



ordizia
bizi herria

PLAN LOCAL DE ADICCIONES DE ORDIZIA

2024 - 2028

ÍNDICE



01

INTRODUCCIÓN

3

02

CONTEXTUALIZACION

4

03

**DIAGNÓSTICO DE
LA REALIDAD DE
LAS ADICCIONES**

10



04

**BASES
ESTRATÉGICAS**

40

05

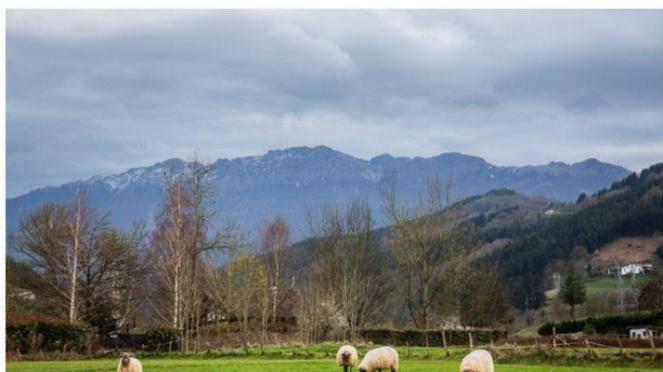
**PLANIFICACIÓN
OPERATIVA**

43

06

TEMPORALIZACIÓN

53



07

**SEGUIMIENTO Y
EVALUACIÓN**

57

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Adicciones de Ordizia, se configura como un instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación que recoge el conjunto de programas y actuaciones que, en materia de promoción de la salud y prevención de las adicciones, se llevarán a cabo en el período 2024-2028.

El Ayuntamiento, como ente administrativo más cercano a la ciudadanía, tiene un papel primordial en la intervención ante las drogodependencias y las adicciones comportamentales, tal y como se recoge en la ley 1/2016 de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. A la administración local se le atribuyen funciones de promoción de la salud y prevención, integración social, control de la oferta y coordinación de las intervenciones, poniendo especial acento en las acciones preventivas, y más concretamente en las dirigidas a las personas menores y jóvenes y a los sectores más vulnerables de la población.

En base a los principios establecidos en dicha Ley y a los objetivos y líneas de intervención del VIII Plan de Adicciones de Euskadi 2023-2027, se define y estructura el presente Plan Local.

Para su elaboración, se ha tenido en cuenta la evaluación técnica de los programas y acciones implementados hasta la fecha, así como la información obtenida de la revisión epidemiológica sobre los consumos de drogas y los comportamientos potencialmente adictivos en la CAV. Además, se ha realizado un análisis de la realidad municipal a partir de grupos de debate, entrevistas y cuestionario online en el que han participado 27 personas procedentes de diferentes ámbitos.

Con la visión de lograr un municipio más saludable y una ciudadanía más sensibilizada ante los riesgos derivados del consumo de drogas y las conductas adictivas, el plan de adicciones de Ordizia plantea un plan operativo de intervención alineado con VIII Plan de adicciones de Euskadi en el que plantea **51 acciones** a desarrollar en los próximos años.

Se ha diseñado un plan con:

- Enfoque integral e integrador de las adicciones que dé respuesta a las necesidades del municipio, tanto de las relacionadas con sustancias potencialmente adictivas (legales o ilegales), como de las adicciones sin sustancia o comportamentales.
- El objetivo de actuar sobre los determinantes de la salud (factores individuales, intermedios y estructurales).
- Perspectiva multicomponente, combinando e interrelacionando intervenciones en el ámbito escolar, familiar, comunitario y festivo, así como medidas de carácter estructural o ambiental.
- Acciones que aborden las necesidades en las diferentes etapas de la vida.
- Programas e intervenciones basadas en la evidencia y con perspectiva de género.
- Enfoque comunitario, participativo y de trabajo coordinado y en red.
- Evaluación sistemática de las intervenciones orientadas a mejorar la efectividad y el conocimiento de las adicciones en el municipio.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PLAN

2.1 MARCO LEGAL Y NORMATIVO

La Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias establece un nuevo e importante hito en el abordaje de esta materia, dado que pretende contribuir a proteger la salud de las personas, velando de forma especial por los y las menores de edad y por los colectivos más vulnerables.

Algunos aspectos relevantes de la Ley son:

- Abordaje multidisciplinar e integral de las adicciones, desde un enfoque de salud pública que toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones políticas en la salud, con el objetivo de mejorar la salud de la población y la equidad en la salud.
- Atención a la promoción de la salud, abordaje de la prevención de forma separada a la reducción de la oferta e inclusión de la educación para la salud como pilar fundamental en la prevención.
- Endurecimiento de las medidas punitivas relacionadas con el control de la venta y el consumo de alcohol, especialmente entre los y las menores de edad, y equiparación de la regulación de dispositivos de liberación de nicotina al tabaco, sujetándolos, por tanto, a iguales restricciones.
- Incorporación de las adicciones comportamentales a efectos de prevención, reducción de oferta, asistencia e inclusión social; incluyendo, concretamente, el juego patológico y las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones.

Artículos de especial interés para el ámbito competencial municipal:

Artículo 15. – Prevención en el ámbito familiar

Las administraciones públicas establecerán cauces de colaboración y coordinación efectivos y eficientes entre todos los organismos públicos competentes, asociaciones de padres y madres y entidades privadas y entidades sin ánimo de lucro que intervienen en este ámbito de actuación.

Artículo 16.- Prevención en el ámbito comunitario.

La prevención en el ámbito comunitario se desarrollará preferentemente, en función de sus competencias, por parte de los ayuntamientos y mancomunidades, por la cercanía de los servicios que prestan a las personas y a las comunidades de las que forman parte.

Artículo 17.- Prevención en el ámbito educativo

El marco educativo es un pilar fundamental en las actividades preventivas. Por este motivo, se tomarán las siguientes medidas preventivas:

Información y sensibilización al alumnado de todas las edades sobre los riesgos asociados a los consumos de sustancias y a las conductas excesivas en ámbitos diversos: juegos de azar, utilización de la televisión y de las tecnologías digitales (internet, redes sociales, videojuegos, telefonía móvil) y sus nuevas aplicaciones, así como sobre los riesgos asociados a otras conductas excesivas susceptibles de generar

adicciones comportamentales.

Artículo 18.- Prevención en el ámbito de las personas menores de edad y la juventud en situación de alto riesgo

Las intervenciones se realizarán en la medida de lo posible con la familia de la persona menor, y se coordinarán con los servicios sanitarios y sociales de conformidad con el artículo 27 de la Ley de 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.

Artículo 68.- Competencias de los ayuntamientos

Corresponde a los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en sus respectivos ámbitos territoriales:

La elaboración, el desarrollo y la ejecución del Plan Local sobre Adicciones y, en general, de programas y actuaciones en esta materia, de acuerdo con las prescripciones contenidas en esta ley en el Plan sobre Adicciones de Euskadi y, en su caso, en el correspondiente plan foral.

La creación y el régimen de funcionamiento de los órganos de asesoramiento y coordinación en materia de adicciones en el ámbito territorial correspondiente.

La supervisión y la vigilancia del cumplimiento de las medidas de control previstas en esta ley.

El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

Artículo 69. – Compromisos presupuestarios

Los presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las diputaciones forales y ayuntamientos, deberán prever los créditos destinados a la ejecución de las actividades contempladas en esta ley que sean de su competencia, conforme a las disponibilidades presupuestarias, los programas que se aprueben y los convenios suscritos a tal fin.

Artículo 71. - Planes forales y locales

De conformidad con los objetivos y criterios inspiradores de esta ley, y en coherencia con el contenido del Plan sobre Adicciones de Euskadi, los planes forales y los planes locales se configurarán como el instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerá el conjunto ordenado de programas y actuaciones que en materia de adicciones se realicen, respectivamente, en los ámbitos foral, municipal y supramunicipal.

La ley 1/2016 de Ordenación sanitaria, herramienta básica en el campo de la promoción de la salud y la prevención. Así se establece en el artículo 2 “Corresponde a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socioeconómica”

La Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones locales de Euskadi, que entró en vigor el 14 de abril, tras su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco, en su artículo 17, establece como competencias de la administración local, en la materia que aquí nos ocupa, las siguientes:

- 10) Promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública.
- 13) Ordenación, planificación y gestión de los servicios sociales.
- 36) Planificación, ordenación y gestión de políticas de juventud.

La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, en su capítulo V, que recoge el régimen sancionador, introduce novedades relevantes con respecto a la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero y dice textualmente:

... “Y con objeto de dar el tratamiento adecuado a las infracciones de los menores de dieciocho años en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, se prevé la suspensión de la sanción si aquellos acceden a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades reeducativas”.

El Decreto 88/2022, de 12 de julio, de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, tiene por objeto regular el régimen de sustitución de sanciones previsto en el artículo 93 de la mencionada Ley, extiende la aplicación de las medidas alternativas a personas infractoras preferentemente hasta 25 años.

La Ley 10/2015, de 23 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas, cuyo objeto es la regulación de los espectáculos públicos y de las actividades recreativas que se desarrollen en el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como de las condiciones y requisitos que deben reunir los establecimientos públicos y espacios abiertos donde aquellos se celebren o realicen.

El Decreto 120/2016 de 27 de julio, por el que se aprobó el Reglamento general del juego en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

El Decreto 147/2018, de 16 de octubre el Observatorio Vasco del Juego, se establece este observatorio como servicio centralizado de información, estudio e investigación de la realidad del juego en la Comunidad Autónoma Vasca, para proporcionar a la Autoridad Reguladora del Juego una visión de conjunto del fenómeno a la hora de desarrollar e implementar sus políticas públicas.

Decreto 19/2022, de 8 de febrero, por el que se modifica el decreto por el que se aprueba el reglamento general del juego en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La Comunidad Autónoma de Euskadi tiene competencia exclusiva en materia de casinos, juegos y apuestas, con excepción de las Apuestas Mutuas Deportivas Benéficas de conformidad con el artículo 10.35 del Estatuto de Autonomía del País Vasco.

También se señala en el decreto que la regulación del juego debe llevarse a cabo desde el enfoque de Salud Pública como establece la Ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, en la que en su artículo 50, realiza un mandato al regulador del juego para prevenir las situaciones de juego problemático o patológico.

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, cuyo objeto es “promover y garantizar en el ámbito de la CAPV el derecho a las prestaciones y servicios de los servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal”, aunque no cita explícitamente la prevención al enunciar su objeto, sí se refiere a ella de una manera genérica, desde el enfoque comunitario y de proximidad, como modelo de atención al que alude en la propia exposición de motivos.

Ley 2/2022, de 10 de marzo, de Juventud.

La Ley Vasca de Juventud guarda coherencia con la ampliación progresiva de los conceptos y cometidos de la política de juventud y el Sistema de Juventud, así como con las transformaciones requeridas por la evolución del contexto social, y se articula sobre tres ejes: acompañar el proceso de maduración y desarrollo de las

personas jóvenes; promover su emancipación y tránsito a la vida adulta; y propiciar su participación social en todos los ámbitos, entre ellos, en el de la salud.

2.2 ESTRATEGIAS Y PLANES DE REFERENCIA

La diversidad y heterogeneidad de agentes e instituciones implicadas en el ámbito de las adicciones ha propiciado la existencia de numerosos planes y estrategias que van desde el marco europeo hasta lo local, constituyendo las bases estratégicas para el nuevo Plan Local de Adicciones de Ordizia.

Estrategia de la UE en materia de lucha contra las drogas 2021-2025 aprobada en el Consejo de Europa el 18 de diciembre de 2020, se articula en torno a tres ámbitos de actuación, que contribuirán todos ellos a la consecución de sus objetivos:

- I.) Reducción de la oferta de droga: mejora de la seguridad.
- II.) Reducción de la demanda de droga: servicios de prevención, tratamiento y asistencia.
- III.) Abordar los daños relacionados con las drogas. Asimismo, aborda tres temas transversales en apoyo de los ámbitos de actuación.
- IV.) Cooperación internacional.
- V.) Investigación, innovación y prospectiva.
- VI.) Coordinación, gobernanza y aplicación. En total, la Estrategia comprende once prioridades estratégicas.

En el ámbito de actuación de la reducción de la demanda de drogas, establece como objetivo perseguir mediante una serie de medidas de igual importancia, que se refuerzan mutuamente, la prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), la detección e intervención temprana, la orientación, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social y el restablecimiento.

En el ámbito de la reducción de la demanda de drogas, el objetivo de la Estrategia es contribuir al desarrollo sano y seguro de niños y jóvenes y a una reducción del consumo de drogas ilegales.

También tiene como finalidad posponer la edad de inicio del consumo, prevenir y reducir el problema del consumo de drogas, tratar la dependencia de la droga, prever la recuperación y reintegración social mediante un planteamiento integrado, multidisciplinar y empíricamente contrastado, así como a través del fomento y el mantenimiento de la coherencia entre la política social, de sanidad y de justicia.

Estrategia nacional sobre adicciones: 2017-2024 dentro del área de prevención y reducción del riesgo plantea como objetivos estratégicos:

- 10.1.1** Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción. Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
 - 10.1.2** 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.
- 2.3 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.
- 10.1.3** Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los

consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.

- 10.1.4** 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.
- 10.1.5** Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

Los principios rectores en los que se fundamenta la estrategia son la equidad, la perspectiva de género, la transparencia, la evidencia científica, la participación, la interseccionalidad y la interdisciplinariedad, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

Marco Estratégico 2021-2024. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. De cara a los próximos años, se plantea mejorar la atención a distintos colectivos con problemas de adicciones y necesidades específicas, e intensificar la intervención ante nuevas problemáticas (como, por ejemplo, las adicciones sin sustancia, las nuevas sustancias o canales de acceso). Es importante también continuar promoviendo una mayor conciencia social sobre el riesgo de las sustancias y de las conductas que pueden provocar adicciones, a través de la prevención comunitaria y ambiental en lo relativo a las sustancias más consumidas -alcohol, cannabis, tabaco y nuevos dispositivos de dispensación de nicotina, y a través del fomento de un ocio seguro y saludable. Asimismo, en colaboración con otras instituciones competentes, se desarrollarán medidas orientadas a reducir la prevalencia del juego patológico.

Estrategia de atención sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, el apartado de salud pública prioriza como objetivo LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO DE LA SALUD COMUNITARIA con el fin de que todas las personas tomen las decisiones más favorables para su salud, y para contribuir a generar entornos y comunidades saludables.

Estrategia de salud mental de Euskadi 2023-2028. Tiene como visión una sociedad inclusiva, solidaria y respetuosa con la diversidad, donde las personas con trastornos mentales puedan desarrollar su proyecto vital con plenitud. Marca como segundo eje estratégico “Fomentar la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales” y como quinta línea estratégica “La Salud Mental en la infancia y en la adolescencia”, priorizando la prevención y detección precoz de los síntomas y trastornos de salud mental en estas edades.

Estrategia Euskadi Libre de Humo de Tabaco, basada en la estrategia MPOWER de la OMS y diseñada para reducir la prevalencia del consumo de tabaco; su objetivo se centra en el fortalecimiento del sistema sanitario de Euskadi para que, entre sus actuaciones de promoción y prevención de la salud, incida en la prevención del tabaquismo y en la ayuda a la persona fumadora para el abandono del tabaco.

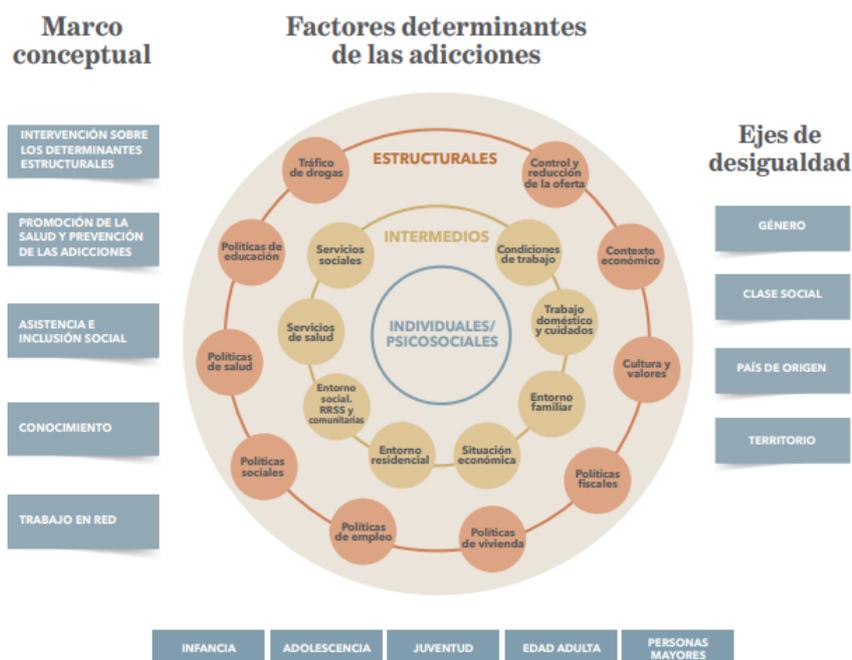
Plan de Salud de Euskadi 2030 aspira a liderar una Euskadi más saludable. Se apoya en los siguientes principios rectores: perspectiva del curso de la vida, salud en todas las políticas, reducción de desigualdades sociales en salud, perspectiva de género, una sola salud, protección de la salud ante las amenazas globales emergentes y enfoque participativo. Define como primer objetivo general “El logro de que los niños, niñas y adolescentes nazcan, crezcan y lleguen a su edad adulta con todo su potencial de salud”. El despliegue de ese objetivo lleva a objetivos específicos como “Promover hábitos de vida que favorezcan un desarrollo físico y emocional saludable de los niños, niñas y adolescentes y Prevenir riesgos para la salud física y emocional de los y las mismas” y a líneas estratégicas concretas como:

- Reforzar el rol promotor de la salud de los centros educativos que fomente la actividad física, la

alimentación saludable, la gestión del estrés y de las emociones, la gestión de la diversidad, el apoyo afectivo y sexual y que incluya procesos de detección precoz de situaciones de riesgo.

- Definir y desplegar programas para la reducción del consumo de sustancias y conductas con potencial adictivo.

El VIII plan sobre adicciones de Euskadi 2023-2027 pone el foco en la necesidad de hacer frente a los determinantes que configuran los comportamientos de la persona y son el origen de muchas de las desigualdades de salud. Estos determinantes son individuales, relacionados con factores genéticos, rasgos de personalidad; intermedios vinculados al entorno familiar, educativo social; y estructurales asociados a contexto socioeconómico y político. Este plan constata que las necesidades y las problemáticas cambian durante las diferentes etapas del desarrollo, por lo que las estrategias de intervención deben adaptarse, poniendo la mirada, por tanto, en la perspectiva del curso de la vida. Además, el VIII Plan busca que todas las personas cuenten con las mismas oportunidades para enfrentar el fenómeno de las adicciones siguiendo un principio de equidad.



Fuente: Elaboración propia en base al informe "Models of addiction" del European Monitoring Centre for Drug and Drugs Addiction (EMCDDA).

El VIII Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco se estructura en cinco objetivos, desplegados en diferentes líneas de actuación y acciones.

Otros planes de referencia:

- **Plan de acción para el fomento del juego responsable y la prevención del juego problemático en Euskadi**, en el eje 2 propone informar y sensibilizar a la población.
- **V Plan Joven de Euskadi 2022**, en el área de Salud Integral del eje 2 "Desarrollo", define como objetivo prevenir comportamientos de riesgo y/o adicciones (con y sin sustancia) en la juventud y retrasar la edad de inicio del consumo.
- **El VII Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAPV**, en el eje 1: promover el cuidado y el autocuidado y la salud de las mujeres en todas las edades.

3. DIAGNÓSTICO DE LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES

La fase diagnóstica previa a la elaboración del Plan Local de Adicciones está integrada por los siguientes elementos:

1. Datos sociodemográficos y recursos del municipio de Ordizia.
2. Valoración del nivel de realización de las acciones planteadas en el Plan Local de Ordizia anterior.
3. Datos epidemiológicos sobre los consumos de drogas y otros comportamientos adictivos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
4. Percepción sobre la situación de los consumos de drogas y las adicciones comportamentales en Ordizia y propuestas de intervención para el próximo plan de adicciones. Información recogida a través de entrevistas y grupos focales realizados a diferentes agentes sociales y comunitarios del municipio.

3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y RECURSOS DEL MUNICIPIO DE ORDIZIA

Ordizia, municipio situado en la zona meridional de Gipuzkoa, en el tercio superior del valle del río Oria, en la comarca de Goierri, pertenece al partido judicial de Tolosa.

3.1.1. Situación Demográfica

Según el EUSTAT, Instituto Vasco de Estadística, Ordizia tiene una población censada a fecha de 1 de enero de 2023 de **10.217 personas**, de las cuales 5.170 **son mujeres**, que representa un 50,60% de la población, y **5.047 son hombres**, que representan el **49,40%** de la población.

POBLACIÓN DE ORDIZIA	MUJERES	HOMBRES
10.217	5.170	5.047

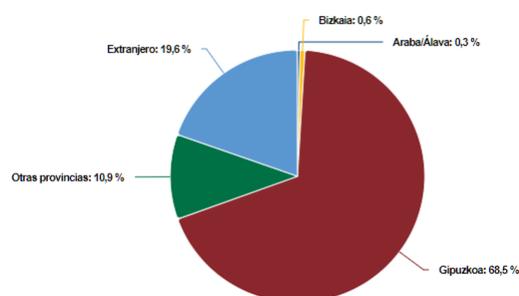
Edad	Total	Mujeres	Hombres
0 – 19 años	2.182,00	1.088,00	1.094,00
20-64 años	5.987,00	2.918,00	3.069,00
>= 65 años	2.048,00	1.164,00	884,00

Datos EUSTAT 2023.

3.1.2. Población migrante

Según el EUSTAT, a fecha de 1 de enero de 2023, el 19,91% de la población empadronada en Ordizia tiene como lugar de nacimiento países del extranjero.

≡ Población según lugar de nacimiento. 2023/01/01



Fuente: Eustat. Estadística Municipal de Habitantes 

Por áreas geográficas, destaca el peso de la población de Europa del Este, que supone el 51,43% de la población extranjera empadronada en el municipio, seguido de la población de Países del Magreb 11,75%; Resto de Africa 9,49%; América del Sur 9,34%; Resto de América 8,75%; Asia y Oceanía 6,69% y Resto de Europa 2,56%.

3.1.3. Población Euskaldun



Datos extraídos del EUSTAT

3.1.4. Tasa de Paro y Ocupación



3.1.5. Centros de educación y enseñanza

EDUCACION INFANTIL Y PRIMARIA	
CEIP Fray A. Urdaneta HLHI	Público
Jakintza ikastola	Concertada
EDUCACION SECUNDARIA y BACHILLER	

3.1.6. Recursos de ocio, deportivos, culturales y sociales públicos

RECURSOS DEPORTIVOS PÚBLICOS

Polideportivo Majori-Altamira

3.1.7. Recursos sociales y sanitarios públicos

RECURSOS SANITARIOS

CENTROS DE SALUD ORDIZIA

HOSPITAL DE REFERENCIA: [Zumarragako Ospitalea](#)

SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES - Ordizia

3.2 EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES PLANTEADAS EN EL II PLAN DE ADICCIONES DE ORDIZIA (2017- 2021)

En este apartado se realizará una evaluación de las acciones previstas en el II plan de adicciones de Ordizia (2017-2021 y prorrogado hasta el 2024), teniendo en cuenta los datos recogidos en las memorias anuales del departamento de bienestar social del Ayuntamiento de Ordizia. En este sentido, los parámetros utilizados para evaluar el plan de adicciones se basan en la revisión de la ejecución de las intervenciones planteadas, análisis de los hitos más importantes desarrollados en este periodo y el impacto en términos de cantidad de intervenciones e impacto en las personas destinatarias.

3.2.1 nivel de realización de las intervenciones planteadas en el plan local de adicciones de Ordizia 2017- 2021 y prorroga.

NIVEL DE REALIZACION DE LAS INTERVENCIONES PLANTEADAS EN EL PLAN DE ADICCIONES 2017- 2021			
EJE 1: PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD			
PROYECTOS Y ACCIONES PLANTEADOS EN EL PLAN	REALIZADAS	NO REALIZADAS	OBSERVACIONES
AMBITO EDUCATIVO			
Educación primaria			
Reuniones con los representantes de los centros escolares.			
Capacitación al profesorado para la prevención de las adicciones.			
Desarrollo de programas preventivos con el alumnado de primaria.			
Educación secundaria:			
Reuniones con los representantes de los centros escolares			
Ofrecer orientación y ayuda al profesorado.			

Capacitación al profesorado para la prevención de las adicciones.			
Desarrollo de programas preventivos con el alumnado de secundaria (consumo de drogas, nuevas tecnologías, juego, educación afectivo sexual, relaciones sexuales, ...)			
Realizar un diagnóstico de la realidad de los centros educativos.			
Protocolo de detección e intervención en situaciones de riesgo.			Se plantea revisar los sistemas de detección y coordinación existente para valorara las mejoras a implementar
ÁMBITO FAMILIAR			
Formación a las familias: escuela de padres y madres.			
Recoger necesidades y propuestas de las asociaciones de padres y madres para elaborar el programa formativo.			
AMBITO DE OCIO Y FESTIVO			
Realizar Prevención y sensibilización en fiestas.			
Análisis de sustancias en fiestas: "testing".			
Prevención del alcohol en fiestas: "botiltzar".			
Medición de la tasa de alcohol en fiestas: alcoholímetros.			
AMBITO COMUNITARIO			
Prevención a través de los medios de comunicación (radio y prensa local).			
Campaña de sensibilización de la policía local: realizar formaciones preventivas, intervención en los espacios de consumo donde están personas menores de edad, realizar rondas de vigilancia.			
Creación de la "Mesa de prevención".			
Programa de reducción del consumo de medicamentos.			Se traslada como acción a realizar en el presente plan
Proyecto para dejar de fumar a través del centro de salud.			Se traslada como acción a realizar en el presente plan
AREA DE JUVENTUD			
"Gaztetxokoa": realizar intervenciones específicas sobre las adicciones, realizar intervenciones adecuadas para jóvenes.			
Intervención en lonjas juveniles: realizar talleres específicos de prevención de drogas en lonjas, reunión con los grupos de las lonjas juveniles, establecer un sistema de representación en las			

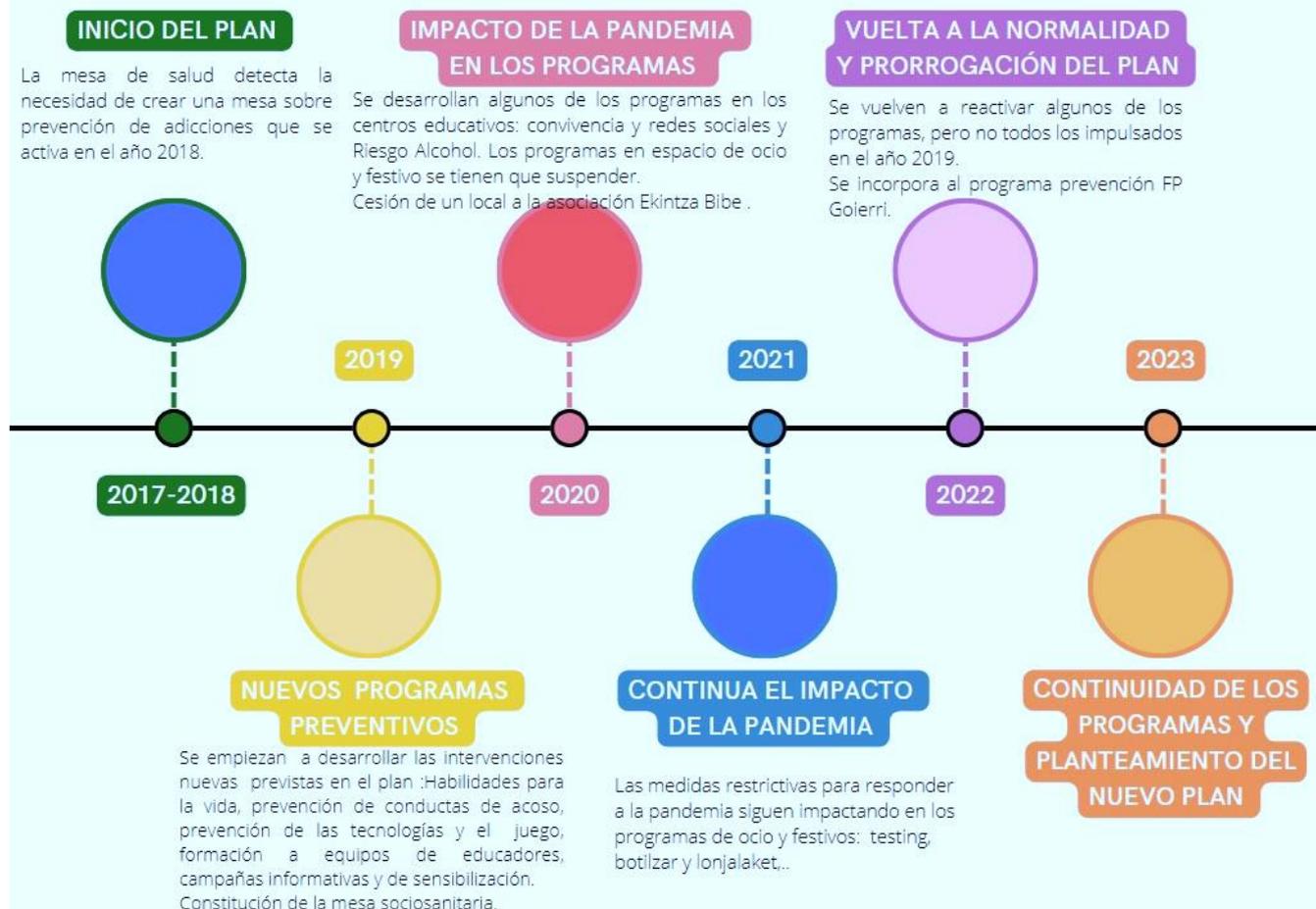
lonjas, realizar reuniones periódicas, planificar acciones en el pueblo.			
Intervención socioeducativa con menores en situación de riesgo o vulnerabilidad. Educación de calle.			
Medidas alternativas a la sanción por consumo de drogas para personas menores de edad.			Se traslada como acción a realizar en el presente plan
EJE 2: REDUCCION DE LA OFERTA			
Proyecto de sensibilización sobre la venta de tabaco, alcohol y juego a menores de edad: realización de reuniones de coordinación con hostelería, policía municipal y Ertzaintza; sesiones de información, carteles y campañas en eventos festivos.			
EJE 3: ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIO SANITARIA			
Ayudas económicas para el transporte a centros de tratamiento en adicciones.			
Coordinación sociosanitaria.			
EJE 4: GESTION DEL CONOCIMIENTO, FORMACION Y EVALUACION			
Desarrollar e implantar una sistemática de evaluación de los programas teniendo en cuenta la perspectiva de género: indicadores de evaluación			Se traslada como acción a realizar en el presente plan
EJE 5 LIDERAZGO Y COORDINACION			
Difundir, aplicar y desarrollar la nueva normativa sobre adicciones, así como VII Plan de adicciones de la CAE.			
Ampliar la mesa de prevención de adicciones			

A pesar de que se han llevado a cabo casi todas las intervenciones propuestas, no se han podido garantizar la continuidad de todas las acciones. La interrupción de algunos de ellas se debe, en parte, a la pandemia, mientras que en otros casos se relaciona con la priorización de intereses, demandas y ajustes en los presupuestos.

3.2.2 Hitos importantes del plan de adicciones 2017-2023

A continuación, se resaltan los hitos más importantes a lo largo del periodo de vigencia del plan:

HITOS IMPORTANTES DEL PLAN DE ADICCIONES 2017- 2023



En 2017, la mesa de salud, constituida un año antes, decidió crear una mesa de prevención para dar seguimiento al plan local de adicciones y comenzar a implementar las acciones propuestas en la Ley de Drogodependencias y Adicciones de la CAV. Sin embargo, no fue hasta 2018 cuando se formalizó la mesa de prevención.

En 2018, se priorizó el trabajo de prevención de drogodependencias en centros educativos, así como la intervención preventiva con menores en espacios festivos y de ocio, a través de programas como Testing, Botlizarra y Lonja Laket. También se inició el programa de dispensación responsable en colaboración con profesionales de la hostelería del municipio.

En 2019, se comenzaron a implementar nuevas intervenciones que respondían a las necesidades identificadas en el plan de adicciones. Ese año se desarrollaron programas enfocados en habilidades para la vida, prevención de conductas de acoso e intervenciones para promover un uso adecuado de las tecnologías, dirigidos a alumnado, profesorado y familias. Además, se organizaron varias campañas informativas para la ciudadanía en fechas conmemorativas. A destacar, la sesión informativa realizada sobre el juego patológico y el stand informativo en el Día Mundial Sin Tabaco. También se constituyó la mesa sociosanitaria para abordar la necesidad de coordinación entre diferentes áreas y profesionales que permita un enfoque global e integral de las intervenciones.

Los años 2020 y 2021 estuvieron marcados por las medidas restrictivas impuestas por la pandemia de COVID-19, lo que impactó en el desarrollo de las intervenciones preventivas. A pesar de ello, se mantuvieron algunas actividades en los centros educativos, como la prevención de “habilidades para la vida” y el programa de “convivencia y redes sociales”, así como el programa “riesgo de alcohol”. Sin embargo, los programas comunitarios y de ocio quedaron suspendidos hasta 2022, cuando se reactivó el programa “Testing” durante las fiestas patronales.

En 2023, se continuaron desarrollando intervenciones similares a las de 2022 y se planteó la necesidad de elaborar un nuevo plan de adicciones.

3.2.3 Nivel de actividad de las acciones preventivas

A continuación, se destalla el número de intervenciones preventivas relacionadas con la prevención de drogas, uso adecuado de tecnologías y prevención del juego patológico realizado con el alumnado de los centros educativos desde el año 2017 al 2023. Como se puede observar en el gráfico el número de intervenciones no es lineal y varía con los años. No obstante, si se observa un aumento de las intervenciones a raíz del año 2019.

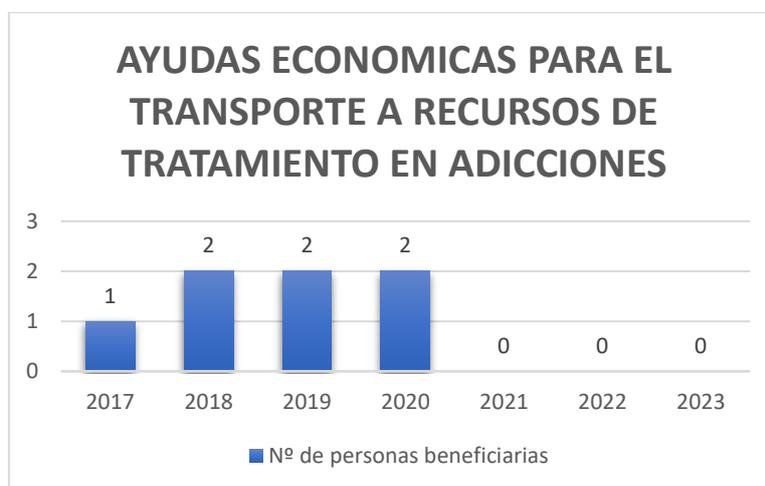


Datos extraídos de las memorias anuales del Departamento de Bienestar Social de Ordizia.



Datos extraídos de las memorias anuales del Departamento de Bienestar Social de Ordizia.

En cuanto a los programas de ámbito festivo y de ocio, el programa “testing” es el único que se mantiene a lo largo del tiempo. No obstante, el programa “botilzarra” dirigido a la prevención del consumo de alcohol en espacio festivo y “lonjalaket”, programa de prevención de drogas dirigido a jóvenes en espacio de lonjas se deja de realizar a raíz de la pandemia.



Datos extraídos de las memorias anuales del Departamento de Bienestar social de Ordizia.

En cuanto a las ayudas para el traslado a recursos asistenciales se han mantenido activas en los años de vigencia del plan, concediendo en este periodo 7 ayudas económicas.

3.3- SITUACIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS Y LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN LA CAE. ENCUESTAS E INFORMES DE REFERENCIA.

En el siguiente apartado se resumen los resultados de las encuestas disponibles sobre la situación de los consumos de drogas y otros comportamientos adictivos de la ciudadanía vasca. Las encuestas y estudios consultados han sido los siguientes:

- **Encuesta sobre adicciones de Euskadi 2023.** Encuesta promovida por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco que tiene por objeto proporcionar una panorámica sobre los consumos de drogas y las conductas potencialmente adictivas de la ciudadanía vasca de 15 a 74 años.
- **DROGAS Y ESCUELA X. Encuesta sobre uso de drogas entre escolares de la CAPV 2022** realizada por el Instituto Deusto de Drogodependencias y financiada por la Dirección de Salud Pública y Adicciones de Departamento de Salud del Gobierno Vasco, que tiene como objeto proporcionar información sobre las prevalencias de los consumos de drogas y otras conductas potencialmente adictivas en población vasca de entre 14 y 18 años
- **Estudio sobre la percepción social y hábitos de juego de la población vasca**, publicado en diciembre de **2019**, por el Observatorio del Juego.
- **Informe ejecutivo 2022 “Panorámica sobre mujer y juego”** realizado por el Observatorio Vasco del Juego.
- Informe ejecutivo sobre la **práctica del juego y las apuestas en la juventud de entre 18 y 30 años en Euskadi** realizado por el Observatorio Vasco del juego. (2021).

- Informe “Juventud y redes sociales. Hábitos de uso de la juventud de Euskadi en 2023” realizado por el Observatorio Vasco de la Juventud.

3.3.1 Situación del consumo de drogas en la ciudadanía vasca. Encuesta de adicciones 2023

A continuación, se exponen los principales resultados relativos a los consumos de drogas en la población vasca de 15 a 74 años:

La gran mayoría de la población vasca de 15 y más años **ha tenido contacto alguna vez con sustancias psicoactivas legales (91% alcohol, 69% tabaco)** y una creciente proporción ha probado también sustancias ilegales (un **39% el cannabis** y un **12,1% alguna otra sustancia ilegal**).

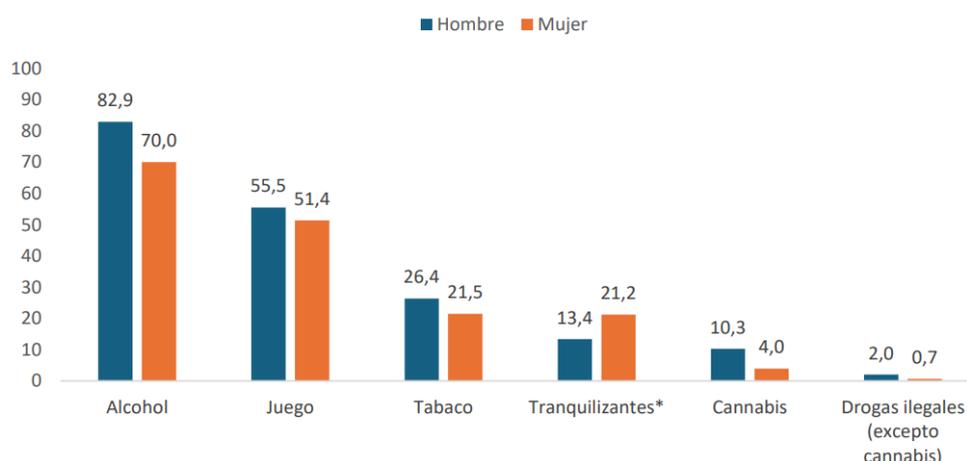
En comparación con la situación de hace cinco años, la prevalencia del consumo de **alcohol alguna vez en la vida se ha mantenido estable** y, en general, **ha crecido para el resto de las sustancias** (un **13%** de incremento en el consumo de **cannabis** y un **14%** en **otras sustancias ilegales**, con incrementos similares para hombres y para mujeres).

Con relación al consumo reciente (último año), un 70-80% de la población ha consumido alcohol, 20-25% tabaco, un 19% tranquilizantes y, un 7% cannabis.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses diferenciadas por sexo:

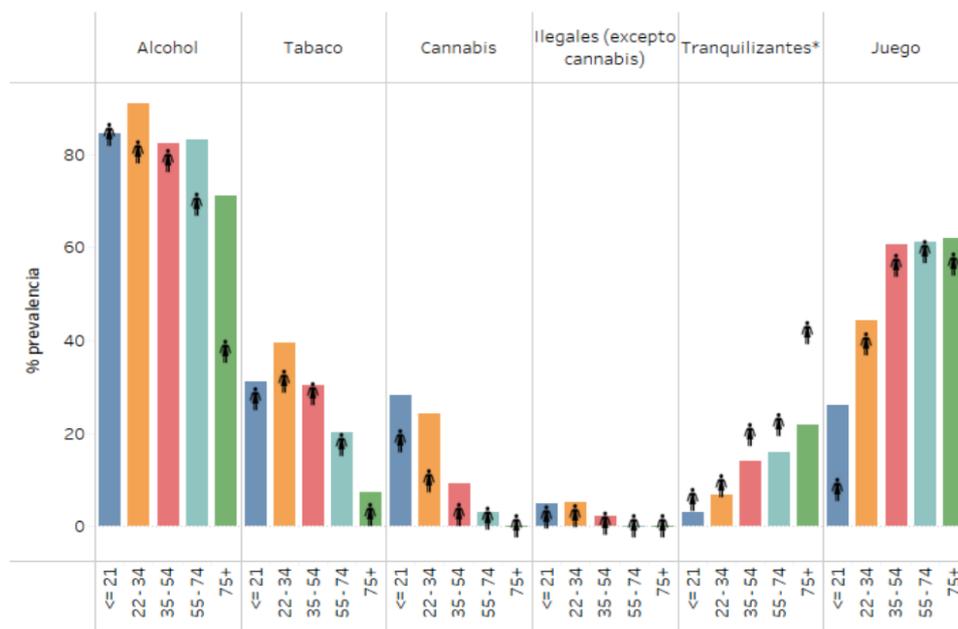
- Los hombres consumen más todo tipo de drogas (legales e ilegales) a excepción de los tranquilizantes, sedantes y/o somníferos (24% mujeres, 14% hombres).

Gráfico 1. Prevalencia en los últimos 12 meses del consumo de diversas sustancias psicoactivas por sexo. Población de 15 y más años de Euskadi, 2023.



Fuente: Encuesta sobre adicciones de Euskadi, 2023

Gráfico 2. Prevalencia en los 12 últimos meses del consumo de diversas sustancias psicoactivas por sexo y edad. Población de 15 y más años de Euskadi, 2023



Fuente: Encuesta sobre adicciones de Euskadi, 2023

Todos los consumos de drogas disminuyen progresivamente con la edad a excepción, de los tranquilizantes que aumentan en la población más mayor. En el caso del alcohol, la prevalencia crece durante la primera juventud, de manera que el valor máximo se da en el grupo de jóvenes adultos (22 a 34 años) y decrece progresivamente con la edad, aunque las prevalencias se mantienen altas incluso, entre las personas mayores.

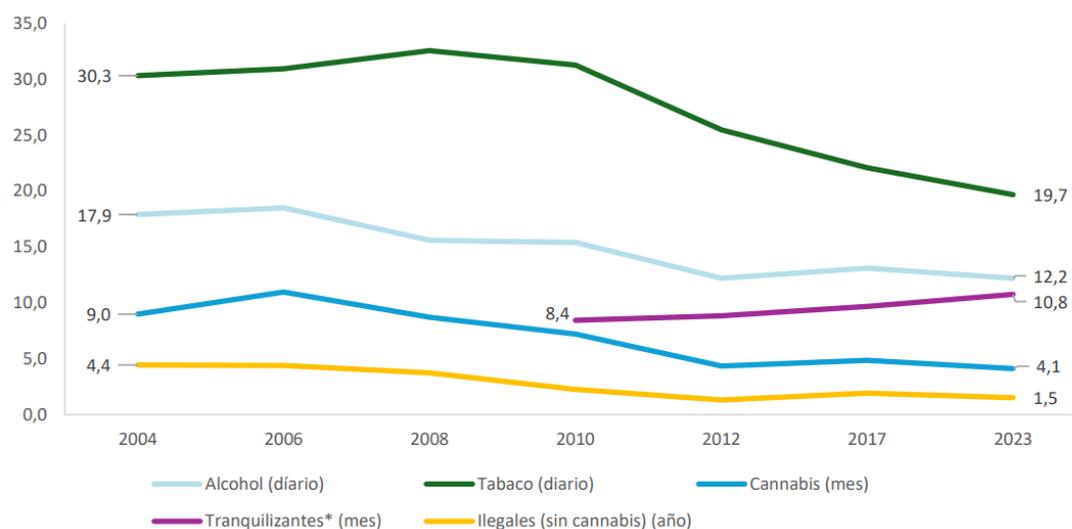
El consumo por parte de la población **mayor de 75 años es un dato de particular interés** puesto que es la primera vez, desde el inicio de la Encuesta sobre Adicciones de Euskadi, que se incluye este grupo. Cabe destacar, que las prevalencias de consumidores y consumidoras en el último año de las personas mayores de 75 años son muy diferentes a los de la población general adulta (hasta 74 años).

Algunos datos destacables con relación a la **población mayor de 74 años:**

- **El consumo se limita a las sustancias legales;** el consumo de sustancias ilegales, incluida el cannabis, es indetectable en la población general mayor de 75 años.
- Respecto al consumo de sustancias legales, la prevalencia de consumo en el último año de tabaco y alcohol es mucho más reducida entre las personas mayores (de 75 y más años), que entre la población general de 15 a 74 años. Las diferencias son muy importantes, especialmente entre las mujeres. Mientras 3 de cada 4 mujeres de 15 a 74 años han consumido alcohol en el último año, solamente una de cada tres mayores de 74 años ha bebido en el mismo periodo.
- En cambio, **un alto porcentaje de personas mayores (de 75 y más años) —especialmente mujeres— están en tratamiento con tranquilizantes, sedantes y somníferos,** duplicando al de la población general adulta hasta los 74 años. La prevalencia entre las mujeres de 15 a 74 años y de 75 y más años es respectivamente, 1,7 y 2,3 veces mayor que entre los hombres de la misma edad.

Evolución de las prevalencias de los consumos de las principales sustancias psicoactivas de la población de 15 a 74 años de Euskadi, 2004- 2023.

Gráfico 5. Evolución de los principales indicadores de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 15 a 74 años de Euskadi, 2004 - 2023



En los últimos 20 años, se observa una tendencia a la disminución del consumo de todo tipo de sustancias, a excepción de los tranquilizantes que aumenta su consumo 2,4% del año 2010 al 2023.

Consumo de alcohol

- Aunque las prevalencias del consumo de alcohol siguen siendo muy elevadas, **ha descendido el consumo de alcohol en todas las franjas temporales**, último año, último mes y a diario desde el año **2000 al 2023**. La reducción más significativa se observa en el **consumo diario de alcohol, pasando de 17,9% en el año 2004 al 12,2% actual**. No obstante, el consumo de bebidas alcohólicas a diario presenta grandes diferencias por grupos de edad, siendo la franja de 55 y 74 años los que más alcohol consumen.
- Sin embargo, analizando la evolución del consumo de alcohol en los últimos 20 años por edad y sexo, **se puede apreciar un aumento significativo del consumo de alcohol experimental y frecuente en mujeres de entre 55 y 74 años**, aumentando un 16,7% el consumo alguna vez en la vida, 13,6% en los últimos 12 meses y 10,2% últimos 30 días.

Consumo de tabaco

- Se observa un descenso del consumo de tabaco en todas las franjas temporales desde que se registran los datos en el año 1992, a excepción de la franja temporal alguna vez en la vida que el aumento es muy significativo, pasando de un 59,2% (1992) al 72,2% (2023). Ese aumento puede deberse, tal y como se recoge en la encuesta de adicciones, a los cambios realizados en la manera de preguntar en la encuesta.
- El consumo de tabaco diario presenta una tendencia creciente hasta el año 2008, pero cambia de tendencia a partir de ese año, con un descenso generalizado de la prevalencia del consumo diario. Únicamente el grupo de edad de 55 a 74 años, y principalmente en mujeres, se observa una

resistencia al cambio y mantienen una evolución al alza. La prevalencia actual del consumo de tabaco a diario se sitúa en 19,7%.

- Sin embargo, ha descendido el consumo de tabaco entre los hombres en todas las franjas de edad y rangos temporales, así como el consumo tanto de hombres como de mujeres de la franja de edad de 15 a 21 años.

Consumo de tranquilizantes

- Ha aumentado un 27% el consumo de tranquilizantes, somníferos y sedantes desde el año 2010. El incremento se observa en todas las franjas de edad, tanto en hombres como en mujeres. No obstante, son las mujeres a partir de los 55 las que más tranquilizantes y somníferos consumen.

Consumo de cannabis

Ha aumentado el consumo de cannabis experimental de alguna vez en la vida. No obstante, **ha disminuido el consumo de cannabis en los últimos 12 meses, y en los últimos 30 días**. La franja de edad en la que más consumo de cannabis se produce se sitúa de los 15 a 21 años. Si aumenta la edad, el consumo disminuye. Los hombres consumen más cannabis que las mujeres en todas las franjas de edad. **Un 1,5% (2,5% hombres, 0,6% mujeres) puede presentar un consumo de riesgo de cannabis y un 1% (1,7% hombres y 0,4% mujeres) una posible dependencia.**

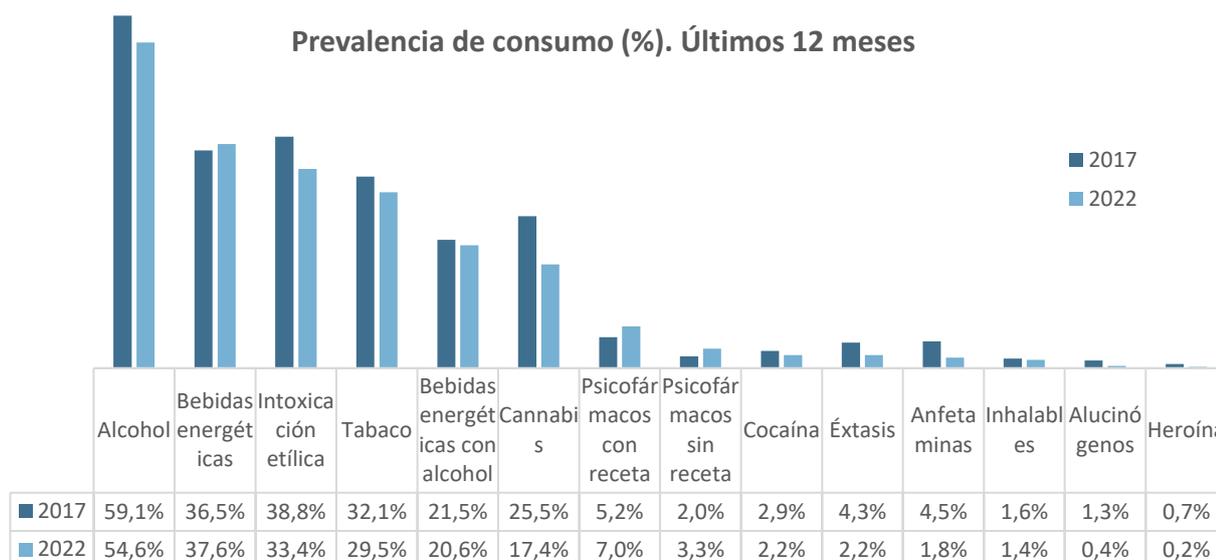
Otras drogas ilegales (no incluido el cannabis en los datos y porcentajes)

El 12,19% de la población ha probado alguna vez en la vida otras sustancias ilegales, el 1,32% en los últimos 12 meses y el 0,55 en los últimos 30 días. Los consumos más frecuentes (últimos 30 días) se producen más en la franja de edad de los **22 a los 34 años**. Los consumos son superiores en hombres que en las mujeres en todas las franjas temporales. Las sustancias ilegales habitualmente más consumidas (últimos 30 días) son **cocaína en polvo (0,46%), MDMD y similares (0,21%), el speed (0,16%)**.

3.3.2 Situación del consumo de drogas entre estudiantes de secundaria. Drogas y escuela X. 2022

Según la encuesta **Drogas y escuela X 2022, sobre** los consumos de drogas realizados por estudiantes de secundaria de 14 a 18 años de la CAV, hay que destacar lo siguiente:

Prevalencia de consumo (%). Últimos 12 meses



Tal y como se puede apreciar en el gráfico, la prevalencia del uso de sustancias entre el alumnado de Comunidad Autónoma de Euskadi **ha descendido en todas las sustancias, a excepción del consumo de bebidas energéticas con alcohol y psicofármacos (con y sin receta).**

El consumo de todas las **drogas ilegales está más extendido entre los chicos que entre las chicas**. En el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) las prevalencias son similares, mientras que con los psicofármacos sucede lo contrario, son más consumidos por las chicas.



El consumo de **tabaco** desciende en todas las series temporales consideradas y en todas las cantidades de consumo diario en comparación a los datos recogidos en el año 2017. El consumo de tabaco está más extendido entre los hombres, que entre las mujeres jóvenes.

El cigarrillo electrónico a través de la técnica de **“vapeo”**, lo realiza **un 15% de las personas** adolescentes, la mitad de las personas que consumen tabaco convencional, y su uso es más ocasional que diario.

Mientras que en el cigarrillo convencional se produce **una igualdad en el uso iniciático entre chicos y chicas**. En cuanto al electrónico, los varones muestran un consumo algo mayor; especialmente entre los que prueban, en el resto de las frecuencias de consumo las diferencias son mínimas



En cuanto al consumo de **alcohol**, desciende en todos los indicadores temporales en comparación con las encuestas realizadas en los años anteriores. **El 54,6% de la población encuestada ha consumido alcohol en el último año y el 39,5% durante el último mes.**

Uno de cada cinco **se ha emborrachado en el último mes y poco más de uno de cada cien lo ha hecho semanalmente**. El consumo de alcohol y los patrones de consumo de riesgo (intoxicaciones etílicas) aumentan con la edad y son similares entre chicos y chicas.

La evolución de **las intoxicaciones etílicas muestra una tendencia claramente reductora** según la

evolución desde el año 2006.



En cuanto a las **bebidas energéticas**, el **55% se ha iniciado en el consumo** de estos productos, algo más de uno de cada tres estudiantes lo han consumido en el último año, uno de cada cuatro lo consumen mensualmente y uno de cada treinta diariamente. **A los 14 años, más de la mitad del alumnado de secundaria ya ha probado las bebidas energéticas y a los 18 es cuando se alcanzan los niveles más elevados.**

Algunas personas consumen estos productos mezclados con el alcohol, lo cual agrava sus riesgos al mezclar dos sustancias con efectos contrarios, la cafeína como estimulante y el alcohol como depresor.

Consumen más los chicos que las chicas, a excepción de los consumos de bebidas energéticas mezcladas con alcohol donde las prevalencias son muy similares.



Se ha incrementado el consumo de **psicofármacos** con y sin receta en todas las series temporales y las frecuencias de consumo en comparación a las encuestas anteriores. **Es la cuarta droga de mayor prevalencia de consumo, con un 13,4% del alumnado que ha tomado este tipo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida.** En el caso de los psicofármacos, el consumo **es mayor entre las chicas que entre los chicos.**



El cannabis es la droga ilegal más consumida por el alumnado de la CAV. Sin embargo, desciende su consumo en todos los indicadores temporales en relación con años anteriores. **El 22,2% admite haber consumido cannabis en alguna ocasión, el 17,4% dice que ha consumido en el último año y el 10,9% dice haber consumido en los últimos 30 días.**

Los 17 años es una edad clave, ya que es la edad en la que casi se igualan los porcentajes de las personas que se han iniciado con el consumo con los no iniciados y, a partir de los 18 las personas que han probado el cannabis son mayoría.

Según las puntuaciones del CAST*, **el 18% de las personas consumidoras pueden tener un consumo problemático, lo que representa el 3,1% del total de estudiantes de la CAV.**

En cuanto a los **consumos de otras drogas ilegales como la anfetaminas, éxtasis y cocaína**, los consumos han descendido en todas las series temporales y en todas las frecuencias en relación con encuestas anteriores. Un 1,8% ha consumido anfetaminas en el último año, 2,2% cocaína y 2,2% éxtasis. El consumo de este tipo de drogas se realiza más por chicos que por chicas.

3.3.3 La práctica del juego de azar en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Según el último **estudio sobre la percepción social y hábitos de juego de la población vasca**, del año 2022 realizado por el Observatorio Vasco del Juego:

- El 76,6% de la población vasca reconoce haber jugado en los últimos 12 meses. En comparación con el estudio de Percepciones realizado en 2019, previo a la situación derivada de la COVID-19,

la tasa se eleva 10 puntos.

- La franja de edad de 45 a 64 años es al que más personas jugadoras concentra (85,2%) y la franja de 18 a 29 años la que menos (55,2%).
- Las Loterías y Apuestas del Estado son, con diferencia, el juego más extendido entre la población de Euskadi, seguido de los juegos de la ONCE.
- La Lotería es el principal juego de la juventud (29,9%), pero son las apuestas deportivas el que marca la diferencia con el resto de los grupos de edad.
- El 20% señala que tuvo su primer contacto con los juegos de azar siendo menor de edad. La proporción es mayor entre los hombres que entre las mujeres, y también entre los colectivos más jóvenes que entre los de mayor edad.
- El 3,7% de la población vasca jugadora admite que, al menos en alguna ocasión, el juego le ha causado problemas económicos y/o sociales.
- El 59% de las personas encuestadas afirma que existe algún establecimiento dedicado al juego cerca de su domicilio.

3.3.4 Según el informe ejecutivo 2022 “Panorámica sobre mujer y juego” realizado por el Observatorio Vasco del Juego

- El porcentaje de personas jugadoras ha aumentado casi 10 puntos porcentuales desde 2019 hasta 2022. Este aumento ha sido mayor entre ellas que entre ellos.
- Tradicionalmente, ha sido una práctica llevada a cabo por los hombres, pero las mujeres alcanzan una prevalencia similar a la de los hombres en determinados juegos como la lotería o los cupones de la ONCE.
- No obstante, el juego online ha aumentado entre los hombres y ha disminuido entre las mujeres. Ha pasado del 2,7% al 5,2% en hombres, y ha disminuido 4 décimas pasando del 1,5% al 1,1% en mujeres.
- De las personas que acuden a asociaciones a solicitar ayuda, el 89% son hombres, frente al 11% de mujeres.

3.3.5 La práctica del juego de azar en la población juvenil de 18 a 30 años de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El último informe ejecutivo (2021) sobre la práctica del juego y las apuestas de 18 a 30 años en Euskadi destaca que la mayoría de las personas jóvenes, el 52,5%, no ha jugado ni apostado nunca, frente al 47,5% de la juventud de entre 18 y 30 años que sí ha jugado alguna vez en la vida.

Entre las personas jugadoras:

- Una de cada cuatro ha jugado en el último año.
- El 31,8% se inició en el juego siendo menor de edad y en compañía de amistades o familiares. De hecho, el 78,6% de la juventud encuestada recuerda haber visto a sus familiares jugar cuando aún eran niños o niñas.
- Juegan para ganar dinero, divertirse, estar con sus iguales y como una actividad o forma de ocio.
- El número de jugadores hombres casi dobla al de jugadoras mujeres.

- Los hombres juegan más frecuentemente y gastan más dinero que las mujeres.
- Aunque el juego online está en auge, las cifras revelan que la juventud sigue decantándose por el juego presencial, que concita al 69,1%, frente al 10,1% que juega online y el 20,8% que combina ambas modalidades.
- Prefieren el juego presencial, por la existencia de locales físicos, como forma de socializar, de manera que casi el 60% juega en grupo o con alguna amistad.
- El 9,4% de quienes juegan presencialmente lo hacen con alguna persona de su familia.
- Los juegos presenciales más escogidos son, por este orden, la lotería (27,1%), las apuestas deportivas (17,5%) y los casinos (16,9%).

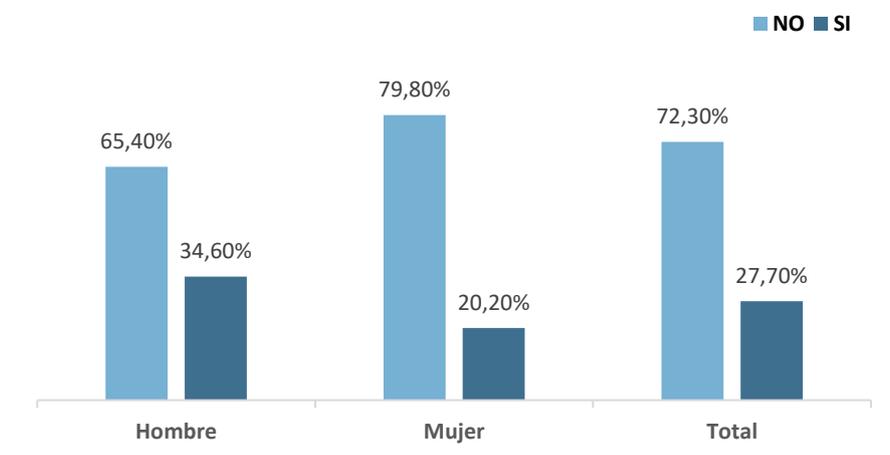
Juego patológico:

Según la escala DSM (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*).

- El 3,2% de la población joven de 18 a 30 años de Euskadi podría presentar algún tipo de riesgo con el juego.
- Principalmente hombres. No se detecta problemática de juego en las mujeres de esa edad.
- La horquilla de edad más propensa a la patología es la de 23 a 26 años.

3.3.6 La práctica del juego de azar en la población estudiante de entre 14 y 18 años de la comunidad autónoma del País Vasco. Drogas y escuela X. 2022

Ha jugado dinero en los últimos 12 meses



- La mayoría del alumnado encuestado, **el 72,30%, NO practica actividades de juego con dinero. El 27,7%, en cambio, ha jugado con dinero en los últimos 12 meses.** Los chicos tienen una mayor prevalencia de juego que las chicas en el último año. **36,4% de los chicos frente al 20,2% de las chicas.**
- Juegan sobre todo a las apuestas deportivas y las tragaperras, y, en menor medida, a cartas con dinero y a los juegos online.
- Según las puntuaciones del **SOGS-RA*** de las personas jugadoras menores de edad, **un 4,3% pueden tener un juego de riesgo mientras que el 5,7%, pueden presentar un juego**

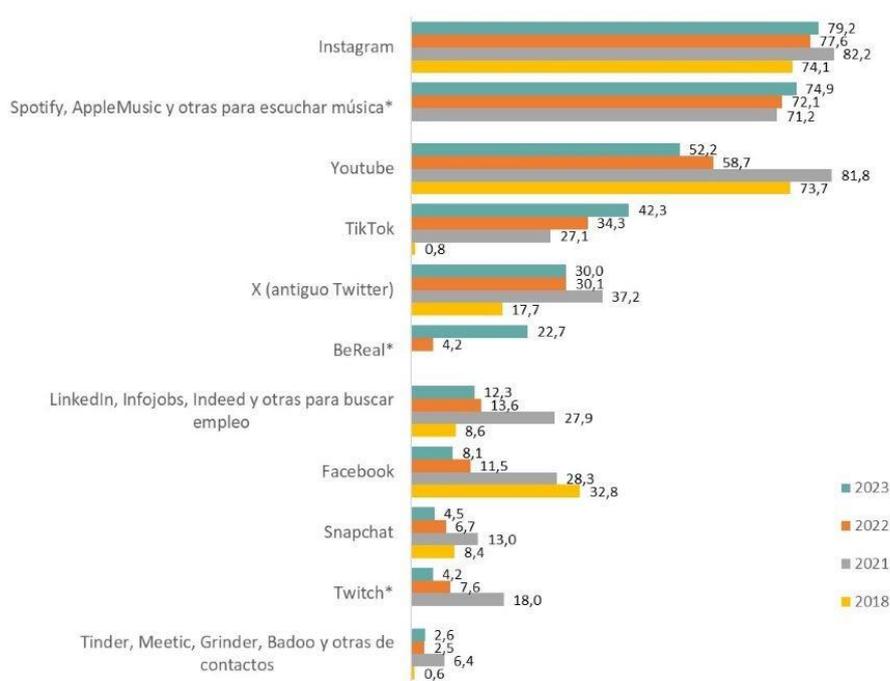
problemático.

- La prevalencia de personas jugadoras problemáticas a esta edad es superior en comparación con los valores registrados por ESTUDES (2021) y también mayor que la prevalencia del juego en la Unión Europea (2019).

3.3.7 El uso de las redes sociales en la población juvenil de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Según el informe 'Juventud y redes sociales. Hábitos de uso de la juventud de Euskadi en 2023' realizado por el observatorio vasco de la juventud con población de 15 a 29 años:

- Ha aumentado el porcentaje de jóvenes que dicen utilizar tres o más redes sociales a diario (72 % en 2023). La red social más utilizada diariamente por las personas de 15 a 29 años es Instagram, mientras que TikTok y BeReal son las que más han crecido en uso diario respecto al año anterior.



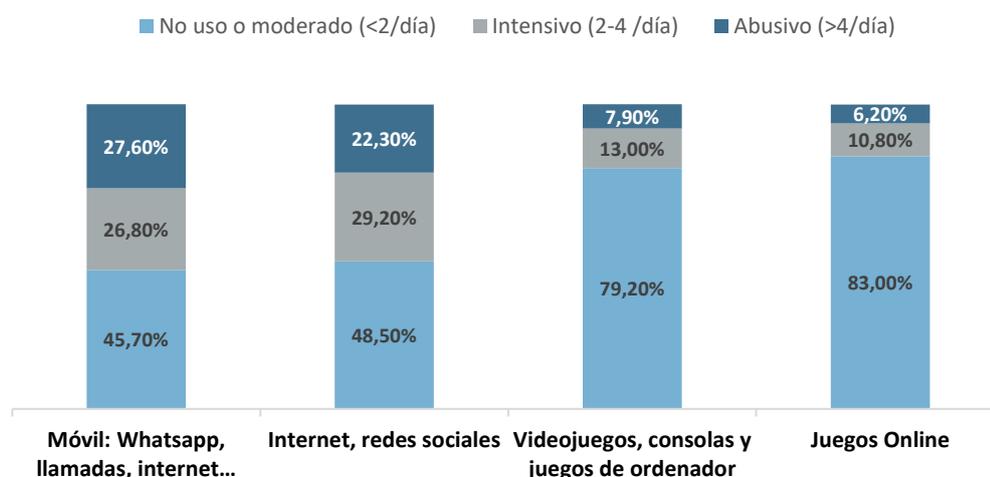
* No hay datos relativos a estas redes sociales en todos los años analizados. Además, en 2021 solo se preguntó por Spotify (no se incluyeron otras opciones para escuchar música) y 2023 es la primera vez que se ha preguntado específicamente por BeReal (en 2022 se mencionó de forma espontánea).

- Seis de cada diez personas jóvenes siguen de forma habitual a algún o alguna influencer, youtuber o gamer (61,7 %) y una de cada diez (9,5 %) crea contenidos en Internet. Los más activos en la creación de contenidos son los hombres de 15 a 19 años, cuyos contenidos están relacionados principalmente con los videojuegos.
- Una de cada tres mujeres jóvenes (36,3 %) se ha sentido alguna vez acosada en las redes sociales por alguien que le enviaba mensajes de forma continuada, le hacía comentarios desagradables, le insultaba o le amenazaba. Entre los hombres jóvenes el porcentaje es menor (22,6 %). Además, el 23,8 % de las mujeres señala que en algún caso el acoso vivido en las redes sociales era de carácter sexual (frente al 7,4 % de los hombres).

Según la encuesta Drogas y escuela X 2022 realizada con estudiantes de secundaria de 14 a 18 años:

- El móvil (mensajería instantánea, llamadas e internet) y las redes sociales son la principal tecnología usada por los y las estudiantes como medio de diversión y ocio. Respecto a los usos de las tecnologías de la información y relación, **más de la mitad del alumnado tiene un uso intensivo o abusivo del móvil y de las redes sociales.**
- Por el contrario, **los juegos en las consolas y los ordenadores, así como los juegos practicados on-line son los que menos se utilizan cotidianamente.**

Horas que dedica a estas actividades los días laborales



Según las puntuaciones del Cuestionario Uso problemático de Internet y móvil (Carbonell et al 2012) * del alumnado total, un 18,8% refiere problemas ocasionales y un 4,3% problemas frecuentes.

3.4- SITUACIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS Y LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES PERCIBIDA EN ORDIZIA.

El objetivo de este análisis es recopilar información cualitativa sobre la salud, el consumo de drogas y las adicciones comportamentales en el municipio. Esta información busca reflejar las percepciones y necesidades tanto de la ciudadanía como de los equipos profesionales, con el fin de abordar los desafíos actuales y futuros en el ámbito de la salud y las adicciones.

Los resultados obtenidos se basan en las opiniones y percepciones subjetivas de los participantes, lo que implica que no necesariamente representan una realidad objetiva del municipio. Sin embargo, ofrecen una visión integral, diversa y actualizada que facilita una mejor comprensión del fenómeno y permite adaptar las intervenciones a la realidad identificada.

Para la recolección de información, se ha priorizado la participación comunitaria, asegurando la representación de diversos agentes sociales y comunitarios del municipio. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión que incluyeron a personal técnico y político del ayuntamiento, así como a profesionales de los ámbitos social, sanitario, educativo, cultural, deportivo y de seguridad ciudadana. También participaron

representantes de centros educativos, familias, personas jubiladas, hostelería, asociaciones relacionadas con el ocio, el deporte, la cultura, la convivencia y la diversidad, así como organizaciones que atienden a personas con adicciones.

En total, se realizaron 7 entrevistas presenciales con personal técnico y político del municipio y 4 grupos de debate enfocados en los ámbitos social, sanitario, educativo y de la tercera edad. Además, se facilitó un cuestionario en línea para aquellas entidades y personas que no pudieron asistir a los grupos de discusión o entrevistas programadas.

Las entrevistas, los grupos de debate y el cuestionario online se llevaron a cabo entre febrero y marzo de 2024, con la participación de un total de 27 personas (17 mujeres y 10 hombres).

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes obtenidos de los grupos de discusión, las entrevistas y el cuestionario en línea, organizados en los siguientes bloques temáticos:

1. Percepción de la ciudadanía sobre los factores de riesgo y protección que influyen en la salud de la población.
2. Situación actual del consumo de drogas y conductas potencialmente adictivas (como juegos de azar, apuestas, uso de tecnologías y videojuegos) desde una perspectiva comunitaria e integral.
3. Conocimiento sobre el itinerario y los recursos disponibles en el municipio para orientar a personas con posibles problemas de adicción.
4. Evaluación del impacto y proyección del servicio municipal de adicciones, así como la valoración de sus programas y proyectos.
5. Aportaciones, sugerencias y propuestas de mejora para el nuevo plan municipal de adicciones.

3.4.1. Percepción de la ciudadanía sobre los factores de riesgo y de protección

FACTORES DE PROTECCIÓN

El deporte y la cultura

La diversidad y cantidad de oferta deportiva y cultural existente en el municipio, unido a la práctica de deporte como hábito generalizado en la población, se considera un factor de protección que define la identidad del municipio de Ordizia. Aun así, se identifican matices interesantes que se deben de contemplar y analizar, como las diferencias detectadas en la práctica de deporte en función del género, la cultura o la situación socioeconómica de las familias. En general, se tiene la percepción de que los hombres practican más deporte que las mujeres, pero esta brecha es mayor en la medida que aumenta la edad. También se observan diferencias en la práctica deportiva entre las personas autóctonas y de otras procedencias, siendo menor en estas últimas.

Con relación al deporte escolar, como oferta gratuita para la población infantil, es una práctica extendida y consolidada en el municipio. No obstante, a partir de los 12 años, el deporte escolar se convierte en deporte federado con un coste económico importante, lo que dificulta que algunas personas adolescentes continúen con la práctica deportiva.

Se entiende que el deporte es un elemento imprescindible para la salud física y mental, pero también un elemento cohesionador que facilita la socialización y la integración de la ciudadanía.

Diversidad poblacional

La propia ciudadanía de Ordizia se define como diversa y multicultural, en la que más de un 20% de la población es nacida en el extranjero, mayoritariamente procedentes de Europa del Este, Países del Magreb y el resto de África. y, en menor medida, procedentes de América del sur, resto de América, Asia y Oceanía y el resto de Europa.

La diversidad cultural y religiosa de la población de Ordizia se vive y se valora como un elemento enriquecedor, que le aporta una idiosincrasia única al municipio.

No obstante, esta realidad no está exenta de dificultades y de retos para el consistorio, que necesita abordar las políticas y los sistemas públicos del municipio de manera integradora. En este sentido, se identifican algunas áreas para reflexionar:

Las escuelas y el deporte escolar en la etapa infantil se identifican como espacios que favorecen la interrelación y la convivencia entre personas de diferentes culturas. No obstante, es en la enseñanza secundaria obligatoria cuando se identifica un momento crítico de ruptura de relaciones entre personas adolescentes autóctonas y de otras procedencias. Este hecho, está generando problemas en la socialización de las personas adolescentes de procedencia extranjera con un sentimiento de soledad no elegida, aislamiento y no pertenecía a ningún grupo.

Población mayor activa y participativa

Se detecta una población mayor muy implicada y participativa en la vida comunitaria, con una gran capacidad de promover iniciativas comunitarias que integren a todas las franjas de edad y culturas. Se considera a las personas mayores como un valor importante en el municipio a cuidar y promover. No obstante, la propia población mayor demanda un mayor acompañamiento del Ayuntamiento en los procesos e iniciativas comunitarias.

Municipio con recursos socioculturales, deportivos, de ocio y de salud

Las propias personas entrevistadas identifican la disponibilidad de recursos sociales, culturales y de ocio, como un factor de protección que fomenta la salud de la ciudadanía, No obstante, en este sentido, se identifican elementos a mejorar o propuestas a implantar:

- La necesidad de generar una ludoteca o gaztetzoko para población infantil menor de 12 años.
- Facilitar el acceso a las personas adolescentes vulnerables, el acceso a la oferta deportiva y cultural.
- Fomentar alternativas de ocio para jóvenes, que fomenten su participación y autogestión.
- Ampliación de los servicios de salud mental de la comarca.
- Implantación servicios específicos de atención a las adicciones en el municipio.

Modelo de intervención comunitaria

La trayectoria de Ordizia en el desarrollo de programas e iniciativas centradas en un modelo comunitario y participativo se considera como un valor cultural a proteger e impulsar. Se valora como un modelo valido para

responder a las necesidades actuales de la ciudadanía, pero que necesita una mayor dotación de recursos técnicos y económicos.

Asimismo, la puesta en marcha de diferentes estructuras de coordinación y trabajo en red, reafirman el interés y el valor que se le otorga en el municipio al trabajo comunitario.

Se identifica la cantidad de programas comunitarios y la consolidación de las estructuras de coordinación, como un factor de protección en sí mismo.

FACTORES DE RIESGO

La estructuración geográfica y las barreras arquitectónicas

La propia configuración de Ordizia, con un núcleo urbano y una periferia con en barrios aislados, no facilita la movilidad, ni la cohesión comunitaria.

Por otra parte, algunos de los recursos municipales como el polideportivo, están situados en lugares aislados y poco accesibles. También se identifican otras barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad y, en definitiva, la salud. Entre ellas, se destacan, la conservación de los “bidegorris” y las carreteras, así como la escasez de luz en algunas zonas.

Modelo de socialización

Se detecta un **modelo de socialización actual centrado en el consumo**, y en particular, **en el consumo de alcohol**. Esta situación, dificulta los procesos de socialización de las personas que, por sus convicciones personales, culturales o religiosas, o por su situación económica o de salud, no pueden o no quieren consumir. Es un modelo de socialización consumista y excluyente que impera en el municipio, dejando muy poco espacio a otras alternativas de socialización.

Preocupa la **sociedad de consumo** en la que estamos inmersos, cuyos valores se basan en el éxito económico y la adquisición de bienes materiales. Sin embargo, la distancia entre el éxito y la posibilidad real de alcanzarlo cada vez es mayor. Es un fenómeno que se retroalimenta a través de las redes sociales, generando una espiral de frustración y malestar emocional, que conlleva un mayor riesgo entre los colectivos más vulnerables.

Por otro lado, se expresa la preocupación por la creciente presencia de teléfonos móviles y redes sociales en edades muy tempranas, lo que está transformando los procesos de socialización y comunicación durante la infancia y la adolescencia. Esta situación puede dar lugar a situaciones de exclusión dentro de los grupos de referencia. Las personas que no cuentan con un teléfono móvil ni acceso a redes sociales enfrentan serias dificultades para comunicarse e integrarse en sus grupos de iguales. Además, parece que quienes no están presentes en las redes sociales son percibidos como invisibles, lo que representa un desafío significativo durante la etapa de la adolescencia.

Por último, se extrae que **estamos inmersos en un modelo de sociedad que prima los valores competitivos** frente a los cooperativos, educando en el individualismo frente a lo colectivo con un impacto directo en la salud mental, en la exclusión social y en la soledad no deseada.

Modelo de ocio y festivo

Se ha detectado una preocupación por el **modelo de ocio y festivo que se promociona en el municipio centrado en la hostelería, las ferias y las fiestas, donde el consumo de alcohol es el eje vertebrador**. Preocupa por los valores, formas de socialización y modelos culturales y sociales que se está transmitiendo a la infancia y juventud del municipio, así como por el impacto en la salud de la ciudadanía.

Por otra parte, se aprecia un malestar por la proliferación de las terrazas de los bares y la transformación del espacio público para la promoción del consumo de alcohol.

En este sentido, se demanda la necesidad de hacer una reflexión sobre el uso del espacio público y el modelo de feria y fiestas que se quiere proyectar para fomentar la salud pública.

3.4.2. Situación de los consumos de drogas y las conductas potencialmente adictivas

PERCEPCION SOBRE LA REALIDAD DE LOS CONSUMOS DE DROGAS

Existe una percepción de que el consumo de drogas en Ordizia, especialmente el relacionado con el **alcohol, tabaco y el cannabis, es una práctica normalizada y extendida en el municipio**. También se detecta una bajada en la percepción del riesgo y un aumento de la experimentación de otro tipo de drogas ilegales como la cocaína, speed y MDMA. En este sentido, preocupa la detección de comportamientos de riesgo relacionados con los consumos de drogas a edades muy tempranas y la facilidad con la que se accede a la compra y al consumo de drogas.

Existe una sensación generalizada de que **ha bajado la edad de inicio** en el consumo de drogas, de manera que, se dan más conductas de riesgo entre las personas adolescentes. **“Se inician en el consumo a través de las drogas socialmente aceptadas, como el alcohol y el tabaco”**.

Se comenta que **la forma de consumir alcohol por parte de menores de edad ha cambiado en los últimos años. Se aprecia una mayor ingesta de bebidas alcohólicas de alta graduación en un periodo corto de tiempo**. En los últimos años también se ha detectado un aumento del consumo de bebidas energéticas a edades muy tempranas o el consumo de éstas mezcladas con alcohol.

A diferencia de años anteriores, se tiene la percepción de que **Ordizia ha dejado de ser un municipio atractivo para la fiesta de fin de semana, a excepción, de algunas festividades concretas como “Bosco Eguna” o “la matutina”**. Estos días festivos se viven y aceptan en el municipio como rituales de iniciación a la fiesta y a la socialización a través del consumo de alcohol. Se sitúa la edad de los 15 años como etapa socialmente aceptada para participar en estos actos festivos propios del municipio.

Se aprecian matices importantes de las consecuencias y riesgos del consumo de drogas en función de la cultura y la religión. Algunas culturas o religiones no validan el consumo de drogas, lo que puede suponer una limitación en la socialización y en la integración, sobre todo en la fase adolescente. También supone una dificultad para la detección de un consumo problemático o para la asistencia a un recurso de tratamiento, por el estigma que puede suponer en su grupo de referencia cultural o religioso.

También se observan cambios en los espacios de consumo en función de la edad y del género. A mayor edad, los hombres consumen más en espacios públicos, y las mujeres, en privados. **En personas jóvenes los**

espacios de consumo son similares entre hombres y mujeres, pero la percepción del riesgo que tienen las mujeres y las consecuencias reales, tanto en espacios públicos como en privados son más y más gravosas para estas. Las consecuencias percibidas no tienen tanto que ver con el consumo de drogas, sino con el miedo a situaciones de acoso o agresiones sexuales.

Se destaca que los consumos de las mujeres mayores están más invisibilizados, ya que se realizan en espacios privados y, por tanto, son más difíciles de detectar y entrar en itinerarios de intervención. **En general, las mujeres llegan más tarde a los recursos asistenciales con un deterioro mayor y con una menor adherencia al tratamiento.**

Por otra parte, se observa un consumo **de cannabis diario, normalizado y extendido en población entre los 15 y 45 años**, principalmente hombres, pero con un aumento progresivo de mujeres consumidoras de cannabis de entre 16 y 20 años. El CBD como cannabinoide, se ha puesto de moda entre las personas consumidoras, pero se utiliza principalmente con una finalidad de deshabitación cannábica. No obstante, y en comparación a años anteriores, el consumo de cannabis en población joven parece menos apreciable en la calle, en las salidas de los centros educativos y en las lonjas.

Aun así, preocupa el consumo de cannabis a edades tempranas por su relación **con la enfermedad mental.**

También se detecta un consumo preocupante **de psicofármacos** en personas adolescentes y jóvenes y entre las mujeres de todas las edades. Por una parte, se señala como motivo del consumo, la excesiva medicalización que se realiza a las mujeres basada en una mirada androcéntrica de la medicina y de los estudios científicos sin profundizar realmente en las causas del malestar. Y por otra, la poca tolerancia a la frustración y al malestar y la necesidad de resolver los problemas de manera rápida. Independientemente de los motivos para tomar psicofármacos, existe un consenso generalizado entre la población entrevistada sobre el deterioro de la salud mental en toda la población.

PERCEPCION SOBRE EL USO DE LAS TECNOLOGIAS DE LA RELACIÓN, INFORMACION Y COMUNICACION (TRIC) Y LOS RIESGOS ASOCIADOS

El uso excesivo y los riesgos relacionados con las tecnologías de la relación y de la información (TRICs) es hoy en día uno de los temas que mayor preocupación social está generando y ha generado en el debate. En este sentido, se señala a la pandemia como un hito importante que marca un antes y un después en el uso de estas tecnologías, aunque previamente ya se venían observando problemáticas derivadas de su uso excesivo o mal uso.

Un uso que se ha extendido a todas las edades, géneros, clases sociales, culturas y religiones y donde no existe diferenciación entre un uso para la vida privada, laboral o académica. Se tiene la sensación de vivir en un mundo cada vez más tecnologizado, ya sea por decisión propia, o por exigencias externas, sin ser conscientes de los riesgos reales que puede conllevar.

También se ha señalado que el uso masivo de internet y las redes sociales ha generado una falsa sensación de tener una población adolescente informada, pero que en realidad se está frente a una población más vulnerable que nunca, con escasos referentes positivos, con mucho ruido informativo poco fiable y con pocas herramientas críticas para discernir lo que es real de lo que es falso.

No obstante, se detecta una mayor concienciación sobre la necesidad de abordar y regular este tema para

limitar los riesgos y generar una relación más saludable con las tecnologías de la relación y la información. Las familias y el sistema educativo coinciden en la corresponsabilidad educativa para un uso saludable de las tecnologías, pero ambos sistemas manifiestan dificultades para ello. Los centros escolares denuncian que todo se delegue en la escuela y las familias, insisten en las dificultades para abordar este tema en el ámbito privado.

Preocupa con relación a este tema varias cuestiones:

- La poca sensibilidad y escasa percepción del riesgo que se tiene sobre este tema entre la población adulta como referentes y modelo educativo de las personas menores de edad.
- El acceso y la disponibilidad a los recursos tecnológicos a edades muy tempranas. Además, ese acceso, en muchas ocasiones se realiza sin control ni supervisión de la figura adulta de referencia.

Las propias familias, se definen como los principales agentes preventivos en la educación del uso responsable de las pantallas, pero con la sensación de estar cada vez más desorientadas en este tema. Se sienten solas y con pocas herramientas para establecer límites y normas en el uso, así como ejercer una educación y supervisión responsable.

Con relación a las personas adolescentes, preocupa: el uso excesivo de las tecnologías, el acceso a contenidos inapropiados como la pornografía o contenidos violentos, la baja percepción de riesgo en relación al contenido propio y ajeno que se comparte en las redes y el escaso contenido en euskara disponible.

Se detecta una sobreexposición y exhibición de la vida privada e íntima en las redes sociales que conlleva problemas de seguridad, privacidad y acoso, además de afectar a la salud psicológica y emocional de las personas jóvenes. “Si no tienes redes sociales no existes dentro del mundo joven”. Tienen la necesidad de exhibir de manera constante en la red una vida privada edulcorada e idealizada con el objetivo de recibir recompensas en formato “likes”.

La autoexigencia de mostrar una vida privada idílica, junto a la necesidad de reconocimiento social por el contenido compartido en la red, están generando altas dosis de frustración y un vacío existencial que se está traduciendo en problemas de salud mental.

Existe un consenso generalizado sobre la necesidad de buscar un equilibrio en el uso de las pantallas en todos los ámbitos (familiar, educativo, privado, ...) y que la educación y regulación (legalidad) se debe de realizar de manera global, integral y con corresponsabilidad de todos y todas.

PERCEPCION SOBRE LA SITUACION DEL JUEGO Y LAS APUESTAS

Con relación a los juegos de azar y apuestas, señalan como un momento importante por lo que supuso de rechazo social y preocupación para la ciudadanía, la implantación de un local de juego en el municipio, situado cerca de un centro educativo y con tránsito diario de menores. Salón de juego, que en sus inicios supuso un foco de conflictividad, pero que en la actualidad la situación se define como más tranquila.

En cuanto al perfil de personas que acuden al salón de juego destacan la presencia de hombres jóvenes y personas migrantes. Preocupa entre la población entrevistada, la vulnerabilidad de las personas que juegan de manera habitual, porque perciben el juego como la oportunidad de salir de una situación, sin ser conscientes de que precisamente es el juego el que los lleva a una espiral de autodestrucción mayor.

Preocupa la situación de estas personas vulnerables, por el riesgo que supone el juego cuando muchas de las necesidades básicas no se tienen cubiertas.

Se observan diferencias de género en el consumo del juego, siendo un fenómeno ejercido mayoritariamente por hombres y la diferencia es aún mayor entre las personas menores de edad.

A pesar de observar un ligero descenso, **se siguen detectando casos de menores que juegan online o en lugares físicos sin control de acceso**. Esta población juega principalmente a las apuestas deportivas.

Preocupa también las máquinas tragaperras y las máquinas de apuestas en los bares y la proliferación de plataformas de juego online, por la facilidad de acceso para personas menores de edad y su escaso control. No obstante, se destaca que socialmente se tiene una mayor percepción de riesgo sobre el juego en los salones de juegos o en las plataformas online y, sin embargo, muy normalizado y aceptado lo que tiene que ver con las apuestas relacionadas con el deporte o cultura vasca, las loterías o los cupones de la ONCE.

Se resalta que la dificultad para apreciar síntomas físicos dificulta la detección de un posible problema con el juego. A veces, los síntomas se destapan más por cuestiones relacionadas con lo económico que con deterioro de otras esferas de la vida de la persona, por lo que cuando se detectan los primeros síntomas suele ser sinónimo de una problemática que lleva varios años.

“Las personas con problema con el juego, no llegan o llegan tarde a los recursos institucionalizados”.

PERCEPCION DE LA SITUACION Y PROBLEMATICA ASOCIADA A LOS VIDEOJUEGOS

En relación con los videojuegos y juegos en línea, se observa **un aumento del tiempo dedicado a jugar, una mayor vinculación emocional al juego y cada vez mayores dificultades para gestionar y abandonar el mismo**. En este sentido, se perciben diferencias entre chicos y chicas, siendo los chicos los que más juegan a videojuegos. Sin embargo, las chicas utilizan más las redes sociales.

Se detectan casos de **niños y niñas en edades muy tempranas que dedican muchas horas al día a los videojuegos y en ocasiones, sin control parental**. Esta situación está produciendo en la población infanto juvenil **problemas relacionados con el descanso y el sueño, problemas de ansiedad y conductas agresivas**. También preocupa el **nivel de violencia en los propios contenidos** de los videojuegos y el tipo de comunicación agresiva y violenta que se establece, así como las situaciones de ciberacoso que se pueden producir.

3.4.3 Conocimiento sobre el itinerario y los recursos disponibles en el municipio para orientar a una persona con posibles problemas de adicción

A pesar de no tener un protocolo específico de atención y derivación, desde el equipo técnico municipal y los centros educativos, se entiende que puede haber diferentes vías de entrada focalizadas en los servicios sociales, el centro de salud o incluso, el centro educativo. También existe un conocimiento de las asociaciones como alcohólicos anónimos, proyecto hombre o asociaciones que trabajan la ludopatía, para derivar a las personas con un posible problema de adicción.

No obstante, entre las personas entrevistadas destacan que lo importante no es tanto tener un protocolo de atención o derivación de casos con problema de adicción, sino de disponer de sistemas y estructuras de coordinación fluidas y eficaces. En este sentido, señalan la importancia de la comisión socioeducativa, disponible en el municipio para trabajar la atención y derivación de casos.

Por otra parte, se detecta la dificultad para que las personas con problemas de adicción acudan a los recursos institucionalizados. Normalmente, son las familias las que acuden a solicitar ayuda y de ahí, se deriva normalmente a los centros especializados de la asociación AGIPAD, o fundación IZAN. Desde el ayuntamiento se les facilita ayudas económicas para el desplazamiento a los centros especializados.

Se tiene la percepción de que no se llega a la detección y atención precoz de problemáticas de salud mental y adicción. Se destaca, que los casos, para cuando llegan a los recursos institucionalizados, suelen presentar sintomatología muy desarrollada y cronificada. Por tanto, se pasa de las intervenciones y programas de carácter preventivo en los recursos normalizados sin capacidad real de detección, a la derivación a los recursos asistenciales. Se apunta a la necesidad de establecer un sistema intermedio entre la prevención universal y la asistencia que suponga la detección precoz de situaciones de riesgo, sobre todo, con colectivo adolescente y joven. Se señala que los recursos actuales de intervención con adolescentes no permiten el conocimiento de la realidad comunitaria, ni la detección de grupos y casos individuales de riesgo.

3.4.4. Nivel de proyección e impacto del servicio municipal de adicciones y valoración de los programas y proyectos

CONOCIMIENTO Y VALORACION DEL SERVICIO DE ADICCIONES Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS QUE DESARROLLA

Existe conocimiento de la persona técnica que desempeña las funciones de prevención de adicciones y de los programas que se desarrollan, principalmente entre personas relacionadas con los programas (personal docente y equipo técnico municipal).

Las intervenciones más conocidas son las que se realizan en los centros educativos con el alumnado y las familias, las carpas en espacio festivo y las ayudas para el transporte a personas que necesiten trasladarse a servicios de tratamiento.

Entre las personas que conocen las intervenciones que se desarrollan, la **valoración es muy buena** y se apunta a la necesidad de un servicio, con personal técnico específico y con jornada suficiente para realizar una intervención global e integral más allá de intervenciones puntuales y aisladas.

3.4.5. Aportaciones, sugerencias y mejoras

APORTACIONES, MEJORAS Y SUGERENCIAS

1.- Servicio de promoción de la salud y prevención de las adicciones global, integral e integrador (salud física y mental, ocio, alimentación, consumo de drogas, adicciones comportamentales, convivencia y cuidados)

Se propone la necesidad de dimensionar más y mejor el servicio de prevención con personal técnico y presupuesto suficiente para hacer frente a las demandas y necesidades de la población de Ordizia, con intervenciones sobre promoción de la salud y prevención relacionadas con la salud física y mental, ocio, alimentación, consumo de drogas, uso de las tecnologías, juego y apuestas, videojuegos, la convivencia y los cuidados.

Desarrollar intervenciones de prevención ambiental, prevención universal, prevención selectiva e indicada.

Incorporar la perspectiva de género y realidad multicultural

Necesidad de incorporación de la perspectiva de género y la mirada multicultural en los programas y en la formación de los equipos profesionales.

Modelo de intervención comunitario y participativo

El municipio cuenta con una larga trayectoria de trabajo comunitario y participativo que funciona como punto de unión entre generaciones y que es importante poner en valor como modelo de intervención prioritaria.

2. Promoción de la salud y prevención en todas las etapas vitales

Las personas que participaron en el diagnóstico consideran colectivos prioritarios de intervención a las personas menores, jóvenes y familias. También se apunta a la tercera edad como colectivo importante de intervención.

3.- Programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones por ámbitos de intervención (centros educativos, familiar, comunitario, ocio y festivo)

Programas de ámbito educativo

En cuanto a los programas dirigidos a los centros educativos, si bien se valoran de manera muy positiva, se sugiere la necesidad de revisar los contenidos, tiempos y metodologías aplicadas.

Se valora de manera muy positiva la recogida de necesidades, la planificación y la evaluación conjunta de las intervenciones preventivas realizadas en los centros educativos a través de la mesa de prevención.

Se propone la necesidad de desarrollar programas globales, integrales y duraderos que superen las intervenciones puntuales.

Se demanda la necesidad de aplicar programas de educación emocional y habilidades para la vida en todas las etapas educativas.

Asimismo, se solicita formación dirigida al profesorado sobre salud mental como forma de autocuidado y para poder gestionar y trabajar con el alumnado temas relacionados con la salud mental, ansiedad, depresión, gestión emocional, convivencia y escucha empática. También demandan más información sobre los protocolos de suicidios.

Se observa la necesidad de realizar un proceso de reflexión sobre el uso de las tecnologías en el espacio del centro educativo y en el proceso de enseñanza aprendizaje, con el objetivo de fomentar un uso saludable y responsable.

Programas de ámbito familiar

Se destaca las formaciones a las familias como una intervención que es necesaria, pero que habría que actualizar dado la escasa participación de las familias. No obstante, se valoran de manera muy positiva los temas elegidos y las formaciones dirigidas a las familias

Programas de ámbito comunitario

Se parte de un modelo de intervención comunitaria en el que la participación ciudadana es una seña de identidad valorada y reconocida en el municipio.

En este sentido se propone:

Realizar campañas de sensibilización desde la necesidad de desnormalizar el consumo de drogas socialmente más aceptadas, tabaco, alcohol y cannabis.

Seguir impulsando los programas de prevención ambiental como “kerik gabeko guneak” desde una perspectiva participativa y comunitaria. Extrapolar estas iniciativas a otros consumos como el alcohol.

Por otra parte, se ha detectado que las personas preocupadas por algún tema relacionado con la salud mental o las adicciones, o no llegan o llegan con una sintomatología más desarrollada a los servicios institucionalizados. Partiendo de esa realidad, se propone la creación de un servicio de asesoramiento e información dirigido a la ciudadanía sobre la salud mental y las adicciones que sirva de puerta de entrada cercana y como un recurso intermedio en el caso de que se precise la intervención de los recursos sociales o sanitarios.

Seguir impulsando propuestas comunitarias como el paseo saludable implicando a diferentes generaciones y agentes sociales y comunitarios.

Se observa la necesidad de facilitar espacios físicos en el municipio a las entidades que trabajan con personas afectadas por las adicciones.

Programas en espacio de ocio y festivo

Se demanda la necesidad de:

- Ampliar la oferta de ocio dirigida a toda la ciudadanía, especialmente la dirigida a la infancia, como etapa en la que existen escasos recursos de ocio. Se menciona como propuesta la posibilidad de implantar una ludoteca o un gaztetzoko para menores de 12 años.
- Invertir en la infancia y la juventud con programas y espacios con ocio saludable, con valores que fomenten el pensamiento crítico y la autogestión, con capacidad de generar red y de personas referentes comunitarias.

- Ampliar el deporte escolar a partir de los 12 años, como una manera de garantizar la igualdad de oportunidades para acceder a los recursos deportivos del municipio de la población adolescentes más vulnerable.
- Reflexionar sobre la promoción del consumo de alcohol en ferias y fiestas en el municipio. Necesidad de ir avanzando hacia un modelo festivo más saludable y alternativo.
- Ampliar el número días del programa “testing” y facilitar alcoholímetros en fiestas.
- Aumentar la relación y coordinación entre el servicio de prevención y las entidades deportivas, que permita detectar necesidades para intervenir en estos espacios de manera preventiva.

4. La detección y atención precoz

El servicio de prevención ha centrado las intervenciones en la prevención universal y muy poco en la detección y atención precoz de situaciones o casos de riesgo.

Se demanda la necesidad de ampliar la mirada para atender aquellos casos infanto juveniles que empiezan a despuntar, pero que no son detectables por los servicios o intervenciones actuales.

Necesidad de impulsar estructuras de coordinación y protocolos de intervención que permitan la detección precoz de situaciones de riesgo en la infancia, adolescencia y juventud.

5.-Salud mental como línea estratégica prioritaria

La salud mental es uno de los temas que mayor interés y preocupación despiertan en la ciudadanía de Ordizia. Preocupa en especial, la salud mental de la población infanto juvenil y de la tercera edad. Una población infanto juvenil que presenta de manera generalizada un malestar emocional alarmante que se traduce en diferentes cuadros ansioso-depresivos, con un aumento de lesiones autolíticas y de suicidios, casos de anorexia y bulimia, vigorexia, entre otros.

En este sentido se propone:

- Impulsar programas de educación emocional desde la infancia en diferentes contextos, centros educativos y ocio.
- Desarrollar medidas de detección e intervención sobre la soledad no deseada en todas las edades y principalmente, en la adolescencia y en la tercera edad como fases críticas.
- Impulsar programas e iniciativas que promuevan la convivencia y el encuentro entre generaciones, culturas y religiones como factor de protección. Se valora el “paseo saludable” como una iniciativa de calado que promueve valores en este sentido.
- Impulsar campañas para sensibilizar y desestigmatizar los problemas de salud mental. “Tiene que dejar de ser una problemática de ámbito privado para convertirse en un tema comunitario y de responsabilidad pública”.
- Dimensionar mejor el servicio de salud mental de la comarca para atender la demanda actual de la población.

6. Sistemas de evaluación y efectividad de las intervenciones

Se percibe la necesidad de evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones más allá de la satisfacción de las personas a las que se ha dirigido la intervención. Se sugiere como valoración del impacto de las intervenciones la posibilidad de hacer encuestas que permitan observar tendencias o cambios en los

comportamientos de las personas participantes y que los resultados sean comparables a encuestas similares realizadas en otros municipios cercanos o de la Comunidad Autónoma Vasca.

7.- Sistemas de coordinación y liderazgo

Se tiene la percepción de que se organizan muchas intervenciones sobre promoción de la salud y prevención de las adicciones desde los servicios sociales, el centro de salud y el gazteleku con cierta coordinación, pero sin liderazgo ni estrategia clara.

Por otra parte, se valoran positivamente las mesas de coordinación existentes como estructuras que facilitan el conocimiento de los programas, pero se apunta a la necesidad de impulsar un trabajo coordinado centrado en la estrategia de lo que se pretende como municipio atendiendo a las necesidades de la ciudadanía y los recursos disponibles.

Aunque se percibe un avance hacia una línea de trabajo más coordinada e informada, aún existe la sensación de que hay margen para mejorar en cuanto a los objetivos de dichas coordinaciones. Se sugiere reflexionar sobre el modelo actual, que se centra principalmente en la transmisión de información, y avanzar hacia un enfoque de coordinación centrado en la estratégica. Este nuevo modelo debería incluir planificaciones globales e integrales que involucren a diversas áreas y agentes comunitarios, así como la evaluación de las intervenciones y su impacto, con la posterior difusión de los resultados obtenidos.

Se propone también la creación de una intranet que permita saber de una manera sencilla lo que hace cada área y la devolución de las intervenciones realizadas.

Existe un consenso generalizado de la necesidad de avanzar en una coordinación más efectiva, pero se tiene la percepción de que se sigue trabajando de manera excesivamente departamentalizada y con una gran carga administrativa, lo que dificulta el desarrollo de un trabajo en red.

Se detecta la necesidad de introducir a las farmacias como otro agente comunitario del municipio dentro de la red de coordinación.

4. BASES ESTRATÉGICAS DEL PLAN LOCAL DE ADICCIONES DE ORDIZIA

4.1 MISIÓN, VISIÓN Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

La base estratégica del plan de adicciones del municipio de Ordizia se alinea y ajusta al VIII plan de adicciones de Euskadi.

MISIÓN

Orientar y articular las actuaciones en materia de promoción de la salud y prevención de las adicciones en el municipio de Ordizia para los próximos años

VISIÓN

Lograr un municipio de Ordizia más saludable y una ciudadanía más sensibilizada ante los riesgos derivados del consumo de drogas y las conductas adictivas.

PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

En coherencia con el VIII Plan de adicciones se establecen los siguientes principios orientadores

- Enfoque de promoción de la salud y prevención de adicciones a sustancias y comportamentales (juego, tecnologías y videojuegos).
- Actuación sobre los determinantes de la salud (factores individuales, intermedios o del contexto más cercano y estructurales).
- Perspectiva multicomponente, combinando e interrelacionando intervenciones del ámbito escolar, familiar, comunitario y festivo.
- Perspectiva del curso de la vida. Abordando las diferentes necesidades a lo largo de las diferentes etapas de la vida, con especial énfasis en la infancia, adolescentes y juventud.
- Incorporación de la perspectiva de género.
- Atención a los ejes de desigualdad y el principio de equidad con el objetivo de que la ciudadanía de Ordizia cuente con las mismas oportunidades para enfrentarse al fenómeno de las adicciones.
- Enfoque participativo y de trabajo coordinado y en red.
- Servicio y programas de calidad, basados en evidencia científica y con evaluación sistemática de las intervenciones.

4.2 MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO

El fenómeno de las adicciones constituye una realidad compleja debido a la interacción de elementos que convergen, tanto en sus causas como en su proceso de desarrollo, y debido a variedad de ámbitos y áreas implicadas.

Además, es un fenómeno social cambiante que adquiere diferentes vertientes en función de la época, la sensibilidad o preocupación social, la aparición de nuevas sustancias y/o nuevas conductas adictivas, nuevos patrones y contextos de consumo de la población a la que afecta.

La complejidad, multicausalidad y multisectorialidad de las adicciones requiere una interpretación y actuación desde un **modelo bio- psico- social y con perspectiva integral y comunitaria**. El modelo biopsicosocial fue definido por G. Engel en 1977, derivado de la Teoría de los Sistemas y destaca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendida como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social.

Desde este modelo se entienden las adicciones como:

- Un proceso de varios niveles, en el que en cada nivel intervienen diferentes factores que tienen que ver con la persona y con el contexto macro y micro-social que le rodea, de manera que los factores que intervienen en el uso son diferentes a los que influyen en su continuidad o mantenimiento y, por supuesto, diferentes a los que intervienen en una adicción. La adicción es uno de los posibles resultados del consumo de drogas, de los juegos de azar o de los videojuegos, pero no es el único y ni siquiera el más probable.
- Los diferentes factores pueden ejercer su influencia sobre los diferentes niveles; desde los más próximos, como la intención conductual, hasta los contextos más globales y estructurales, como puede ser las políticas económicas.

Una de las principales aportaciones de este modelo biopsicosocial son los conceptos de "factor de riesgo y de protección".

Desde este enfoque, se entiende como factores de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales o sociales que, en un momento determinado, aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y se mantenga en una adicción. Los factores de protección, en cambio, son aquellos que reducen la probabilidad de generar una adicción. Son condiciones de posibilidad que pueden confluir en un momento determinado y aumentar o reducir la vulnerabilidad de una persona respecto a una adicción. No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y la adicción, pero se sabe que la conjunción de factores de riesgo puede aumentar la vulnerabilidad y generar una predisposición a la adicción.

En este sentido, la base de la intervención en adicciones consiste en actuar en paralelo sobre los factores de protección y de riesgo individuales, intermedios o del entorno más cercano y estructurales.

Los factores individuales hacen referencia a elementos psicosociales que marcan los comportamientos y los estilos de vida individuales. Los factores intermedios se refieren al entorno más cercano de la persona como el entorno familiar, educativo, social o la disponibilidad y calidad de los servicios comunitarios. Los factores estructurales son aquellos que definen el contexto socioeconómico y político que caracterizan la estructura de la sociedad. Entre los factores estructurales también se incluyen los valores sociales, las normas culturales o el valor social que se otorga a la salud, al consumo de drogas o al juego.

4.3 OBJETIVOS

Con la visión de lograr un municipio más saludable y una ciudadanía más sensibilizada ante los riesgos

derivados del consumo de drogas y las conductas adictivas, el plan de adicciones de Ordizia se alinea con **5 objetivos y las líneas de intervención** correspondientes del VIII Plan de adicciones de Euskadi y establece **51 acciones** a desarrollar en los próximos años.

OBJETIVOS	LINEAS DE ACTUACIÓN	N.º DE ACCIONES PREVISTAS
<p>OBJETIVO A Activar un entorno municipal que promueva comportamientos saludables y contribuyan a desnormalizar el consumo de sustancias y conductas adictivas, incluyendo medidas estructurales para reducir la disponibilidad</p>	<p>Línea 1. Impulsar medidas estructurales para avanzar en el desarrollo de entornos saludables. Línea 2. Reforzar las intervenciones en relación con la reducción y control de la oferta de sustancias adictivas, a través de una mejor coordinación entre los agentes implicados. Línea 3. Avanzar hacia una aplicación más efectiva de la normativa</p>	9
<p>OBJETIVO B Reforzar los programas de promoción de la salud y prevención con perspectiva del curso de la vida y poniendo el énfasis en el fortalecimiento del capital emocional y las habilidades para la vida de las personas</p>	<p>Línea 1. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la INFANCIA Línea 2. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la ADOLESCENCIA Y JUVENTUD Línea 3. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la EDAD ADULTA Línea 4 Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en las PERSONAS MAYORES Línea 5: Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en TODAS LAS EDADES</p>	27
<p>OBJETIVO C Fortalecer y mejorar los servicios de asistencia y apoyo a la inclusión social, con perspectiva de equidad y especial atención a las personas en situación de vulnerabilidad</p>	<p>Línea 1. definir y difundir itinerarios de atención para las personas con adicciones, considerando las diferentes problemáticas existentes y ofreciendo una respuesta adaptada a los diferentes perfiles. Línea 2. Garantizar la adecuación de los itinerarios a las personas con necesidades asistenciales y sociales específicas. Línea 3. Apoyar la inclusión social y reducir el estigma asociado a las personas con adicciones. Línea 4. Reforzar la atención integral de las personas con conductas problemáticas asociadas al juego y al uso abusivo de las tecnologías.</p>	6

<p>OBJETIVO D Desarrollar y difundir conocimiento e innovación en materia de adicciones</p>	<p>Línea 1. Potenciar el conocimiento y la innovación en materia de adicciones. Línea 2. Impulsar las actividades de asesoramiento y capacitación de los diferentes agentes sociales y comunitarios Línea 3. Fortalecer la evaluación de los programas</p>	<p>6</p>
<p>OBJETIVO E Afianzar un trabajo coordinado y en red más efectivo</p>	<p>Línea 2. Afianzar y continuar impulsando un trabajo coordinado y en red entre las diferentes áreas del Ayuntamiento, los agentes sociales y comunitarios y las entidades del tercer sector. Línea 3. Impulsar la coordinación sociosanitaria y educativa Línea 4. Impulsar una estructura para el seguimiento del plan local de adicciones</p>	<p>3</p>

5. PLANIFICACIÓN OPERATIVA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES

DESPLIEGUE DE ACCIONES POR OBJETIVOS Y LINEAS DE INTERVENCION PROPUESTOS EN EL DEL VIII PLAN DE ADICCIONES DE EUSKADI 2023-2027

OBJETIVO A

Activar un entorno municipal que promueva comportamientos saludables y contribuyan a desnormalizar el consumo de sustancias y conductas adictivas, incluyendo medidas estructurales para reducir la disponibilidad

LÍNEA	ACCIONES	SISTEMAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN
Línea 1. Impulsar medidas estructurales para avanzar en el desarrollo de un entorno municipal saludable	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de acciones orientadas a desnormalizar el consumo de tabaco, alcohol y cannabis especialmente, entre adolescentes y jóvenes. 2. Desarrollo de iniciativas para potenciar entornos saludables en el municipio promovidos por la Dirección de salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco. Red “kerik gabeko gunekak”, etc. 3. Análisis de la viabilidad de desarrollar un servicio de ocio “gaztetxoko” dirigido a menores de 12 años. 4. Facilitar locales físicos a entidades que trabajen con personas con adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de medidas impulsadas para el desarrollo de un el entorno más saludable. • N.º de campañas o iniciativas de prevención ambiental del Gobierno Vasco en el que se ha participado. • N.º de personas en las que impactan las acciones desarrolladas. • Valoración del impacto de las acciones en el municipio.
Línea 2. Reforzar las intervenciones en relación con la reducción y control de la oferta de sustancias adictivas, a través de una mejor coordinación entre los agentes implicados.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Desarrollar acciones de información, sensibilización, formación y trabajo en red entre diferentes agentes sociales y comunitarios; hostelería, policía local, comercio, local de juego, farmacias, estancos, etc. con el fin de reducir la disponibilidad y accesibilidad de las personas menores al consumo de alcohol y el juego. 6. Control, registro e intervención en la venta, suministro, publicidad y promoción de las sustancias legales dirigidas a menores de edad. 7. Control del consumo de alcohol en la vía pública por menores de edad. 8. Control del comercio ilegal de drogas en el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • N.º Medidas específicas desarrolladas para reducir al accesibilidad y disponibilidad de alcohol, tabaco y juego a menores de edad. • N.º de agentes comunitarios implicados en las acciones desarrolladas para reducir al disponibilidad y accesibilidad • N.º de sanciones o intervenciones registradas en relación a la venta, suministro, publicidad o promoción de sustancias legales dirigidas a menores.

		<ul style="list-style-type: none"> • N.º de intervenciones realizadas relacionados con el comercio ilegal de drogas. • Medición del impacto de las medidas de control en la reducción de la accesibilidad y disponibilidad en el consumo de alcohol, tabaco y juego en menores de edad.
Línea 3. Avanzar hacia una aplicación más efectiva de la normativa	9. Valorar la posibilidad de activar un proyecto de medidas educativas alternativas a la sanción por consumo o tenencia de drogas, tal y como se regula en La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la Seguridad Ciudadana la ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias y el posterior decreto 88/2022, de 12 de julio, de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none"> • N de sanciones por consumo de alcohol a menores de edad. • Perfil de las personas menores sancionadas.
ÁREAS Y ENTIDADES COLABORADORAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Área de acción social • Área de seguridad ciudadana. Policía local • Ertzaintza • Hostelería y comercio • Salones de juego • Estancos. • Supermercados y otros establecimientos de venta de alcohol y tabaco • Asociación de fiestas 		

PLANIFICACIÓN OPERATIVA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES

OBJETIVO B

Reforzar los programas de promoción de la salud y prevención con perspectiva del curso de la vida y poniendo el énfasis en el fortalecimiento del capital emocional y las habilidades para la vida de las personas

LÍNEA	ACCIONES	SISTEMAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN
Línea 1. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la INFANCIA	<p><u>ACCIONES EN EL AMBITO ESCOLAR</u></p> <p><u>Acciones dirigidas al profesorado</u></p> <p>10. Información, asesoramiento, formación al profesorado de los centros educativos para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones.</p> <p><u>Acciones dirigidas al alumnado</u></p> <p>11. Talleres de información, sensibilización y prevención de drogodependencias.</p> <p>12. Talleres sobre el buen uso de las pantallas, las redes sociales y las tecnologías.</p> <p>13. Talleres sobre el buen uso de los videojuegos.</p> <p>14. Desarrollo de programas relacionados con el desarrollo de competencias emocionales y habilidades para la vida.</p>	<p><u>ACCIONES EN EL AMBITO ESCOLAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • N.º de centros educativos participantes en programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones. • N.º de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones desarrollados en los centros escolares. • % de alumnado que ha desarrollado programas preventivos en comparación con el alumnado total matriculado. • índice de satisfacción global con las intervenciones diferenciado por edad y género. • Nivel de impacto en el alumnado en relación al aumento de la información y sensibilización sobre drogas, tecnologías, juegos de azar, videojuegos y habilidades sociales y competencia emocionales.
Línea 2. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	<p><u>ACCIONES EN EL AMBITO ESCOLAR</u></p> <p><u>Acciones dirigidas al profesorado</u></p> <p>15. Información, asesoramiento, formación al profesorado de los centros educativos sobre la promoción de la salud y la prevención de las adicciones.</p> <p>16. Apoyo y orientación al profesorado en la valoración e intervención con el alumnado que les preocupe por consumos de drogas, conductas potencialmente adictivas o temas relacionados con la salud mental.</p> <p><u>Acciones dirigidas al alumnado</u></p>	<p><u>ACCIONES EN EL AMBITO ESCOLAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • N.º de centros educativos participantes en programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones. • N.º de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones desarrollados en los centros escolares.

	<p>17. Talleres de información, sensibilización y prevención de drogodependencias.</p> <p>18. Talleres sobre el buen uso de las pantallas, las redes sociales y las tecnologías.</p> <p>19. Talleres de prevención de los juegos de azar y las apuestas.</p> <p>20. Talleres sobre el buen uso de los videojuegos.</p> <p>21. Desarrollo de programas relacionados con el desarrollo de competencias emocionales y habilidades para la vida</p> <p><u>ACCIONES EN EL AMBITO DEL OCIO Y DEPORTIVO</u></p> <p>22. Desarrollo de medidas para impulsar el deporte escolar y el ocio a partir de los 12 años con una mirada especial hacia población adolescente vulnerable y mujeres de todas las edades.</p> <p>23. Impulsar programas o acciones relacionados con la salud mental emocional en espacios de ocio.</p> <p>24. Coordinación con las entidades deportivas del municipio para detectar necesidades e impulsar iniciativas de promoción de la salud y preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % de alumnado que ha desarrollado programas preventivos en comparación con el alumnado total matriculado. • índice de satisfacción global con las intervenciones diferenciado por edad y género. • Nivel de impacto en el alumnado en relación al aumento de la información y sensibilización sobre drogas, tecnologías, juegos de azar, videojuegos y habilidades sociales y competencia emocionales. • N.º de formaciones realizadas al profesorado. • N.º de sesiones de asesoramiento realizadas al profesorado. <p><u>ACCIONES EN EL AMBITO DEL OCIO Y DEPORTIVO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • N.º de medidas impulsadas para fomentar el deporte y el ocio en población a partir de 12 años, población adolescente vulnerable y mujeres de todas las edades. • Impacto de las medidas en el aumento de la práctica deportiva y de ocio en estos grupos. • N.º de iniciativas para potenciar la salud mental y emocional impulsadas en espacios de ocio. • N.º de coordinaciones e iniciativas impulsadas con entidades deportivas del municipio.
<p>Línea 3. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la EDAD ADULTA</p>	<p><u>ACCIONES EN EL ÁMBITO FAMILIAR</u></p> <p>25. Escuela formativa para familias en temas relacionados con la educación para la salud y la prevención de las adicciones.</p> <p>26. Campañas de información y sensibilización dirigidas a las familias.</p> <p><u>ACCIONES EN EL ÁMBITO COMUNITARIO</u></p> <p>27. Servicio de información, orientación y asesoramiento sobre adicciones a la ciudadanía.</p>	<p><u>ÁMBITO FAMILIAR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • N.º de iniciativas impulsadas para familias • N.º de familias participantes • Índice de satisfacción de las familias participantes <p><u>ÁMBITO COMUNITARIO</u></p>

	<p>28. Campañas de Información- sensibilización dirigidas a la ciudadanía, que contribuyan a aumentar la percepción del riesgo y conocimiento del impacto de las drogas, el uso de las tecnologías y del juego</p> <p>29. Acciones de prevención del consumo de psicofármacos, especialmente dirigidas a mujeres.</p> <p><u>ACCIONES EN EL ÁMBITO FESTIVO</u></p> <p>30. Inicio de un proceso de reflexión sobre la promoción del consumo de alcohol en ferias y fiestas para avanzar hacia un modelo festivo más saludable y alternativo.</p> <p>31. Diseño y desarrollo de campañas de información y sensibilización sobre consumo de drogas en espacio festivo.</p> <p>32. Puntos de información y testado de drogas en fiestas. Programa “testing”.</p> <p>33. Puntos de información sobre consumo de alcohol y alcoholimetrías en espacio festivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de personas que han acudido al servicio de asesoramiento municipal. • Perfil de las personas atendidas diferenciadas por género y edad. • Índice de satisfacción general con el servicio. • Nivel de alcance de las campañas. • N.º de acciones dirigidas a la prevención de consumo de psicofármacos • N.º de participantes en las acciones de prevención de psicofármacos. <p><u>ACCIONES EN EL ÁMBITO FESTIVO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización del proceso de reflexión sobre el modelo festivo. SI/ NO • N.º de iniciativas implantadas para avanzar en un modelo festivo más saludable. • Nivel de impacto de las acciones implantadas en el modelo festivo. • N.º de puntos de información y testado de drogas en espacio festivo. • N.º de personas y perfil de las personas que acuden al testado de drogas. • N.º de puntos de información y alcoholimetrías en espacio festivo. • N.º de personas participantes y perfil que han acudido al punto de información.
<p>Línea 4. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en la PERSONAS MAYORES</p>	<p>34. Desarrollo de iniciativas de promoción de la salud y prevención en personas mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de iniciativas desarrolladas de promoción de la salud y prevención dirigidas a personas mayores • N.º de participantes • Nivel de impacto de las intervenciones

<p>Línea 5. Reforzar la promoción de la salud y la prevención de adicciones en TODAS LAS EDADES</p>	<p>35. Impulsar campañas para sensibilizar y desestigmatizar los problemas de salud mental y adicciones.</p> <p>36. Impulsar programas e iniciativas comunitarias que promuevan la salud, la convivencia y el encuentro entre diferentes generaciones, culturas, o religiones; paseo saludable, ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de campañas promovidas para impulsar la desestigmatización • N.º de iniciativas comunitarias que promueven la salud, la convivencia y el encuentro. • N.º de participantes • Nivel de impacto de las intervenciones.
<p>ÁREAS Y ENTIDADES COLABORADORAS</p>		
<p>Área de bienestar social Área de cultura Área de deportes Área de diversidad Área de igualdad Área de euskera Área de juventud Policía local Centros educativos AMPAS y familias Gazteleku</p>	<p>Entidades deportivas y culturales Comisión de fiestas Comisión de txoznas Farmacias Asociación de jubilados “Goazen Ordizia” “Lagunkiro “ Entidades especializadas en adicciones Mesa de prevención</p>	

PLANIFICACIÓN OPERATIVA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES		
OBJETIVO C Fortalecer y mejorar los servicios de tratamiento, asistencia y apoyo a la inclusión social		
LÍNEA	ACCIONES	SISTEMAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN
1.- Definir y difundir itinerarios para las personas con adicciones, considerando las diferentes problemáticas existentes y ofreciendo una respuesta adaptada a los diferentes perfiles.	37. Ayudas económicas para el transporte a servicios asistenciales en adicciones. 38. Reforzar la coordinación a través de la mesa sociosanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de ayudas otorgadas • Cantidad económica aportada • N.º de sesiones de la mesa sociosanitaria • N.º de participantes
2.- Garantizar la adecuación de los itinerarios a las personas con necesidades asistenciales y sociales específicas.	39. Revisar los sistemas de detección precoz principalmente relacionados con adolescentes, jóvenes y personas mayores. 40. Identificar y actuar sobre los factores que dificultan la detección y el acceso al tratamiento a mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los sistemas de detección precoz • Identificación de los factores que dificultan la detección y el acceso de las mujeres a los servicios de tratamiento • Avances observados en los itinerarios de atención a personas con adicciones.
3.- Apoyar la inclusión social y reducir el estigma asociado a las personas con adicciones	41. Favorecer la integración social de las personas con adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de personas con adicciones en procesos de integración social
4.- Reforzar la atención integral de las personas con conductas problemáticas asociadas al juego y al uso problemático de las tecnologías	42. Revisar los sistemas de detección precoz y definir el itinerario para la atención de personas con problemas de juego y uso abusivo de tecnologías.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los sistemas de detección precoz relacionados con el juego • Definición del itinerario de atención a las personas con problemas con el juego
ÁREAS Y ENTIDADES COLABORADORAS		
<p>Área de bienestar social Centro de salud Centro de salud mental Comisión sociosanitaria Entidades de tratamiento en adicciones</p>		

PLANIFICACIÓN OPERATIVA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES		
OBJETIVO D: Desarrollar y difundir conocimiento e innovación en materia de adicciones		
LÍNEA	ACCIONES	SISTEMAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN
Línea 1. Potenciar el conocimiento y la innovación en materia de adicciones en el municipio	<p>43. Divulgación de la información en materia de promoción de la salud y la prevención de adicciones en el municipio.</p> <p>44. Difusión del plan de adicciones, del servicio y de los programas que se desarrollan.</p> <p>45. Realización de estudios que promuevan el conocimiento de la situación de las adicciones en el municipio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N.º iniciativas impulsadas para divulgar información y el conocimiento sobre las adicciones., informar sobre el plan local, los servicios y programas desarrollados en el municipio. • Nivel de impacto de las intervenciones divulgativas. • Realización de estudios sobre las adicciones en el municipio (SI/NO).
Línea 2. Impulsar las actividades de asesoramiento y capacitación de los diferentes agentes sociales y comunitarios	<p>46. Formación y asesoramiento a diferentes agentes sociales y comunitarios en el fenómeno de las adicciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de agentes sociales y comunitarios a los que se les ha formado o asesorado diferenciados por género. • Índice de satisfacción general con el servicio de asesoramiento y formación diferenciado por género.
Línea 3. Fortalecer la evaluación de los programas	<p>47. Evaluación continua de los programas y acciones del plan, teniendo en cuenta la perspectiva de género. Todos los indicadores de proceso y resultado vinculados a las personas destinatarias estarán desagregados al menos, teniendo en cuenta el sexo.</p> <p>48. Elaboración de memorias anuales del servicio de adicciones con áreas de mejora identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria anual de las acciones del plan (SI/NO) • Sistema, herramientas e indicadores de evaluación de los programas. • Recogida y análisis de los datos teniendo en cuenta la perspectiva de género.
ÁREAS Y ENTIDADES COLABORADORAS		
<p>Área de bienestar social</p> <p>Área de igualdad</p> <p>Mesa de prevención</p> <p>Mesa sociosanitaria</p>		

PLANIFICACIÓN OPERATIVA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y ACCIONES

OBJETIVO E Mejorar y afianzar un trabajo coordinado y en red más efectiva.

LÍNEA	ACCIONES	SISTEMAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN
Línea 2. Afianzar e impulsar un trabajo coordinado y en red	49. Participación en comisiones, comunicación y coordinación con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco y con otras administraciones públicas que impacten en el plan local de adicciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en comisiones o redes a nivel local o supramunicipal (si /no). • N.º de sesiones en las diferentes redes o comisiones. • N.º de acciones nuevas desarrolladas en las comisiones o redes. • N.º de reuniones o comunicaciones con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.
Línea 3. Impulsar la coordinación sociosanitaria y educativa	50. Coordinación sociosanitaria y educativa para la detección de áreas de mejora en la atención a colectivos más vulnerables y personas adolescentes y jóvenes con problemas de adicción.	<ul style="list-style-type: none"> • N.º de coordinaciones establecidas. • N.º de personas y áreas que han participado. • Áreas de mejora detectadas e identificadas.
Línea 4. Impulsar una estructura para el seguimiento del plan local de adicciones	51. Impulsar la mesa de prevención en la que participen diferentes agentes del municipio realizando una reflexión estratégica sobre su misión y un plan de trabajo anual.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de una estructura para el seguimiento y evaluación del plan (si/no).

ÁREAS Y ENTIDADES COLABORADORAS

- Área de bienestar social
- Áreas municipales que desarrollen o participen en acciones vinculadas al plan
- Entidades del tercer sector que trabajen en el municipio
- Centros educativos
- Asociaciones de padres y madres (AMPAs)
- Entidades y agentes sociales y comunitarios.

5.TEMPORALIZACIÓN DE LAS ACCIONES

ACCIÓN	AÑO 2024	AÑO 2025	AÑO 2026	AÑO 2027	AÑO 2028
OBJETIVO A. Activar un entorno municipal que promueva comportamientos saludables y contribuyan a desnormalizar el consumo de sustancias y conductas adictivas, incluyendo medidas estructurales para reducir la disponibilidad					
Acción 1. Desarrollo de acciones orientadas a desnormalizar el consumo de tabaco, alcohol y cannabis especialmente, entre adolescentes y jóvenes.					
Acción 2. Desarrollo de iniciativas para potenciar entornos saludables en el municipio promovidos por la Dirección de salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco. Red “kerik gabeko guneak”, etc.					
Acción 3 Análisis de la viabilidad de desarrollar un servicio de ocio “gaztetzoko” dirigido a menores de 12 años.					
Acción 4. Facilitar locales físicos a entidades que trabajen con personas con adicciones Control, registro e intervención en la venta, suministro, publicidad y promoción de las sustancias legales dirigidas a menores de edad.					
Acción 5 Desarrollar acciones de información, sensibilización, formación y trabajo en red entre diferentes agentes sociales y comunitarios; hostelería, policía local, comercio, local de juego, farmacias, estancos, etc. con el fin de reducir la disponibilidad y accesibilidad de las personas menores al consumo de alcohol y el juego.					
Acción 6. Control, registro e intervención en la venta, suministro, publicidad y promoción de las sustancias legales dirigidas a menores de edad.					
Acción 7. Control del consumo de alcohol en la vía pública por menores de edad.					
Acción 8. Control del comercio ilegal de drogas en el municipio.					
Acción 9. Valorar la posibilidad de activar un proyecto de medidas educativas alternativas a la sanción por consumo o tenencia de drogas, tal y como se regula en La Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la Seguridad Ciudadana la ley 1/2016 de 7 de abril de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias y el posterior decreto 88/2022, de 12 de julio, de sustitución de sanciones por incumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias.					
OBJETIVO B. Reforzar los programas de promoción de la salud y prevención con perspectiva del curso de la vida y poniendo el énfasis en el fortalecimiento del capital emocional y las habilidades para la vida de las personas					

LINEA 1 REFORMAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN LA INFANCIA					
Acción 10. Información, asesoramiento, formación al profesorado de los centros educativos para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones.					
Acción 11. Talleres de información, sensibilización y prevención de drogodependencias.					
Acción 12. Talleres sobre el buen uso de las pantallas, las redes sociales y las tecnologías.					
Acción 13. Talleres sobre el buen uso de los videojuegos					
Acción 14. Desarrollo de programas relacionados con el desarrollo de competencias emocionales y habilidades sociales.					
LINEA 2 REFORMAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD					
Acción 15. Información, asesoramiento, formación al profesorado de los centros educativos para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las adicciones.					
Acción 16. Apoyo y orientación al profesorado en la valoración e intervención con el alumnado que les preocupe por consumos de drogas, conductas potencialmente adictivas o temas relacionados con la salud mental.					
Acción 17. Talleres de información, sensibilización y prevención de drogodependencias.					
Acción 18. Talleres sobre el buen uso de las pantallas, las redes sociales y las tecnologías.					
Acción 19: Talleres de prevención de los juegos de azar y las apuestas					
Acción 20. Talleres sobre el buen uso de los videojuegos					
Acción 21. Desarrollo de programas relacionados con el desarrollo de competencias emocionales y habilidades para la vida.					
Acción 22. Desarrollo de medidas para impulsar el deporte escolar y el ocio a partir de los 12 años con una mirada especial hacia población adolescente vulnerable y mujeres de todas las edades.					
Acción 23. Impulsar programas o acciones relacionados con la salud mental emocional en espacios de ocio.					
Acción 24 Coordinación con las entidades deportivas del municipio para detectar necesidades e impulsar iniciativas de promoción de la salud y preventivas					
LINEA 3 REFORMAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN LA EDAD ADULTA					
Acción 25. Escuela formativa para familias en temas relacionados con la educación para la salud y la prevención de las adicciones.					
Acción 26. Campañas de información y sensibilización dirigidas a las familias					

Acción 27. Servicio de información, orientación y asesoramiento sobre adicciones a la ciudadanía.					
Acción 28. Campañas de Información- sensibilización dirigidas a la ciudadanía, que contribuyan a aumentar la percepción del riesgo y conocimiento del impacto de las drogas, el uso de las tecnologías y del juego					
Acción 29. Acciones de prevención del consumo de psicofármacos, especialmente dirigidas a mujeres.					
Acción 30. Inicio de un proceso de reflexión sobre la promoción del consumo de alcohol en ferias y fiestas para avanzar hacia un modelo festivo más saludable y alternativo.					
Acción 31. Diseño y desarrollo de campañas de información y sensibilización sobre adicciones en espacio festivo.					
Acción 32. Puntos de información y testado de drogas en fiestas. "Programa testing"					
Acción 33. Punto de información sobre consumo de alcohol y alcoholimetrías en espacio festivo.					
LINEA 4 REFORMAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN LAS PERSONAS MAYORES					
Acción 34. Desarrollo de iniciativas de promoción de la salud y prevención en personas mayores					
LINEA 5 REFORMAR LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN TODAS LAS EDADES					
Acción 35. Impulsar campañas para sensibilizar y desestigmatizar los problemas de salud mental y adicciones.					
Acción 36. Impulsar programas e iniciativas comunitarias que promuevan la salud, la convivencia y el encuentro entre diferentes generaciones, culturas, o religiones.					
OBJETIVO C. Fortalecer y mejorar los servicios de tratamiento, asistencia y apoyo a la inclusión social					
Acción 37. Ayudas económicas para el transporte a servicios asistenciales en adicciones.					
Acción 38. Reforzar la coordinación a través de la mesa sociosanitaria.					
Acción 39. Revisar los sistemas de detección precoz principalmente relacionados con adolescentes, jóvenes y personas mayores.					
Acción 40. Identificar y actuar sobre los factores que dificultan la detección y el acceso al tratamiento a mujeres.					
Acción 41. Favorecer la integración social de las personas con adicciones.					
Acción 42. Revisar los sistemas de detección precoz y definir el itinerario para la atención de personas con problemas de juego y uso abusivo de tecnología.					
OBJETIVO D. Desarrollar y difundir conocimiento e innovación en materia de adicciones					
Acción 43. Divulgación de la información en materia de promoción de la salud y la prevención de adicciones en el municipio.					

Acción 44. Difusión del plan de adicciones, del servicio y de los programas que se desarrollan.					
Acción 45. Realización de estudios que promuevan el conocimiento de la situación de las adicciones en el municipio.					
Acción 46. Formación y asesoramiento a diferentes agentes sociales y comunitarios en el fenómeno de las adicciones.					
Acción 47. Evaluación continua de los programas y acciones del plan teniendo en cuenta la perspectiva de género. Todos los indicadores de proceso y resultado vinculados a las personas destinatarias estarán desagregados al menos, teniendo en cuenta el sexo.					
Acción 48. Elaboración de memorias anuales del servicio de adicciones con área de mejoras identificadas					
Acción 49. Participación en comisiones, comunicación y coordinación con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco y con otras administraciones públicas que impacten en el plan local de adicciones.					
Acción 50. Coordinación sociosanitaria y educativa para la detección de áreas de mejora en la atención a colectivos más vulnerables y personas adolescentes y jóvenes con problemas de adicción.					
Acción 51. Impulsar la mesa de prevención en la que participen diferentes agentes del municipio realizando una reflexión estratégica sobre su misión y un plan de trabajo anual.					

6.-SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN LOCAL

El servicio de prevención de adicciones será el responsable del seguimiento operativo del plan y su evaluación final. Para ello, se coordinará con las diferentes áreas del Ayuntamiento, entidades u organismos vinculados al plan con el fin de recabar y valorar la información cuantitativa y cualitativa que permita hacer un seguimiento anual y una evaluación final del plan.

Anualmente se medirá el proceso de ejecución de los objetivos y acciones contempladas en el plan para ese año. Los datos se recogerán a través de los indicadores de proceso establecidos en cada una de las líneas de intervención y se plasmarán en la correspondiente memoria o informe anual. Esta evaluación posibilitará la recogida de información cuantitativa y cualitativa que contribuirá a la incorporación de ajustes y mejoras para optimizar la consecución del plan

Una vez alcanzado el periodo del plan se realizará una evaluación final y en profundidad que será la base para el desarrollo del siguiente plan local. La evaluación final proporcionará información sobre el grado de consecución de los objetivos marcados y las líneas de intervención a desarrollar durante el periodo de ejecución y determinará el diseño del nuevo plan.

4.1. SISTEMA DE INDICADORES DE EVALUACIÓN

El seguimiento y la evaluación de cada una de las acciones del Plan se realizará a través de un cuadro de indicadores que determinará el grado de consecución del objetivo planteado con la acción ejecutada. El cuadro de indicadores contempla indicadores de proceso y de resultado y están recogidos en la propuesta operativa del plan.

Los Indicadores de resultado son aquellos que al comparar objetivo y la actividad realizada arrojan un resultado que puede ser positivo (resultado alcanzado), negativo (resultado no alcanzado) o parcial (resultado parcialmente alcanzado). Los Indicadores de Proceso son aquellos que aportan información sobre cómo se está llevando la intervención y si sigue el rumbo correcto en el desarrollo de la actuación.

Se realizarán informes y memorias que aporten información sobre la evaluación anual de las acciones del plan.

Una vez terminado el periodo de vigencia del plan, se realizará una evaluación final en el que se valorará la idoneidad de este para alcanzar los objetivos planteados y se definirán las bases necesarias para la elaboración del próximo Plan.