el PNSD, con el objetivo de que sean éstos los programas principalmente aplicados por las Administraciones Públicas.

54 ◎

***Nota**: Esta Estrategia se considerará vigente hasta tanto no se haya aprobado la siguiente*

55 ◎

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

ELENA ARES NIETO

Licenciada en Psicología. Univ. Autónoma de Madrid.

Jefa de Equipo Prevención. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS

Catedrático de Psicología Clínica en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela. Es Doctor en Psicología y Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Dirige la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos en su Universidad.

Ha publicado un gran número de libros y artículos científicos en las distintas conductas adictivas, en relación a su etiología, prevención y tratamiento. Entre sus libros destacan: "Programa para dejar de fumar" (2007), "Bases científicas de la prevención de las drogodependencias" (2002), "El juego patológico. Avances en la clínica y el tratamiento" (2014) y "Trastornos adictivos" (2016).

DANIEL LLORET IRLES

Doctor en Psicología por la Universidad Miguel Hernández, de Elche (Alicante).

Profesor del Departemento de Psicología de la Salud. Univ. Miguel Hernández.

ANTONIO JESÚS MOLINA FERNÁNDEZ

Licenciado en Psicología (Universidad de Granada), licenciado en Antropología (UNED), máster Problemas sociales (UNED-UGR). Coordinador terapéutico de Asociación Dianova España. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid, de la Universidad de Salamanca y de l aUniversidad Isabel I de Burgos.

Publicaciones: • Dossier "Observatorio Proyecto Hombre sobre el Perfil del drogodependiente: informe 2012", Revista Proyecto, septiembre 2013. • "Programa de Prevención Juego de llaves: Manual del profesorado" (responsable de la publicación). APH&PNSD, junio 2013. • "Observatorio Proyecto Hombre sobre el Perfil del drogodependiente: informe 2012" (responsable de la publicación). APH&PNSD, junio 2013. • "Análisis de la relación entre Emoción y consumo de drogas". Revista Proyecto, mayo 2013.

RAMÓN MORELL GOMÍS

Licenciado en Psicología. Universidad Miguel Hernández, de Elche (Alicante).

JUAN ANTONIO MORIANO LEÓN

Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Profesor del Departamento de Psicología Social. UNED.

MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ FELIPE

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense, Madrid.

Subdirector de Programas de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova Nº 35 / Primer semestre de 2019

Plazo para la recepción de colaboraciones: 10 de diciembre de 2018.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en dos versiones, una en formato físico con distribución a nivel nacional y otra en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es).

Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión, entre la comunidad de profesionales e investigadores que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo, de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes campos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por e-mail a comunicacion@dianova.es mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word).

Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes.

Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen.

Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita.

Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, en cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación.

Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychologist Associatión (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, Institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

Rellena este cupón o llama al +34 91 468 87 65 o entra en www.dianova.es

Nombre:.....

Apellidos:.....

NIF:..... Fecha de nacimiento:.....

Domicilio:.....

..... Código Postal:.....

Población:..... Provincia:.....

Correo electrónico:.....

Teléfono:..... Otro teléfono: .....

Importe	Periodicidad
☐ 10 € ☐ 20 € ☐ .....€	☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos con carácter personal, tus datos forman parte de un fichero titularidad de Asociación Dianova España, declarado en el Registro General de Protección de Datos, creado con la finalidad de gestionar los donativos recibidos por la organización. Así mismo, tus datos serán utilizados por Asociación Dianova España para informarte sobre otras actividades de nuestra organización. Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a Asociación Dianova España. Dpto. de Protección de datos, calle de Coslada 18. 28028 Madrid.

☐ No deseo recibir información de Asociación Dianova España

ENTIDAD BANCARIA PARA INGRESOS O TRANSFERENCIAS

Banco Santander: ES91 0049 5124 6126 1642 4646

(Por favor, envíanos el comprobante de la entidad bancaria)

Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta:.....

NIF:.....

Número de cuenta:

Fecha:..... de ..... de 201...

Firma:.....

Para cualquier consulta puedes dirigirte a: colabora@dianova.es
o llamando al +34 91 468 87 65. **Asociación Dianova España**
Calle de Coslada 18. 28028 Madrid