

TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO EN CRIMINOLOGÍA

Análisis crítico de los programas de reinserción de la drogodependencia para menores existentes.

Autor del TFG:

Jose Manuel Rubio García

Tutor del TFG:

D^a. María Ángeles Casabo Orti

2024/2025

Jose Manuel Rubio García

Análisis crítico de los programas de reinserción de la drogodependencia para
menores existentes.

UNIVERSIDAD EUROPEA

Facultad de Ciencias Sociales

Grado en Criminología

Director/Tutor: María Ángeles Casabo Orti

Valencia, a 31 de mayo de 2025

DEDICATORIA

A mis padres,

Por enseñarme que no hay que estar físicamente para enseñar.

AGRADECIMIENTOS

Al igual que en la tradición japonesa, donde el crecimiento del bambú representa la paciencia, constancia y una preparación exitosa antes de florecer, este trabajo de fin de grado ha sido el resultado de un proceso largo y exigente, tanto a nivel académico como personal. No se trata únicamente de un proyecto final, sino del cierre de una etapa en la que he podido consolidar conocimientos, descubrir mis intereses más profundos y enfrentarme a mis propios límites con disciplina y determinación.

En este proceso, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una forma u otra, han sido parte esencial de este camino.

En primer lugar, a mi familia, en especial a mis padres y a mi queridísima hermana, cuyo apoyo ha sido incondicional en cada paso que he dado. Gracias por enseñarme con el ejemplo la importancia del esfuerzo, la honestidad y la perseverancia. Su confianza en mí, incluso en los momentos de duda, ha sido la guía sobre el que he construido no solo este trabajo, sino muchas de mis decisiones en la vida.

Del mismo modo, a mis abuelos, por ser siempre un referente de amor, sabiduría y estabilidad. Su presencia ha sido una fuente constante de motivación y serenidad a lo largo de mi vida. Sobre todo, por esas comidas de la iaia o las paellas del iaio entre el TFG y los exámenes.

A mi pareja, por estar siempre presente, brindándome calma cuando lo necesitaba, fuerza cuando flaqueaba y alegría incluso en los momentos de más estrés. Gracias por tu paciencia, tu capacidad de escucharme, tu comprensión y por recordarme cada día, la importancia de seguir adelante con ilusión.

A mi profesora y tutora, por su implicación, orientación y profesionalidad. Su acompañamiento ha sido clave no solo para el desarrollo metodológico del trabajo, sino también para que pudiera tomar conciencia del valor de lo que estaba investigando. Le agradezco profundamente su disponibilidad, sus observaciones críticas y su compromiso con la investigación, que han sido fundamentales para que este proyecto llegara a buen puerto.

Y, por último, pero no menos importante, agradecer tanto a Ayhan como a mí mismo, simplemente por ser nosotros, por creer en nosotros, por haber trabajado con entrega sin permitirnos fallos, por no rendirnos cuando hubiera sido más fácil hacerlo y por haber sido fieles en cada paso del camino.

RESUMEN

En España el consumo de estupefacientes por parte de menores infractores constituye un grave problema social, debido a que se considera un problema transversal que no tiene una solución o un abordaje específico. Los centros de menores terapéuticos, como centros de internamiento para menores con enfermedades mentales, incluyen a todos los menores bajo la misma nube, y trabajan de manera igual teniendo que cumplir diferentes objetivos. Esto, entre otras cosas, conlleva tratar a un menor con adicción a sustancias estupefacientes, siguiendo el mismo programa que el menor con problemas de personalidad y/o conductuales; lo cual, teniendo en cuenta que el tratamiento para menores en reinserción debería ser individualizado, no representaría una práctica adecuada ni eficiente para la reinserción de estos menores. Además, se contemplan posibles líneas de investigación que pueden ayudar a esta problemática a nivel nacional.

Palabras clave: centros de menores terapéuticos, drogodependencia, programas de reinserción, menores, consumo.

ABSTRACT

In Spain, drug abuse among juvenile offenders forms a serious social issue, as it is considered a transversal issue that lacks a specific solution nor an efficient approach. Therapeutic juvenile centers, that work as a residence for minors with mental health disorders, tend to group all minors under the same umbrella, for instance applying the same interventions and programs, while each of the minors having to reach different goals. This practice leads to medical treatment of a minor with drug addiction with the same program for a minor with personality and/or behavior disorders. Having knowledge of the fact that juveniles should be reintegrated with an individualized program, the approach of treating all the same way does not stand for adequate nor effective practice for the successful reintegration of these minors. Moreover, potential future research lines are being considered to address this national issue.

Key words: Juvenile therapeutic centers, drug abuse, reintegration programs, addiction.

Índice general

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Problema de investigación	9
1.2. Preguntas de investigación.....	10
1.3. Objetivos	10
1.4. Justificación: Relevancia, Originalidad y Contribución científica al conocimiento académico	11
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Definición y contexto de la drogadicción en menores.....	12
2.2. Factores de riesgo y protección en la drogodependencia juvenil	14
2.3. Análisis del Plan Nacional Sobre Drogas.	17
2.4. Análisis de la legislación española sobre menores y drogadicción	20
2.5. Análisis de la medicalización y su relación con la drogadicción.....	21
2.6. Análisis de los programas de prevención de consumo de sustancias de las diferentes Comunidades Autónomas en España.	23
2.7. Programas existentes en centros de menores	48
2.8. Relación de la investigación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). ..	52
3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	56
3.1. Metodología	56
3.2. Limitaciones del estudio	57
3.3. Consideraciones éticas	58
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	59

4.1.	Propuesta a partir del análisis de los resultados.....	60
5.	CONCLUSIONES	68
5.1.	Amplitud y limitaciones de la investigación.....	68
5.2.	Futuras líneas de investigación	70
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

El consumo de drogas entre menores dentro del territorio español constituye una grave preocupación creciente debido a su gran impacto en la salud, el desarrollo y la conducta de los jóvenes. Varios estudios realizados evidencian la relación entre el consumo de sustancias y comportamientos delictivos en el grupo de menores. Por lo tanto, la implementación y evaluación de programas de prevención en centros de menores es una estrategia necesaria y fundamental para abordar dicha problemática.

Según la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) que fue realizada en 2023 por el Ministerio de Sanidad; el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años, con un 73,6% que ha consumido en los últimos 12 meses. El tabaco en segundo lugar con un 27,7%, seguido del cannabis con un 21,8% de estudiantes; por último, los hipnosedantes con un 14,8%, valor que ha incrementado desde 2021. Pese a que la mayoría de estas cifras muestran una pequeña disminución respecto a las encuestas de años anteriores, siguen siendo cifras alarmantes que no reflejan nada más que una necesaria intervención efectiva.

Por otra parte, la relación entre el consumo de drogas y la conducta delictiva han sido objetivo de diversas investigaciones. En ellas, se ha observado que el consumo de sustancias puede llegar a actuar como un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de involucrarse en actividades delictivas. Además, la delincuencia juvenil constituye una de las preocupaciones sociales más relevantes en la actualidad (Uceda-Maza et al., 2016).

Durante mi periodo de prácticas me surgió el interés por analizar cómo se aborda el problema de la drogadicción en los centros de menores en conflicto con la ley. Se sabe que puede existir una relación entre el consumo de sustancias y la conducta delictiva, por lo que los centros de menores se presentan como un entorno especialmente relevante para estudiar esta cuestión. Por ello, creemos que es oportunidad clave los centros de menores para implementar programas de prevención y tratamiento con un enfoque integral.

Es esencial que los programas de prevención se basen en evidencia científica y se adapten a las necesidades específicas de los menores. La implementación de programas que promuevan habilidades sociales, resiliencia y toma de decisiones puede ser más efectivos que aquellos que se centran únicamente en la asistencia o en medidas punitivas. Además, es

fundamental la formación continua de los profesionales que trabajan en estos centros, con la intención de garantizar intervenciones adecuadas ya actualizadas.

En conclusión, la problemática de consumo de drogas entre menores y su posible vinculación con la delincuencia requiere una atención multidimensional. Los programas de prevención en centros de menores deben ser evaluados y adaptados constantemente para garantizar su eficacia, priorizando en todo momento enfoques educativos y terapéuticos sobre la medicalización.

1.2. Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación que guiarán toda esta investigación y la busca de una bibliografía adecuada será la siguiente:

¿Hasta qué punto los programas de reinserción de menores con problemas de drogadicción son eficaces?

¿Cómo se regula el programa de intervención en menores españoles?

¿Cada comunidad autónoma tiene su propio programa de intervención guiado?

¿Cuáles son los elementos comunes que presentan los programas de reinserción que resultan ser más efectivos?

¿Se podrían implementar mejoras para aumentar la efectividad de estos programas desde una perspectiva criminológica?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

El objetivo general de esta investigación es realizar un análisis crítico y exhaustivo de los programas actuales de reinserción para menores con problemas de drogadicción, y valorar su eficacia real de prevención de la reincidencia delictiva. A partir de ello, se pretende diseñar una propuesta de intervención más efectiva que cubra las limitaciones de estos programas.

1.3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- 1) Evaluar la eficiencia de los programas existentes y ver si realmente buscan la reinserción o, por el contrario, generan efectos adversos.
- 2) Investigar sobre los factores de riesgo y protectores en el consumo de drogas en menores
- 3) Proponer mejoras y soluciones para la reinserción de menores con problemas de drogadicción.

1.4. Justificación: Relevancia, Originalidad y Contribución científica al conocimiento académico

Las drogas han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, desde tiempos remotos, con usos que van desde rituales hasta terapias medicinales. En épocas pasadas, el consumo de sustancias no parecía generar las mismas consecuencias negativas que se observan hoy en día. En algunas culturas, como la china, el uso del opio se remonta a siglos atrás, y a pesar de ello, no se percibe un estancamiento social o económico relacionado con su consumo. De hecho, China se ha mantenido como una de las potencias mundiales (Cantón, 2016).

Sin embargo, la situación actual es muy distinta de esa realidad. En la actualidad, muchas de las drogas consumidas han dejado de ser naturales, y los procesos de fabricación y mezcla de sustancias están creando nuevas formas de adicción que son más peligrosas y nocivas para la salud, especialmente entre los jóvenes (Burillo, 2024).

El creciente consumo de drogas está íntimamente relacionado con la expansión de las redes sociales, la música y la influencia de artistas y figuras públicas, quienes, al exhibir su consumo, están indirectamente contribuyendo a la normalización del consumo de drogas, especialmente entre los menores, debido a que es la generación más activa en redes sociales. Por otra parte, también existe una comercialización de productos asociados al consumo de drogas, turismo relacionado con ellas, y la presencia de drogas en medios de comunicación y entretenimiento, lo que refuerzan aún más este fenómeno (Oksanen et al., 2021).

No obstante, el problema principal radica en la falta de información precisa y completa sobre los efectos nocivos de las drogas. Aunque el conocimiento general sobre algunas sustancias está extendido, la mayoría de las personas desconoce sus consecuencias a largo plazo, lo que indirectamente inicia un mal consumo. Esto es especialmente problemático cuando los consumidores son menores de edad, que se encuentran en una etapa crucial de desarrollo físico, emocional y psicológico, lo que los convierte en un grupo particularmente susceptible a los efectos dañinos del consumo de sustancias.

Por lo tanto, la motivación principal de esta investigación es dar a conocer de la manera más sencilla y clara posible todas las limitaciones que presentan los programas de reinserción existentes, para poder ponerle una solución realista y eficaz.

2. MARCO TEÓRICO

El consumo de sustancias psicoactivas en menores es un problema complejo que, además, es significativo en todo su desarrollo personal, emocional y social, y se relaciona de forma estrecha con los comportamientos delictivos y los procesos fallidos de estos menores para reinsertarse en la sociedad (Fernández-Moreno et al., 2024).

Actualmente se destaca que las intervenciones integrales para estos menores son muy importantes, y que, además, es importante que no se aborde solo la adicción, sino que también deben de abordarse sus factores contextuales, la exclusión social, el entorno familiar... (Ministerio de Sanidad, s.f.). Este marco teórico, recogerá las principales aportaciones tanto normativas, como académicas y prácticas relacionadas con la drogadicción en menores y cuáles son los modelos de intervención que guían su prevención y reinserción desde la criminología.

2.1. Definición y contexto de la drogadicción en menores

En los últimos años, el consumo de drogas ilegales en adolescentes ha experimentado un incremento. Las estadísticas indican que aproximadamente uno de cada cuatro jóvenes ha usado alguna sustancia en los últimos meses, siendo el alcohol, el tabaco, los derivados del cannabis y la cocaína las más consumidas (Matalí et al, 2009)

La drogadicción, también conocida como un trastorno causado por consumo de sustancias abusivo, se define como una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por la

búsqueda y el consumo compulsivo de drogas. Esta condición logra generar cambios en el funcionamiento de los circuitos cerebrales, confundiendo los estados de recompensa, estrés y autocontrol, cambios que pueden persistir incluso después de cesar el consumo. (NIDA, 2020)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adicción es una condición de origen físico y psicoemocional que genera una dependencia o una necesidad compulsiva hacia una sustancia, actividad o vínculo interpersonal. Cuando una persona experimenta una dependencia hacia algo, se puede considerar que tiene una adicción. Esta condición puede estar influenciada por diversos factores predisponentes, tanto a nivel personal como social, que contribuyen al desarrollo de este problema (Lucas et al, 2017, p. 3).

En el caso de los menores, la situación toma una especial preocupación por la simple razón de que el cerebro de estos sigue en su proceso de desarrollo, lo que los hace más vulnerables a los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas consumidas. El consumo abusivo de drogas durante la adolescencia puede influir en procesos claves del desarrollo cerebral, llegando a afectar a la toma de decisiones y aumentar la aparición de comportamientos de riesgo, tal como relaciones sexuales sin protección o conducción peligrosa (NIH, 2023).

La adolescencia es una etapa marcada por la exploración de nuevas experiencias y sensaciones. El consumo temprano de sustancias psicoactivas representa un desafío complejo tanto para la salud pública como para el ámbito social, ya que sus causas, consecuencias e implicaciones en los jóvenes son diversas y multifactoriales. Por ello, este problema puede analizarse desde distintas perspectivas, considerando los múltiples factores que influyen en su desarrollo para lograr una comprensión integral y un abordaje efectivo de esta problemática social (ídem, p. 3)

La adicción a sustancias es un proceso complejo que progresa desde el consumo experimental hasta el uso social, el abuso y finalmente, la dependencia. Durante este proceso, los adolescentes experimentan sensaciones intensas de satisfacción, que desaparecerán una vez desaparezca el estado de embriaguez. Utilizando este consumo como una vía rápida para evadir situaciones emocionales complicadas. Esto acaba generando una falsa sensación de control sobre los desafíos propios de su desarrollo psicosocial. Se considera que la adicción es tanto una enfermedad física como emocional, ya que implica una fuerte dependencia hacia una sustancia o actividad debido al placer que esta genera en el consumidor. Trasladando esto a la situación de los adolescentes, esta dependencia surge, por la falta de confianza en su capacidad para afrontar la realidad sin hacer uso de sustancias químicas. Como consecuencia de esta falta

de confianza muchos menores optan por evitar afrontar sus problemas o se refugian en un mundo imaginario donde se sienten libres de preocupaciones a través del consumo de drogas (ibid., p. 4).

Tradicionalmente, las drogas han sido clasificadas en “duras” y “blandas” basándose en su potencial adictivo y los daños que pueden causar, para diferenciar las sustancias entre estos grupos. Sin embargo, esta distinción es objeto de debate y puede causar graves problemas de comprensión para el ser humano en cuanto a la peligrosidad de cada sustancia. Además, estos términos pese a ser empleados de manera internacional por profesionales, no han sido aun expuestos y categorizados de manera oficial. Ni la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) o el DSM-5 clasifican sustancias psicoactivas en las categorías de “duras” o “blandas” (Janio et al, 2017).

En España, el consumo de drogas entre adolescentes es un problema de salud pública significativo. Drogas como el alcohol, tabaco y el cannabis son las sustancias más consumidas por los jóvenes. Este patrón de consumo puede estar influenciado por la accesibilidad, la percepción de riesgo y la aceptación e integración de estas, influencia dada por la idea social de clasificar las drogas según su grado de adicción o peligrosidad. Dando a entender a los menores que las drogas “blandas” son casi inofensivas, cuando realmente son una puerta a las drogas más ofensivas (Ministerio de Sanidad, 2023).

Es fundamental explicar por qué se usará el término “sustancias psicoactivas” en lugar de “drogas”. Las sustancias psicoactivas abarcan todas aquellas que, al ser ingeridas, generan modificaciones en el estado psíquico y la conciencia. Sin embargo, al hablar de “drogas”, suele asociarse únicamente con sustancias ilegales como la cocaína, el cannabis, el éxtasis... Por otro lado, cuando se mencionan las drogas legales, generalmente se hace referencia a sustancias con una amplia aceptación social, cuyo consumo no suele ser cuestionado. Un claro ejemplo es el alcohol, que, a pesar de ser una droga, no siempre se reconoce como tal, no obstante, junto con los psicofármacos, es una de las sustancias que más problemas genera en la sociedad (Pereyra, 2024).

2.2. Factores de riesgo y protección en la drogodependencia juvenil

Un factor de riesgo, según Peñafiel (2009, p. 148) es cualquier característica interna o externa al individuo que, al estar presente, incrementa la probabilidad de que ocurra un determinado fenómeno. En el caso del consumo de drogas, estos factores pueden ser de índole

personal, social o familiar, y contribuyen a predecir la aparición de esta conducta, colocando a la persona en una situación vulnerable. Por otro lado, los factores de protección incluyen atributos individuales, condiciones situacionales y elementos del entorno que disminuyen la probabilidad de que ocurra un comportamiento problemático. En relación con el consumo de sustancias, estos factores actúan reduciendo, inhibiendo o mitigando el riesgo de desarrollar una adicción (ídem, p. 148). En los apartados siguientes se detallarán algunos de los más relevantes.

Es fundamental tener en cuenta que en nuestra sociedad existen múltiples factores que fomentan un estilo de vida consumista, caracterizado por la búsqueda constante de nuevas experiencias, el hedonismo, el individualismo y la satisfacción inmediata sin considerar las repercusiones a mediano y largo plazo. Esta realidad contribuye al inicio de las adicciones en los adolescentes. Los riesgos y efectos negativos asociados a estas adicciones varían según la sustancia consumida, por lo que resulta esencial considerar factores personales, el grado de motivación, la experiencia previa y las características específicas de cada adicción en la juventud. Frente a estas influencias, tanto el núcleo familiar como el sistema educativo desempeñan un rol clave, lo que resalta la importancia de la prevención en estos ámbitos (Lucas et al., 2017, p. 3).

El avance en campos como la medicina, la tecnología y otras disciplinas ha traído consigo numerosos beneficios, pero también ciertos efectos negativos, como el desarrollo de nuevas sustancias adictivas que pueden afectar a las nuevas generaciones jóvenes. En este contexto, existen diversos factores de riesgo y de protección que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas y psicotrópicas. En términos generales, la familia desempeña un papel esencial en la prevención del consumo de drogas, al igual que el sistema educativo, que puede contribuir al adecuado ajuste psicosocial del menor. Un estilo educativo tolerante o comprensivo puede actuar como un factor protector frente al consumo de sustancias. No obstante, cuando se trata del uso de otro tipo de drogas, aspectos como el estrés, factores familiares, la autoestima, el autocontrol reducido y ciertos rasgos de personalidad, como la impulsividad, figuran entre los elementos predisponentes al consumo de drogas en la adolescencia (ibid., p. 4).

Uno de los principales factores de riesgo para los adolescentes es el entorno familiar, especialmente cuando no existen normas claras sobre el uso de drogas, hay conflictos entre los padres y el joven, o cuando el consumo de alcohol está presente en el hogar. No cabe duda de

que algunos de los comportamientos más preocupantes en la juventud actual son el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Esto se debe a que la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable, en la que el riesgo de iniciar conductas de consumo es significativamente alto (ibid., p. 8).

El consumo habitual de drogas provoca alteraciones continuas en el sistema nervioso central. Aunque un único factor no es suficiente para generar una dependencia, existen múltiples factores de riesgo que han sido identificados científicamente como influyentes en el desarrollo de la adicción. Uno de los más relevantes es la edad en la que se inicia el consumo, ya que durante la infancia y la adolescencia el cerebro aún se encuentra en proceso de maduración. Por ello, el uso de sustancias en esta etapa puede tener consecuencias negativas a largo plazo, afectando el desarrollo cognitivo y emocional (ibid., p. 6).

La frustración es una experiencia natural en la vida de cualquier persona y ocurre cuando se enfrenta a obstáculos o impedimentos. Durante el desarrollo de la personalidad, los individuos aprenden a posponer la satisfacción de sus necesidades, lo que les permite gestionar cierto grado de frustración. Sin embargo, algunas personas tienen dificultades para tolerarla y buscan una gratificación inmediata, donde las drogas pueden percibirse como un recurso rápido para alcanzar el placer inmediato, ya que resulta más difícil obtenerlo por otros medios (ibid., p. 153).

Por otro lado, algunas personas sienten una mayor necesidad de ser aceptadas por los demás, lo que puede generar una dependencia extrema del grupo. Para conseguir esta aprobación, pueden adaptar su comportamiento a las expectativas de los otros sin considerar si dichas acciones son apropiadas o los posibles efectos negativos que puedan tener a nivel personal. En este contexto, una baja resistencia a la presión grupal se asocia con una mayor predisposición al consumo de sustancias. De igual forma, aquellas personas que son propensas a “romper las reglas”, tenderán a transgredir aquellas normas que recogen el comportamiento adecuado de las sociedades, impulsándose a consumir drogas simplemente por incumplir las normas (ibid., p. 152).

Asimismo, la escuela puede ser una institución que contenga muchos elementos constituyentes a factores de riesgo como serían: las experiencias escolares negativas, dando lugar al bajo rendimiento escolar; el fracaso escolar; que el centro sea de gran tamaño, o incluso algunos estudios afirman que hay más riesgo en aquellas escuelas privadas y de carácter laico (ibid., p. 153).

De igual forma, la vinculación con la escuela y la participación activa en actividades académicas y extracurriculares fortalecen la resiliencia y el autoconcepto de los adolescentes frente al consumo de drogas. Un fuerte apego escolar se asocia con menores tasas de consumo (Rodríguez, 2023). Involucrar a adolescentes en deportes, arte y otras actividades recreativas ofrece alternativas constructivas al tiempo libre y disminuye la probabilidad de involucrarse en el consumo de drogas (ibid., p. 156).

También hay una serie de programas que pueden llegar a fortalecer las competencias sociales y emocionales, como la empatía y la toma de decisiones, han demostrado ser efectivos en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes (Rodríguez, 2023).

El autoconcepto y la autoestima juegan un papel fundamental como factores de protección frente al consumo de sustancias. El autoconcepto influye directamente en su toma de decisiones y en la forma en que enfrenta las presiones externas. La autoestima, por su parte, se relaciona con la valoración que se otorga a su imagen personal y afecta a la seguridad con la que un individuo actúa en distintos ámbitos de su vida. Fortalecer la autoestima mediante un entorno familiar positivo y el reconocimiento de logros ayuda a los adolescentes a desarrollar una autoimagen sólida y a tomar decisiones saludables (ibid., p. 151).

Es relevante destacar que el impacto del autoconcepto y la autoestima no es uniforme en todas las áreas de la vida de un joven. Por ejemplo, una persona puede sentirse segura en sus relaciones con sus amigos, pero tener una autopercepción negativa en el ámbito escolar o familiar. En este sentido, las dimensiones académica y familiar parecen actuar como factores protectores sólidos, ya que una buena valoración en estos aspectos está asociada con una menor probabilidad de involucrarse en el consumo de sustancias. Sin embargo, la autoestima social, es decir, la valoración de sí mismo en función de la aceptación dentro del grupo de iguales, puede tener un impacto ambiguo. En algunos casos, una autoestima social elevada puede relacionarse con el consumo de drogas, ya que ciertos adolescentes pueden reforzar su estatus social mediante conductas de riesgo (ibid., p. 151).

2.3. Análisis del Plan Nacional Sobre Drogas.

En España, la lucha contra la drogodependencia en menores es una de las prioridades del sistema de salud pública. El gobierno español, trata de proponer alguna que otras políticas coordinadas que deriven en iniciativas, con el fin de prevenir y reducir el consumo de sustancias psicoactivas en la población juvenil. El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) a lo largo de los

años ha sido crucial en la implantación de estrategias y programas orientados a la reducción de los problemas causados por el abuso de drogas, no solo a nivel individual, sino también en el ámbito social y comunitario (Ministerio de Sanidad, 2021).

El PNSD fue creado en el año 1985, cuyo objetivo era el de coordinar y promover políticas públicas relacionadas con las adicciones. Este plan ha ido evolucionando y mejorando con el paso del tiempo, ha tratado de adaptarse a las nuevas realidades y desafíos que plantea el consumo de sustancias psicoactivas. Un ejemplo de ello, puede ser la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, una de las iniciativas más relevantes del PNSD que ha sido desarrollada en los últimos años. Tenía, y tiene, el propósito de reducir los daños derivados de consumo de sustancias psicoactivas y, a su vez, trataba de promover una sociedad más sana. La estrategia se compone a través de varios principios de actuación, tales como la coordinación entre instituciones, la prevención y sensibilización social, la atención integral de las personas afectadas por las adicciones, la mejora del conocimiento sobre la drogodependencia, la reducción de la oferta de sustancias psicoactivas y la cooperación internacional. Esta estrategia se enfoca en varios aspectos esenciales, entre ellos se encuentra el hecho de que hay que intervenir en el entorno tanto educativo como familiar, para poder prevenir conductas adictivas (Ministerio de Sanidad, 2021). Además, la prevención en el ámbito escolar es un componente esencial, por la razón de que es en las instituciones educativas donde los menores pasan una gran parte de su tiempo. Mas allá, se busca dotar a los centros educativos de herramientas y recursos necesarios que permitan detectar señales de consumo precoz, así como ofrecer programas educativos que fomenten la salud y la toma de decisiones responsables en cuanto al consumo de sustancias (Pino y Relinque, 2020).

Por otra parte, así como lo hacen todas las medidas preventivas, el Plan Nacional sobre Drogas también se centra en la atención integral de los menores afectados por el consumo de sustancias psicoactivas. Esto incluye la implementación de programas específicos para la detección temprana del consumo, y la creación de algunas unidades especializadas en el tratamiento de las adicciones en menores. La “Guía de Intervención: Menores y Consumo de Drogas”, elaborada por el PSND, proporciona una serie de instrucciones o pautas para aquellos profesionales que trabajan con adolescentes, ayudándoles a identificar los primeros signos de la adicción y a intervenir de manera temprana, antes de que la adicción y los problemas derivados del consumo se vuelvan graves o crónicos (Ministerio de Sanidad, 2021).

Otra de las facetas importantes de la respuesta del Gobierno Español al problema de la drogodependencia en jóvenes es la formación de los profesionales que están en contacto directo con los jóvenes, esto incluye a profesores, educadores, trabajadores sociales y profesionales de la salud, quienes reciben información de forma más especializada sobre cómo abordar las adicciones en menores. La capacitación de estos profesionales es muy importante, simplemente porque son ellos quienes pueden ofrecer apoyo y orientación a aquellos adolescentes que están expuestos a la presión social para consumir drogas. Además de las políticas de prevención y tratamiento, el gobierno español también ha intentado reducir la oferta de drogas a través de medidas como la colaboración con las fuerzas de seguridad y el fomento de políticas de control de las sustancias psicoactivas (Ministerio de Sanidad, 2021).

En resumen, la respuesta de la sociedad española ante el problema de la drogodependencia en menores combina la prevención, intervención temprana, atención especializada y sensibilización. Las políticas públicas, mediante iniciativas como el Plan Nacional sobre Drogas y la Estrategia Nacional sobre Adicciones, trabajan con el objeto de la creación de un entorno más saludable y seguro para los adolescentes, implicando a diversas instituciones y sectores en la lucha contra las adicciones. Sin embargo, la colaboración de las familias, centros educativos, profesionales de la salud y la sociedad en general es fundamental para abordar este problema de la manera más efectiva posible, asegurando que los menores reciban el apoyo necesario para evitar el consumo de estas sustancias y superar las dificultades con las que se puedan encontrar (Ministerio de Sanidad, 2021).

Este plan de acción sobre adicciones que imparte el Ministerio de Sanidad en España, aunque es ambicioso en sus objetivos de reducir los daños asociados al consumo de sustancias y adicciones comportamentales. No obstante, a pesar de ellos, enfrenta algunos problemas que podrían afectar su eficacia en la lucha contra la drogodependencia en menores.

Una de las principales críticas al plan es su enfoque limitado en ciertas sustancias. Aunque se han implementado medidas para reducir el consumo de cannabis, tabaco y alcohol, otras drogas, como los hipnosedantes (ansiolíticos y antidepresivos), no han recibido la misma atención, a pesar del notable aumento en su consumo, especialmente entre los adolescentes y jóvenes. Este vacío en la estrategia de prevención podría dejar sin abordar una parte significativa del problema de las adicciones en España, donde el consumo de este tipo de fármacos ha ido en ascenso los últimos años (Martínez, 2025).

Otro aspecto que ha generado preocupaciones es la falta de un enfoque específico para mitigar las desigualdades socioeconómicas. Datos recientes indican que el consumo de drogas como la cocaína y el cannabis es más prevalente entre jóvenes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, lo que sugiere que la pobreza y la exclusión social son factores determinantes en el desarrollo de adicciones. Sin embargo, el plan no establece estrategias concretas para atender estas desigualdades, lo que podría dificultar su efectividad en estos sectores de la población (Ministerio de Sanidad, 2024).

Además, aunque el plan aborda la reducción del consumo de tabaco, no ha desarrollado estrategias específicas para enfrentar el auge de los cigarrillos electrónicos y los dispositivos de vapeo entre los jóvenes. El uso de estas alternativas incrementado en los últimos años y, al no estar suficientemente reguladas, puede que lleguen a convertirse en una de las puertas de entrada al consumo de nicotina y otras sustancias adictivas (Linde, 2024).

2.4. Análisis de la legislación española sobre menores y drogadicción

La legislación española ha desarrollado un marco normativo integral para abordar la problemática de la drogadicción en menores, combinando medidas de protección, prevención y responsabilidad penal. Entre las principales normativas destacan la Ley Orgánica 5/2000, la Ley Orgánica 1/1996 y el Plan Nacional sobre Drogas.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, regula la responsabilidad penal de los menores de entre 14 y 18 años que cometan hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o en leyes penales especiales. Esta ley establece un sistema judicial específico que prioriza la educación y reinserción del menor sobre la sanción punitiva. En relación con la drogadicción, la norma contempla medidas socioeducativas para menores implicados en delitos relacionados con drogas, enfocándose en su rehabilitación y prevención de reincidencia.

Por su parte, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece el derecho de todo menor a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. Esta ley refuerza la protección de los menores frente a situaciones de riesgo, incluyendo la exposición a sustancias estupefacientes, y obliga a los poderes públicos a adoptar medidas preventivas y de asistencia necesarias para garantizar su bienestar (Montes, 2015).

El Plan Nacional sobre Drogas, coordinado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, es una estrategia integral que engloba acciones dirigidas a prevenir el consumo de drogas y a tratar las adicciones en la población general, con especial atención a los menores. Este plan promueve campañas educativas, programas de prevención en el ámbito escolar y familiar, y facilita recursos para la rehabilitación de jóvenes afectados por las drogas. Además, impulsa investigaciones para comprender mejor el fenómeno de la drogadicción en adolescentes y desarrollar intervenciones más efectivas (Faílde et al, 2015; Ministerio de Sanidad, 2024).

Estas normativas y planes de acción son bastante importantes. Por ejemplo, algunas investigaciones indican que la aplicación de medidas educativas y preventivas en el entorno familiar y escolar reduce significativamente la probabilidad de consumo de sustancias en adolescentes. Asimismo, se ha observado que la intervención temprana y la atención individualizada son fundamentales para la rehabilitación de menores con problemas de adicción (NIDA, 2004).

En por esto, que podemos decir que la legislación española, a través de la Ley Orgánica 5/2000, la Ley Orgánica 1/1996 y el Plan Nacional sobre Drogas, establece un marco sólido para abordar la drogadicción en menores, combinando la responsabilidad penal adaptada a su edad con medidas de protección, prevención y rehabilitación, respaldadas por evidencia científica y orientadas al interés superior del menor.

2.5. Análisis de la medicalización y su relación con la drogadicción.

En los últimos años, se ha detectado un aumento considerable en cuanto a la tendencia a abordar los malestares emocionales y sociales de los adolescentes mediante tratamientos farmacológicos en lugar de estrategias psicosociales. Esta práctica, conocida como medicalización, se refleja especialmente en el uso cada vez más frecuente de medicamentos como ansiolíticos, hipnosedantes y antidepresivos (Martínez-Medina et al, 2023).

La medicalización puede definirse como el proceso mediante el cual, aspectos de la vida cotidiana se reinterpretan desde el ámbito médico, transformándose en condiciones susceptibles de diagnóstico, tratamiento o intervención clínica. Se trata, entonces, de una construcción social y cultural que otorga a la medicina un rol predominante en la regulación del comportamiento humano, en especial cuando se trata de fenómenos percibidos como desviaciones, anormalidades o sufrimientos. Esta perspectiva supone que determinados

malestares físicos, emocionales o sociales (que podrían tener origen estructural o contextual), pasan a ser tratados como enfermedades individuales, desplazando así su dimensión social (Ortega, 2016).

A lo largo de los siglos XVIII y XIX, la medicina fue consolidando su hegemonía sobre otros saberes tradicionales, como el curanderismo o la espiritualidad. En este contexto, se configuraron los primeros dispositivos institucionales y discursivos que permitieron convertir las experiencias humanas en objetos clínicos. Este fenómeno fue particularmente evidente en la obra de médicos empíricos como Domingo Rota, quien recopiló casos de enfermedades y sus curaciones en contextos precientíficos, lo que permitió a investigadores contemporáneos observar el tránsito de una medicina basada en saberes populares hacia una medicina normativa, regulada por instituciones y academias. La medicalización, por tanto, no solo implicó avances en la salud pública, sino también un mecanismo de control social que delimitaba qué cuerpos era considerados sanos o enfermos, normales o desviados (Ortega, 2016; Nieto, 2021).

La relación entre la medicalización y el consumo de drogas debe de analizarse teniendo en cuenta el proceso histórico. Originalmente, el uso de sustancias psicoactivas fue interpretado desde dimensiones religiosas, legales o morales. Sin embargo, con la consolidación del discurso médico, muchas formas de consumo pasaron a ser vistas como patologías. Así, la figura del “drogadicto” se medicaliza: ya no es simplemente un delincuente o un pecador, sino un “paciente” con una enfermedad crónica que debe ser tratado, rehabilitado y controlado. Esta transición del castigo al tratamiento, aunque en apariencia más humanitaria, también implica nuevos mecanismos de vigilancia y regulación, donde el poder médico asume un rol comparable al del sistema penal (Nieto, 2021).

En este marco, la drogadicción se convierte en un campo óptimo para el despliegue de prácticas medicalizadoras. El discurso biomédico redefine el consumo como un trastorno neuroquímico, obviando en muchos casos las causas estructurales que lo originan, como la pobreza, la exclusión social o el trauma. Se promueve así una respuesta individualizante, basada en el uso de psicofármacos, terapias conductuales y seguimiento clínico, en lugar de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral y comunitaria. Esta visión contribuye a la construcción de una subjetividad pasiva en el usuario, que ya no es actor de su proceso de cambio, sino objeto de intervención técnica (Waisse, 2020).

Al mismo tiempo, esta medicalización del consumo no afecta a todos los individuos por igual. Estudios recientes han señalado que los dispositivos terapéuticos (como los programas de rehabilitación o los tratamientos farmacológicos) tienden a aplicarse de forma más coercitiva en contextos de vulnerabilidad, especialmente entre jóvenes de clases populares, personas en situación de calle o reclusos. En estos casos, el tratamiento se convierte en una forma de disciplina que perpetúa la estigmatización y la exclusión. A ello se suma la creciente intervención del mercado farmacéutico, que convierte la adicción en una fuente de lucro a través de la venta de medicamentos, programas privados y dispositivos terapéuticos (Ortega, 2016).

Por otro lado, el proceso de medicalización ha sido acompañado por una creciente patologización de emociones, hábitos y conductas cotidianas. Así, comportamientos como la tristeza, el insomnio, la ansiedad o incluso el aburrimiento, tienden a ser diagnosticados como trastornos clínicos que requieren intervención médica. Este fenómeno ha dado lugar a lo que algunos autores denominan “hipermedicalización”, en la que se genera una dependencia no solo de sustancias ilegales, sino también de las prescripciones médicas legales. El consumo de ansiolíticos, antidepresivos o estimulantes (muchos de ellos derivados de sustancias controladas), pone de manifiesto la delgada línea entre lo terapéutico y lo adictivo dentro del propio sistema médico (Nieto, 2021).

En conclusión, la medicalización del consumo de drogas representa una compleja intersección entre el saber médico, el control social y las dinámicas económicas. Si bien, ha permitido despenalizar parcialmente el uso de sustancias al reconocerlo como una cuestión de salud pública, también ha reforzado formas sutiles de vigilancia y exclusión. Por ello, es fundamental que las políticas de prevención y tratamiento de adicciones incorporen una visión crítica sobre el papel de la medicina, reconociendo la necesidad de respuestas comunitarias, integradoras y basadas en los derechos humanos. Solo así se podrá avanzar hacia una comprensión más justa y efectiva del fenómeno del consumo de drogas en nuestras sociedades (Ortega, 2016; Nieto, 2021).

2.6. Análisis de los programas de prevención de consumo de sustancias de las diferentes Comunidades Autónomas en España.

Todos los programas que se evaluarán comparten un mismo objetivo; la prevención de la drogodependencia, lo que supone una estrategia esencial dentro de las políticas de salud

pública. Estrategia dirigida a evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo.

Según la “Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones” publicada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, un programa de prevención eficaz debe basarse en la evidencia científica, ser coherente con los objetivos de salud pública y adaptarse a las características específicas de la población a la que se dirige.

Además, para el buen funcionamiento de un programa de prevención, es esencial que se incluya una planificación sistemática, una implementación estructurada y una evaluación continua de sus resultados. También debe contemplar intervenciones en distintos ámbitos, como el individual, familiar, escolar y comunitario; promoviendo factores de protección y reduciendo factores de riesgo.

Por otra parte, otro de los pilares esenciales de cualquier programa de prevención de la drogodependencia es la participación de la comunidad y la coordinación entre sectores, así como la participación y el apoyo familiar.

2.6.1. Plan de Actuación en Drogodependencia y Adicciones de las Islas Baleares (Consejería de Salud y Consumo, 2007).

Este programa es un programa público, gestionado principalmente por la Consejería de Salud y Consumo del Govern de les Illes Balears, en coordinación con otros organismos, como es el Centro Coordinador de Drogodependencias, los consejeros Insulares, ayuntamientos y diversas ONGs (como puede ser Projecte Home). Está dirigido tanto a menores como a adultos, adaptando las intervenciones a las características de los distintos colectivos y etapas de la vida.

El programa garantiza la accesibilidad a todos los usuarios drogodependientes o con adicciones en todo el territorio balear, sin importar su lugar de residencia, con especial atención a la proximidad de los servicios al domicilio y entorno social de los usuarios. De esta forma, se fomenta la atención integrada y gratuita, dentro de un enfoque voluntario e individualizado.

En el informe del Gobierno de las Islas Baleares, no se especifica una cifra exacta de la cantidad de personas que se atienden anualmente, pero se mencionan indicadores como el número de participantes por programa, plazas en centro de día y residenciales, y personas

tratadas en el exterior desde centros penitenciarios. Esto refleja una estructura que permite intervenciones amplias y continuas en diversos entornos.

El programa, a su vez, está compuesto por equipos interdisciplinarios sociosanitarios, incluyendo profesionales de atención primaria, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, educadores, terapeutas y personal especializado en drogodependencias. Además, participan colegios profesionales, ONGs, instituciones académicas y sanitarias...

Además, emplea una intervención integral que incluye: atención individualizada y terapias (grupales e individuales); programas ambulatorios y residenciales; actividades ocupacionales, formación e inserción sociolaboral; reducción de daños, con intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos y; promoción de la salud mediante talleres y campañas comunitarias.

La atención que se proporciona es dilatada en el tiempo, adaptándose a las necesidades individuales. No se establece una duración fija, ya que el enfoque es flexible y personalizado, permitiendo que cada persona avance a su ritmo, dentro de los distintos niveles de atención. Por su parte, la participación en el entorno es fundamental, pues el programa promueve: la implicación activa de la familia en prevención, tratamiento y reinserción; el involucramiento del entorno social y comunitario, como escuelas, asociaciones, ONGs y ayuntamientos; y la promoción de la corresponsabilidad comunitaria para fomentar estilos de vida saludables y reducir el estigma asociado a las adicciones.

2.6.2. Plan de Actuación sobre Drogas y Adicciones de la Ciudad Autónoma de Melilla (Dirección General de Sanidad y Consumo, 2014)

Este programa es público, ya que depende de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad de la Ciudad Autónoma de Melilla. La gestión actual le pertenece a la Dirección General de Sanidad y Consumo, y la coordina el Consejo Local de Drogodependencias, que incluye representantes institucionales y sociales. Por su parte, se dirige tanto a menores como adultos, con programas específicos para cada grupo. Además, está abierto a toda la población residente de Melilla, incluyendo personas con problemas de consumo o en situación de riesgo, sin importar su situación socioeconómica. La derivación puede realizarse desde centros de salud, servicios sociales, asociaciones, o por iniciativa propia. Se incluyen tanto intervenciones ambulatorias como derivaciones a centros fuera de la ciudad para terapias más intensivas.

En el informe no se detallan cifras exactas anuales de personas atendidas, pero sí se señala una amplia red de recursos con múltiples programas y convenios activos (Cruz Roja, Proyecto Hombre...), lo que deja ver la amplia y adaptada capacidad de respuesta, dependiendo de los perfiles y los niveles de intervención.

El plan cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por: técnicos en drogodependencia (DUE); psicólogos y trabajadores sociales; personal de entidades colaboradoras como Cruz Roja y Proyecto Hombre; y con la colaboración de profesionales sanitarios de la Unidad de Salud Mental (USM), médicos forenses, farmacéuticos y educadores. Además, el equipo mantiene una estrecha relación con instituciones educativas, judiciales, policiales y sociales.

Las intervenciones de este programa son muy variadas, incluyen: terapias individuales y grupales; programas de metadona y desintoxicación; apoyo psicológico y social a usuarios y familias; actividades ocupacionales, culturales y talleres de formación (como jardinería, costura, yoga...); prevención escolar, familiar, laboral y comunitaria y; reducción de daños como el Programa de Intercambio de Jeringuillas. El abordaje de este programa es integral y adaptado a las necesidades individuales.

La duración no es fija, ya que se realizan planes individualizados en función del perfil y la evolución del usuario. Algunos programas son de corta estancia (intervención nocturna), mientras que otros incluyen fases prolongadas de comunidad terapéuticas y reinserción.

La implicación familiar y social, por su parte, es un eje central en este plan, pues en él se desarrollan: programas específicos de apoyo a la familia, con acompañamiento psicológico y social; colaboración con escuelas, centros de menores, asociaciones vecinales y religiosas, y organizaciones como Alcohólicos Anónimos; además, la comunidad participa también en campañas de sensibilización y educación en valores.

2.6.3. Plan de Adicciones de la Comunidad de Madrid (2022-2026) (Consejería de Sanidad, 2022)

El programa es de carácter público, gestionado por el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, dentro del organismo autónomo Madrid Salud. Se dirige a toda la población madrileña, con líneas específicas para menores, jóvenes, adultos, personas sin hogar, población reclusa y grupos en situación de especial vulnerabilidad.

Como ya se ha mencionado, está abierto a toda la ciudadanía, con un enfoque comunitario e intersectorial, facilitando el acceso mediante centros distribuidos por distritos, servicios digitales y mediante el acceso sin necesidad de derivación médica previa y con atención en las primeras 24 o 48 horas tras la demanda. El Instituto de Adicciones atendió a una media anual de 8.840 pacientes en la última década. Los centros gestionan miles de tratamientos cada año, y cuentan con capacidad para abordar distintos tipos de adicciones, tanto con sustancias como comportamentales.

Los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) y centros concertados (CCAD), cuentan con equipos multidisciplinares integrados por: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería, personal administrativo... Además, el programa incluye profesionales de educación social y orientación familiar, especialmente para menores y jóvenes, los cuales son su prioridad.

El programa contempla múltiples modalidades: intervención individual y grupal o incluso ambulatoria; terapia ocupacional, actividades socioeducativas; talleres prelaborales...; reducción de daños, con atención en la calle y dispositivos móviles; tratamiento integral y personalizado mediante Planes Personalizados de Intervención (PPI); así como prevención selectiva y universal, especialmente en contextos escolares y comunitarios.

Este programa, al igual que los anteriores no tiene una duración fija, sino que se establece en función de la situación individual mediante el PPI, que adapta los tiempos a la evolución de las personas, sus objetivos terapéuticos y el nivel de riesgo. Se trata, por lo tanto, de una intervención continuada, escalonada y adaptativa.

Por su parte, la participación del entorno familiar a través del Servicio de Orientación Familiar (SOF), la colaboración comunitaria (con centros educativos, asociaciones, redes sociales de barrio, policías y otras instituciones municipales), son un eje clave para este plan.

2.6.4. Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024 (Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados, 2018)

El plan de Prevención de Adicciones de La Rioja es público y está siendo gestionado por el Gobierno de La Rioja, en colaboración con entidades como ARAD, Proyecto Hombre, y el SERIS (Servicio Riojano de Salud). Se dirige tanto a menores como adultos, y para ser

más específicos, a menores en situación de riesgo, población penitenciaria, mujeres en situación de prostitución, colectivos inmigrantes, y personas con diversidad sexual.

El programa trata de ser accesible sin discriminación, con un enfoque en la igualdad de oportunidades. Está abierto a toda la población, pero se hace especial énfasis en: mujeres con barreras al acceso; personas inmigrantes; población penitenciaria; comunidad LGTBI y; personas en situación de exclusión social. Asimismo, se intentan reducir todas aquellas barreras al acceso, especialmente en atención primaria y salud mental, incorporando medidas de mediación intercultural y traducción, para aquellos casos en los que sea necesario.

No se especifica en el informe un número concreto de personas atendidas al año. Sin embargo, sí que aporta objetivos de impacto como puede ser el hecho de querer incrementar en un 5% el número de primeras consultas y consultas sucesivas en salud mental por adicciones.

De la misma forma, tampoco se detalla la cantidad de profesionales, pero sí que se establece que las actuaciones se desarrollan a través de: unidades de salud mental, atención primaria, ONGs y entidades colaboradoras. Los perfiles de profesionales implicados en este plan son: médicos de familia, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, mediadores interculturales y profesionales de asociaciones como Proyecto Hombre y ARAD.

El programa contempla intervenciones variadas como pueden ser terapias individuales y grupales, protocolos asistenciales integrales, actividades de educación para la salud en el ámbito escolar, comunitario y laboral, talleres de ocio saludable y refuerzo socioeducativo para menores y, coordinación con grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas y asociaciones de apoyo.

El Plan ha estado vigente durante 6 años, de 2018 a 2024. Dentro del plan se promueve activamente la implicación del entorno con: intervención con el entorno familiar en casos tratados por ONGs; participación de la comunidad educativa y sanitaria; implicación de asociaciones civiles y; red de coordinación con grupos sociales para garantizar la reinserción.

2.6.5. Plan Regional sobre Adicciones de la Región de Murcia (2021-2026) (Consejería de Salud y Comunidad Autónoma de La Región de Murcia, 2021)

Este programa es un programa público que está siendo gestionado por la Conserjería de Salud de la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones

y el Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Es por eso, que está abierto a la población residente en la Región de Murcia, especialmente a quienes tienen problemas de abuso de sustancias o adicciones comportamentales.

No hay cifras exactas de usuarios atendidos, pero el Plan incorpora herramientas para evaluar la eficiencia y el retorno social de la inversión (SROI) de los programas de intervención. La información se recoge a través del Observatorio sobre Drogas, que contabiliza los casos tratados anualmente en las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y otros dispositivos.

El equipo profesional está compuesto por: psiquiatras; psicólogos clínicos; enfermería en salud mental; trabajadores sociales; terapéuticas ocupacionales; auxiliares clínicos y; personal administrativo.

El plan contiene intervenciones individuales y grupales desde las Unidades de Conductas Adictivas y Salud Mental. Entre ellos, sus programas destacados son: el Programa ARGOS, encargado de la intervención integral en contextos sanitarios, escolares, familiares y comunitarios, con actividades educativas, prevención y detección precoz; y el Programa “Prevenir desde pequeños”, que incluye educación parental y formación de familias; y terapias ocupacionales, comunidades terapéuticas y dispositivos móviles de intervención.

En principio, este plan tiene una duración de 6 años, en el que cada individuo estará el tiempo necesario. Además, se prioriza, bajo cualquier actuación, la participación del entorno familiar, social y/o comunitario.

2.6.6. Plan de Actuación sobre Drogas del Principado de Asturias (Unidad de Coordinación del Plan de Drogas y Dirección General de Salud Pública y Participación, 2010)

El plan sobre Drogas del Principado de Asturias consiste en un programa de carácter público, elaborado y coordinado por la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas de la Conserjería de Salud y Servicios Sanitarios, junto con el Servicio de Salud de Asturias (SESPA) y con la participación de los Planes Municipales de Drogas y diversas ONGs (Cruz Roja, Comité Antisida, Siloé) que colaboran de manera activa en la ejecución de programas específicos de prevención, reducción de riesgos y asistencia y reinserción.

Este programa se dirige a toda la población residente en Asturias que presente consumo problemático de sustancias, a menores en situación de protección a través de dispositivos específicos (como el programa “Reciella” para menores en conflicto social y/o penal), a la población reclusa en los “Módulos Libres de Drogas” del centro penitenciario de Villabona, así como a sus familiares.

En cuanto a capacidad de intervención, los Módulos Libres de Drogas han experimentado un crecimiento, pasando de 270 entradas en 2001, a 917 en 2017, y subiendo con el paso de los años, mientras que las desintoxicaciones hospitalarias oscilan entre 220 y 275 ingresos y los programas de reducción de riesgos (intercambio de jeringuillas y dispensación de metadona) atienden a varios centenares de usuarios cada año.

El equipo profesional que da soporte a estas intervenciones es multidisciplinar: en los recursos sanitarios (SESPA) trabajan médicos de familia, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales; los PMD incorporan educadores sociales y mediadores; en el ámbito penitenciario, la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) combina personal penitenciario con internos en un modelo de cogestión.

La intervención en el Plan sobre Drogas de Asturias combina la prevención en centros educativos y familiares, actividades de ocio saludable para jóvenes, medidas de reducción de daños como el intercambio de jeringuillas y metadona, y un tratamiento integral que incluye desintoxicación hospitalaria, terapias y centros de día. La reinserción social se apoya en pisos tutelados gestionados con los ayuntamientos de Oviedo y Gijón.

El plan tuvo una vigencia de 2010 a 2016. Las estancias de desintoxicación son breves, la terapia con metadona tiene duración indefinida según necesidad médica, y los recursos residenciales ofrecen atención continua las 24 horas.

El entorno familiar y comunitario participa mediante escuelas de familias, talleres para allegados en juzgados, y campañas de prevención organizadas en colaboración con AMPAs y ayuntamientos, todo ello coordinado por los Planes Municipales de Drogas.

2.6.7. III Plan Autonómico de Adicciones de Aragón (2018-2024) (Dirección General de Salud Pública, 2018)

El III Plan Autonómico de Adicciones de Aragón es de titularidad pública y está impulsado por la Dirección General de Salud Pública de Aragón. Su coordinación recae en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la de Salud Pública, que trabajan conjuntamente con las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA), los Centros de Servicios Sociales y entidades contratadas que prestan programas especializados en prevención y asistencia.

El plan garantiza el acceso gratuito a cualquier persona que le corresponda la atención sanitaria en Aragón, mayores y menores, población reclusa y colectivos vulnerables, mediante derivación desde Atención Primaria, servicios sociales o la vía judicial.

Durante el periodo de elaboración del II plan (2010-2016), las admisiones a tratamientos en UASA se situaron en torno a 1600-1700 inicios anuales, con una proporción estable de cuatro hombres por cada mujer, cifra que el III plan ha pretendido tanto mantener como mejorar.

Las UASA, deben de disponer de un equipo interdisciplinar formado por médicos de familia o psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y personal de apoyo.

El Plan combina estrategias de prevención universal, selectiva e indicada, intervenciones breves en Atención Primaria para tabaco y alcohol, programas de deshabituación tabáquica en centros de salud, terapias individuales y grupales en UASA, comunidades terapéuticas y medidas de ocio activo saludable dirigido a jóvenes.

La implicación del entorno familiar y comunitario se fomenta mediante la colaboración con los Centros de Servicios Sociales para desarrollar Programas Especializados de Adicciones, la constitución de mesas locales de prevención en cada comarca, la participación de los Consejos de Salud de zona y la coordinación intersectorial entre sanidad, servicios sociales, educación y entidades ciudadanas.

2.6.8. VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027 (Gobierno Vasco)

(Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud, 2023)

El VIII Plan sobre Adicciones del País Vasco es un programa público coordinado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, con la participación de entidades locales, diputaciones y organizaciones del tercer sector. Su enfoque es mixto abarcando tanto a menores, personas adultas, con especial atención a colectivos vulnerables como menores, personas con trastornos mentales o en exclusión social.

La accesibilidad es universal, con actuaciones adaptadas al ciclo vital de las personas y una perspectiva de género. El plan está abierto toda la ciudadanía, aunque prioriza el trabajo con grupos en situación de mayor riesgo.

Aunque no se especifican cifras concretas de capacidad o ratio, el plan contempla un sistema de evaluación continua que permite ajustar las intervenciones según la demanda y efectividad.

El equipo profesional es multidisciplinar, incluyendo personal sanitario, educativo, social y comunitario, aunque no se detallan los números específicos. La coordinación entre instituciones es clave para su implementación.

La intervención abarca, prevención ambiental, campañas educativas, acciones en el entorno escolar y comunitario, y programas de inclusión social. Aunque no se especifican, formatos terapéuticos concretos, se prevén acciones integrales centradas en la salud y el acompañamiento.

El plan está diseñado para implementarse durante cuatro años. Durante este tiempo, se desarrollarán 58 acciones enmarcadas en 20 líneas estratégicas, con el objetivo de ofrecer una respuesta coherente, efectiva y adaptada a los desafíos actuales en materia de adicciones

El entorno familiar, social y comunitario tiene un papel central, tanto en la elaboración del plan como en su implementación. Se fomenta la participación de familias, escuelas y asociaciones para fortalecer el impacto preventivo.

2.6.9. Plan Municipal de Adicciones de Valencia (2025-2029) (Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas y Consellería de Sanitat, 2025).

El plan municipal de adicciones de Valencia es un programa público gestionado por el Ayuntamiento de Valencia, a través del Servicio de Adicciones y la Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. Tiene un carácter mixto, ya que está dirigido tanto a menores, jóvenes y familias como personas adultas, con actuaciones específicas, según la edad y el grado de riesgo. Se estructura como una propuesta integral de prevención y sensibilización frente a las adicciones con sustancia y sin sustancia, coordinado sus acciones con entidades públicas y privadas, como universidades, asociaciones comunitarias.

La accesibilidad es amplia, con intervenciones dirigidas a toda la población del municipio y especial atención a colectivos vulnerables, como jóvenes, con primeros consumos, familias en riesgo o menores con medidas judiciales.

No se dan cifras exactas de atención, pero se indica una cobertura amplia a través de programas en más de 80 centros educativos y numerosas acciones en barrios y espacio públicos.

El equipo profesional está formado por técnicos municipales en psicología, trabajo social, educación y prevención, junto con personal en prácticas y colaboradores universitarios. No se proporciona el número exacto de integrantes.

El plan incluye talleres escolares, actividades de ocio saludable, asesoramiento familiar, campañas de prevención y terapias individuales cuando es necesario. Combina actividades físicas, formativas y de sensibilización, tanto individuales como grupales.

Tiene una duración de cinco años de 2025 hasta 2029. Las actividades tienen una planificación anual, muchas de ellas vinculadas al calendario escolar, aunque otras se desarrollan en formato continuo o por ciclos trimestrales en el ámbito comunitario.

Por último, la participación del entorno familiar, social y comunitario constituyen un pilar central del plan. Existen programas dirigidos específicamente a las familias, como los desarrolla miento ante consumos, formación parental y acompañamiento emocional. También se fomenta la colaboración con asociaciones barriales, entidades juveniles, centros de salud y otros servicios municipales. La implicación de estos actores se considera clave para generar un contexto de apoyo sólido, mejorar la detección temprana y favorecer una reintegración efectiva de las personas afectadas por problemas de adicción.

2.6.10. III Plan Foral de Prevención: Drogas y Adicciones (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2018).

El III Plan Foral de Prevención: Drogas y Adicciones de Navarra es una iniciativa pública, impulsada por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, centrada exclusivamente en la promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias y otras conductas adictivas. El plan se desarrolla dentro del marco del Plan de Salud Pública, y sigue una estrategia multidisciplinar y participativa, excluyendo la atención asistencial directa, que queda recogida en la Estrategia de Salud Mental de Navarra.

Este programa tiene un carácter mixto y se dirige a toda la población de Navarra, aunque presta especial atención a menores, adolescentes, jóvenes y personas en contextos de vulnerabilidad social, económica o psicológica. Su enfoque es preventivo y adaptado al ciclo vital de las personas, abordando desde el entorno escolar, hasta el comunitario y familiar. La accesibilidad es universal, con acciones específicas en escuelas, barrios, centros de salud y espacios de ocio juvenil. También se aplican medidas de prevención en el ámbito laboral y en colaboración con servicios sociales de base.

El plan no proporciona cifras concretas sobre la capacidad de atención, pero se sustenta en el uso de indicadores de evaluación y seguimiento a partir de encuestas autonómicas y estadísticas de salud. Además, se estructura mediante cuatro tipos de prevención: universal, selectiva, indicada y ambiental, lo que permite actuar tanto en etapas tempranas como en casos con riesgos detectados.

La composición del equipo profesional es amplia y multidisciplinar, incluyendo técnicos en salud pública, profesionales de salud mental, trabajadores sociales, educadores y personales de servicios municipales, así como asociaciones ciudadanas. La formación continua y la coordinación intersectorial son elementos clave para el desarrollo del plan.

Entre las intervenciones se incluyen talleres escolares, programas familiares, actividades comunitarias, campañas de sensibilización, acciones específicas para prevenir el juego patológico y el uso problemático de tecnologías, así como proyectos para adolescentes sancionados por tenencia de droga. El plan tiene una duración de cinco años y se elaboró a través de un proceso de participativo, recogiendo aportaciones de profesionales, familias, jóvenes y agentes comunitarios. La participación del entorno social, familiar e institucional se considera esencial para fortalecer los factores de protección frente a las adicciones.

2.6.11. Plan sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas de Ceuta (Consejería de Sanidad y Consumo, 2012)

El Plan sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas de la ciudad autónoma de Ceuta es un programa público gestionado por la Consejería de Sanidad y Consumo, a través del Centro de Atención a la Drogodependencia. Está dirigido tanto a menores como adultos y se estructura en 5 áreas fundamentales: planificación, asistencia, prevención, inserción sociolaboral y formación/investigación. Su enfoque integral y adaptado a las necesidades locales, con especial atención a las adicciones con y sin sustancia, como el juego patológico.

La accesibilidad del programa es amplia, con cobertura para toda la población Ceutí. Se desarrollan actividades en los ámbitos educativos, comunitario, familiar, laboral y de ocio nocturno. La ciudad ofrece dispositivos como la Unidad Móvil RULE, que interviene en zonas de ocio, juvenil, o la Unidad Itinerante de Metadona (UTIME). Estas acciones permiten acercar los servicios a los usuarios y disminuir las barreras del acceso.

En cuanto a la capacidad, el plano detalla cifras anuales, pero informa que en 2010 contaba con un equipo de aproximadamente 30 profesionales. A lo largo de su desarrollo se consolidó una red asistencial local, ampliando infraestructuras y recursos humanos. El equipo profesional es multidisciplinar e incluye psicólogos, médicos, trabajadores sociales, monitores ocupacionales y técnicos en prevención. Están coordinados por el responsable del plan y distribuidos en las distintas unidades especializadas.

La intervención abarca desde terapias individuales hasta actividades, ocupacionales, programas educativos, reinserción laboral y tratamiento médico. Se trabaja tanto con usuarios como con sus familias, especialmente en fases de incorporación social o prevención escolar.

El plan tiene una duración oficial de cinco años, aunque muchos de sus acciones se mantienen operativas más allá del marco temporal mediante la renovación anual de convenios y presupuestos.

La participación del entorno familiar y social clave. Se promueve la implicación de las familias en el proceso terapéutico y de reinserción. Además, el plan fomenta, la colaboración entre instituciones, asociaciones, ONG y comunidad educativa para crear entornos protectores y disminuir la incidencia de nuevas adicciones.

2.6.12. Plan de Adicciones de Extremadura (2018-2023) (Junta de Extremadura y Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, 2019)

El Plan de Adicciones de Extremadura es un programa público, promovido por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, y gestionado por la Dirección General de Salud Pública. Tiene un enfoque integral que combina prevención, asistencia, reducción de daños y reinserción social, con especial atención a las adicciones, tanto con sustancia como sin sustancia, incluyendo los juegos online y otras conductas adictivas. El plan es de carácter mixto, con actuaciones específicas para menores, jóvenes, adultos y colectivos en riesgo.

En cuanto a la accesibilidad, el plan está abierto a toda la población extremeña, con dispositivos específicos para personas vulnerables, mujeres con barreras de acceso al tratamiento, población penitenciaria y jóvenes en conflicto con la ley. Implementan programas en los entornos escolar, comunitario, sanitario y familiar, con la intención de adaptar las intervenciones a la realidad de cada contexto.

La capacidad de intervención no se resume en una cifra concreta, pero el plan despliega una amplia red de recursos: equipos ambulatorios de conductas adictivas, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, programas móviles de atención, y recursos específicos para menores sancionados. También se desarrollan programas en coordinación con los centros penitenciarios.

El equipo profesional está compuesto por personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, técnicos de prevención, y especialistas en salud mental y adicciones. Esta estructura multidisciplinar se articula a través de convenios con entidades públicas y sociales, y se refuerza con formación continua y redes de coordinación profesional.

En cuanto al tipo de intervención, se combinan terapias individuales y grupales, programas de prevención familiar y escolar, actividades de reducción de riesgos, itinerarios de inserción, y programas específicos para menores infractores y sus familias. Se pone especial énfasis en la intervención comunitaria, el ocio saludable y la educación en valores.

Finalmente, la participación familiar y comunitaria es un eje transversal del plan. Se fomenta el trabajo con las familias en el abordaje de casos individuales y en prevención, así como la colaboración con asociaciones, centros escolares, profesionales de la salud y servicios

sociales. Esta dimensión comunitaria refuerza el papel del entorno, agente protector, frente a las adicciones.

2.6.13. Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, 2016)

El Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones es un programa público gestionado por la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta Andalucía, en coordinación con los servicios de salud, entidades locales y organizaciones del tercer sector. Se trata de un programa mixto, dirigido tanto a menores como adultos, que aborda las adicciones, con y sin sustancia, desde un enfoque integral, interinstitucional y basado en la salud pública, la promoción del bienestar y la inclusión social.

En lo referente a la accesibilidad, el plan está abierto toda la población andaluza, con medidas específicas orientadas a colectivos vulnerables: jóvenes en situación de riesgo, mujeres, personas privadas de libertad y personas en situación de exclusión. La amplia red territorial de recursos garantiza que los servicios lleguen tanto al entorno urbano como al rural, y se promueve medidas que reduzcan barreras sociales, económicas o de género.

Respecto a la capacidad y ratio de intervención, Andalucía cuenta con una extensa red de más de 100 centros de tratamiento ambulatorio (CTA), comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación hospitalaria y dispositivos específicos para la atención a menores infractores con problemas de consumo. Solo en los CTA se gestionan decenas de miles de admisiones anuales, lo que convierte a la comunidad en una de las más activas del país en este ámbito.

El equipo profesional está formado por personal especializado en medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación sociales. Estos equipos multidisciplinares trabajan de forma coordinada a nivel autonómico, provincial y local, y recibe formación continua para adaptarse a los nuevos retos en materia de adicciones.

En cuanto al tipo de intervención, se incluyen terapias individuales y grupales, programas, familiares, talleres ocupacionales, intervenciones educativas, comunitarias y laborales, así como campañas de sensibilización y actividades de prevención en el ámbito escolar. También se desarrollan programas como “ciudades ante las drogas”, centrados en la prevención desde el entorno municipal.

La duración del plan es plurianual, con ciclos de planificación estratégica que se revisan periódicamente. Las actuaciones pueden variar en duración según la intervención, desde sesiones breves hasta tratamientos estructurados a lo largo plazo.

La participación del entorno familiar, social y comunitario es un eje esencial del plano andaluz. Las familias se implican tanto los procesos de tratamiento como los programas de prevención, y se fomenta el trabajo en red con asociaciones, escuelas, ayuntamientos y colectivos ciudadanos. Esta cooperación busca generar un entorno más saludable y reducir la incidencia del impacto de las adicciones en la comunidad.

2.6.14. Plan Regional de Adicciones de Castilla la Mancha (2022-2025) (Consejería de Sanidad, 2022).

Este plan es un programa público que forma parte de las políticas de salud, impulsadas por la Consejería de Sanidad de la Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha. Su gestión está a cargo de la Dirección General de Salud Pública, lo que garantiza una cobertura integral y coherente en todo el territorio. Este plan tiene un enfoque mixto, ya que se dirige tanto a menores como adultos, buscando atender las necesidades específicas de cada grupo poblacional. El objetivo fundamental es la reducción del consumo de sustancias adictivas, la promoción de hábitos saludables y la reintegración social de las personas afectadas.

El acceso al plan está garantizado para toda la población castellanomanchega, poniendo un énfasis especial en aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Esto incluye tanto a menores en centros de protección o bajo medidas judiciales, como personas adultas que presentan trastornos adictivos. El plan contempla medidas específicas para asegurar la accesibilidad a los recursos, eliminando barreras socioeconómicas y facilitando el acceso a tratamientos en zonas rurales y urbanas.

Aunque el documento no especifica el número exacto de personas atendidas al año, el plan establece una serie de dispositivos de atención que incluyen centros ambulatorios, unidades de conductas adictivas y programas de intervención en centros penitenciarios.

El equipo de profesionales implicados en el desarrollo de este plan está compuesto por un amplio abanico de perfiles. Entre ellos destacan médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y personal especializado en adicciones. La coordinación intersectorial permite que

estos profesionales trabajen en red, optimizando recursos y asegurando un enfoque integral que combina prevención, tratamiento y rehabilitación.

En cuanto al tipo de intervención, el plan pone especial énfasis en las terapias grupales individuales, así como la realización de talleres ocupacionales y actividades de carácter preventivo en entornos educativos. También se desarrollan programas específicos en contexto penitenciarios, con el fin de facilitar la reintegración social de las personas privadas de libertad. Asimismo, se llevan a cabo campañas de sensibilización y prevención que buscan crear un entorno social, menos propicio para el consumo de sustancias.

La duración del plan está establecida para el periodo 2022 a 2025, lo que permite una planificación estrategia a medio plazo. Este periodo incluye fases de evaluación continua que permiten ajustar las acciones según los resultados obtenidos, asegurando, así que el enfoque permanezca actualizado y efectivo frente a nuevas necesidades.

Un elemento clave del plan es la participación del entorno familiar, social y comunitario. Se fomenta la implicación de la familia en el proceso terapéutico, entendiendo que su colaboración puede ser fundamental para el éxito de las intervenciones. Además, se trabaja en estrecha colaboración con entidades locales, asociaciones comunitarias y el ámbito educativo, promoviendo un enfoque comunitario que favorezca la inclusión social de los afectados.

2.6.15. IV Plan Canario sobre Adicciones (2022-2024) (Consejería de Sanidad, 2022).

El IV Plan Canario sobre Adicciones, gestionado por el Servicio Canario de la Salud y la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, es un programa público enfocado en abordar el problema de las adicciones en la región. Este plan está dirigido tanto a menores como a adultos, ya que su enfoque es integral y abarca tanto la prevención como la intervención en diversos grupos poblacionales. Está financiado por la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud y cuenta con la participación de múltiples entidades y profesionales especializados.

El programa es accesible a toda la población de Canarias, con especial atención a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo menores. Se llevan a cabo actividades preventivas y terapéuticas en centros educativos, unidades de atención primaria y recursos especializados. La capacidad de intervenciones es amplia, aunque no se especifican el número

exacto de beneficiarios anuales. No obstante, la red de recursos garantiza el acceso tanto a la prevención, el tratamiento.

El equipo profesional incluye sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y técnicos en drogodependencias, deben de investigadores académicos. El plan integra intervenciones físicas, talleres ocupacionales y terapias tanto individuales como grupales, con el objetivo de ofrecer un enfoque completo y multidisciplinar.

El programa tiene una duración de tres años y se revisa periódicamente para garantizar su efectividad. La participación familiar y comunitaria es clave en el proceso de rehabilitación, por lo que se desarrollan actividades educativas y que promuevan el apoyo social y la colaboración institucional. Este enfoque busca solo tratar las adicciones, sino también facilitan la reintegración social de las personas afectadas.

2.6.16. Plan de Drogas y Adicciones Comportamentales de Cataluña (2019-2023) (Agencia de Salud Pública, 2019).

El Plan de Drogas y Adicciones Comportamentales de Cataluña es una estrategia pública gestionada por la Subdirección General de Drogodependencias, dependiente de la Agencia de Salud Pública de Cataluña y el Departamento de Salud de la Generalitat. Su objetivo principal es abordar el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales Tales como el juego patológico y el uso compulsivo de Internet. El enfoque del plan es integral y se dirige tanto a menores como adultos, con el propósito de intervenir el consumo, reducir los daños asociados y promover la reintegración social de las personas afectadas.

La accesibilidad del plan está garantizada para toda la población catalana, con un enfoque particular en grupos vulnerables, especialmente menores en situación de riesgo. Los recursos del programa se despliegan en centros educativos, servicios de salud primaria y dispositivos especializados en adicciones. Además, se realizan campañas comunitarias para sensibilizar a la sociedad sobre los riesgos del consumo en las adicciones comportamentales. El plan promueve la colaboración entre instituciones públicas y privadas para asegurar una mayor cobertura de eficacia la intervención.

En cuanto a la capacidad de intervención, el programa cuenta con una amplia red de recursos distribuidos en el territorio, incluyendo centros ambulatorios, unidades hospitalarias

y servicios específicos para adicciones conductuales. Aunque no se especifica el número exacto de usuarios atendidos al año, el plan garantiza el acceso a través de la coordinación interinstitucional.

El equipo profesional está compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, médicos y educadores especializados, además de contar con el apoyo de investigadores del ámbito académico. El plan fomenta la formación continua para mantener la actualización de los profesionales en adicciones y patrones de consumo.

Las intervenciones combinan actividades físicas como talleres ocupacionales y terapias tanto individuales como grupales. Enfoque integral. Buscan no solo la reducción de daños, sino también el fortalecimiento de habilidades personales y sociales.

La participación familiar y comunitaria clave el desarrollo del plan, fomentando actividades educativas y de apoyo social, que involucran a familiares y a agentes comunitarios, promoviendo el entorno que favorezca la reintegración y la prevención del consumo.

2.6.17. Plan Autonómico sobre Adicciones de Castilla y León (2024-2030) (Comisionado Regional para la Droga, 2024)

El Plan Autonómico sobre Adicciones de Castilla y León, 2024/2030 es una iniciativa pública promovida por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Su objetivo principal es reducir el consumo de sustancias adictivas y mitigar los daños asociados, promoviendo además la reintegración social de las personas afectadas. El programa está dirigido tanto a menores como adultos, abordando adicciones, tanto a sustancias comportamentales, incluidas las relacionadas con el juego, como al uso compulsivo de Internet.

La accesibilidad del plan está garantizada para toda la población de la comunidad, con especial énfasis en aquellos grupos más vulnerables, como los menores en situación de riesgo y personas con antecedentes de consumo problemático. El programa cuenta con una red de recursos ampliamente distribuida en el territorio ofreciendo atención ambulatoria y hospitalaria, además de programas específicos en centros penitenciarios y dispositivos comunitarios.

La capacidad de intervención del plan es considerable, aunque no especifica el número exacto de personas atendidas anualmente. Sin embargo, se destaca que la amplia red de recursos

permite atender tanto a individuos en fases tempranas de consumo, aquellos con problemas de adicciones establecidos. Además, se promueve la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, optimizando así el alcance y la eficacia de las intervenciones.

El equipo profesional involucrado incluye psicólogos, trabajadores sociales, médicos especializados en adicciones y personal educativo, complementado por expertos en salud pública. También se fomenta la colaboración con investigadores de universidades y centros de formación, lo que garantiza que el abordaje se realice bajo un enfoque científico y actualizado.

Las intervenciones del plan incluyen talleres ocupacionales, actividades físicas, terapias individuales y grupales, y programas de reducción de daños. Además, se ofrecen intervenciones comunitarias para sensibilizar y educarla a la población, abordando, tanto el consumo de sustancias como las adicciones comportamentales. La duración del programa es de seis años (2024-2030) y contemplan evaluaciones periódicas para ajustar estrategias según la evolución de los problemas de consumo en la comunidad. La participación familiar y comunitaria esencial, ya que se fomenta el involucramiento de los allegados de los afectados para crear un entorno de apoyo y promover la reinserción social.

2.6.18. Plan de Adicciones de Galicia (Estrategia SERGAS 2020) (Dirección General de Salud Pública, Xunta de Galicia, 2020)

El Plan de Adicciones de Galicia se enmarca dentro de la Estrategia SERGAS 2020, gestionada por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Este programa público tiene como objetivo principal mejorar la salud de la ciudadanía, mediante la prevención del consumo de sustancias adictivas y la promoción de hábitos saludables. Está dirigido tanto a menores como adultos, abarcando tanto las adicciones a sustancias, como los problemas derivados del uso compulsivo de Internet y el juego patológico.

El plan es accesible para toda la población gallega, con especial enfoque en colectivos, vulnerables, como menores en riesgo social y personas con antecedentes de consumo problemático. Se despliega principalmente a través de centros de atención primaria, dispositivos especializados en drogodependencias y recursos comunitarios. Asimismo, se promueven campañas de sensibilización a nivel local y regional para informar sobre los riesgos asociados al consumo de drogas y otras adicciones comportamentales.

La capacidad intervención del programa es amplia, aunque no se detalla un número exacto de beneficiarios anuales. La red asistencial incluye centros de salud, unidades especializadas en tratamiento ambulatorio y programas específicos para la reducción de daños. Además, el plan contempla intervenciones en centros educativos y espacios comunitarios para llegar a un mayor número de personas, tanto en áreas urbanas como rurales.

El equipo profesional del plan está compuesto por médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y personal especializado en salud pública. La formación continua es un elemento fundamental, ya que el programa apuesta para actualizar constantemente los conocimientos de los profesionales para adaptarse a nuevas tendencias de consumo y adicciones emergentes.

Las intervenciones combinan terapias individuales y grupales, actividades ocupacionales y talleres educativos. Además, el plan promueve la práctica de actividades físicas como parte de la rehabilitación, integrando el tratamiento sanitario con estrategias de promoción de la salud. La coordinación intersectorial permite la colaboración con entidades educativas, sociales y comunitarias.

El entorno familiar y comunitario. Juega un papel clave en la efectividad del plan, ya que se promueve su participación en las actividades de prevención y apoyos terapéutico. Así, se buscan solo tratar las adicciones, sino también fortalecer el tejido social para facilitar la reintegración de los afectados.

2.6.19. Tabla comparativa de todos los programas

Comuni- dad Au- tonoma	Ges- tión	Pobla- ción Destina- taria	Accesibi- lidad	Equipo profes- sional	Interven- ciones	Dura- cion	Partici- pación Fami- liar/Co- munita- ria
Islas Ba- leares	Conse- jería Salud	Menores y adultos	Universal y gratuita	Multi- discipli- nar so- ciosani- tario	Terapias, talleres y reinserción	Sin dura- ción fija	Familiar y Comuni- taria
Melilla	Cons- jería Bie- nestar Social	Menores y adultos	Abierta sin exclu- siones	Técni- cos y psicólo- gos	Terapias ocupacio- nales y me- tadona	Flexi- ble se- gún perfil	Apoyo fa- miliar y colabora- ción co- munitaria
Madrid	Ayto. Ma- drid	General con enfo- que en menores	Acceso rápido y sin deriva- ción	CAD y CCAD con múl- tiples perfiles	PPI, reduc- ción de da- ños y talle- res	Adap- tada a cada caso	Familiar
La Rioja	Go- bierno La Rioja	Colecti- vos vul- nerables	Equitativa y adap- tada	Médicos y psi- quiатras	Terapias, educación y reinser- ción	Sin dura- ción fija	Comuni- taria
Murcia	Conse- jería Salud	General foco en UCAs	Regional	UCAs con per- files sa- nitarios	Programa ARGOS, terapias	Sin dura- ción fija	Familiar y Comuni- taria
Asturias	SESPA y ONGs	Pobla- ción ge- neral y reclusos	Universal y módulos peniten- ciarios	Médi- cos, tra- bajado- res so- ciales y UTE	Preven- ción, meta- dona y pi- sos tutela- res	Varia- ble se- gún re- curso	Familiar
Aragón	Direc- ción Salud Pú- blica	Toda la pobla- ción	Gratuita por deri- vación	Médi- cos, psi- cólogos y traba- jadores sociales	Terapias, ocio salu- dable y prevención	Sin dura- ción fija	Comuni- taria
País Vasco	Go- bierno Vasco	General atención vulnera- bles	Universal con pers- pectiva de género	Multi- discipli- nar	Preven- ción, inclu- sión y sa- lud mental	Sin dura- ción fija	Familiar clave en planifica- ción
Valencia	Ayto. Valen- cia	Enfoque en jóve- nes	Muy acce- sible	Técni- cos mu- nicipales	Talleres, campañas y ocio salu- dable	Sin dura- ción fija	Familiar

				y uni- versida- des			
Navarra	Instituto Salud Pública	Preventiva solo sin atención directa	Universal multisectorial	Salud pública y educadores	Prevención, juego, TIC y sanciones	5 años	Familiar y Comunitaria participativa en diseño e implementación
Ceuta	Consejería Sanidad	Menores y adultos	Amplia con unidad móvil	Psicólogos, médicos y técnicos de prevención	Terapias ocupacionales, reinserción	5 años renovable	Familiar e instituciones
Extremadura	Junta de Extremadura	Colectivos vulnerables	Acceso completo en todos ámbitos	Red multidisciplinar	Terapias, prevención y ocio saludable	Sin duración fija	Familiar y Comunitaria
Andalucía	Junta Andalucía	General énfasis en riesgo	Amplia red territorial	CTA, psicólogos y educadores	Terapias, prevención escolar y reinserción	Revisión periódica	Familiar y Comunitaria
Castilla la Mancha	Junta CLM	General vulnerables	Garantizado en rural y urbano	Médicos, psicólogos y educadores	Terapias y talleres penitenciarios	Sin duración fija	Familiar y Comunitaria
Canarias	Gobierno de Canarias	General énfasis vulnerables	Abierta accesibilidad	Psicólogos, técnicos y sociólogos	Terapias y talleres escolares	Sin duración fija	Familiar
Cataluña	Generalitat	Menores y adultos	Acceso generalizado	Psicólogos, médicos y educadores	Terapias, talleres de prevención y TIC	Sin duración fija	Familiar
Castilla y León	Junta Castilla y León	General en atención a riesgo	Recursos amplios y bien distribuidos	Psicólogos, médicos y educadores	Reducción de daños y talleres de inclusión	Sin duración fija	Familiar y Comunitaria
Galicia	SER-GAS	Menores y adultos	Universal con énfasis rural	Médicos, trabajadores sociales	Terapias, salud y comunidad	Sin duración fija	Familiar y Comunitaria

Tras la evaluación y comparación de los planes de prevención de drogodependencia autonómicos, se observa una gran similitud entre los programas existentes. Aunque estos no estén específicamente diseñados para aplicarse en centros de menores, su estructura, enfoque y recursos ofrecen información esencial para valorar su aplicabilidad en centros institucionales, donde la prevención, reinserción y tratamiento son los elementos fundamentales para la recuperación de los menores.

Una de las características más compartidas entre los planes evaluados es el carácter universal, público y multidisciplinar que obtienen todos los programas autonómicos, Aunque todos los planes estén dirigidos a la población de dicha comunidad, cada uno tiene un grado de especialización distinto; dirigiéndose a colectivos vulnerables y particularmente, hacia menores en situación de riesgo social, judicial o institucional. Este enfoque global es una virtud de los programas especializados, sin embargo, supone una limitación cuando se busca la efectividad específica en contextos como los centros de menores, donde los perfiles de los usuarios son más complejos y requieren intervenciones altamente adaptadas.

Empezando con las comunidades con planes más estructurados y con mayor número de recursos, resaltan Andalucía, Madrid y Castilla y León, debido a que cuentan con amplias redes asistenciales, buena coordinación de estas y una gran asistencia territorial. Andalucía, por ejemplo, cuenta con más de 100 Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA), que no solo permiten una cobertura más extensa, sino que además permite el seguimiento individualizado a lo largo del tiempo. Por otra parte, se suma su enfoque interinstitucional e integral, con la presencia de programas específicos para menores infractores, lo que refuerza la posibilidad de cooperación con dispositivos de justicia juvenil, convirtiéndose así en un modelo sumamente adecuado para centros de menores. Madrid, por otra parte, destaca por la rapidez de acceso al programa, (atención en 24/48 horas) y por su Plan Personalizado de Intervención (PPI), que les permite tener un abordaje más flexible y adaptado a cada caso, elemento fundamental en contextos de institucionalización donde las necesidades son más complejas. Castilla y León, aunque con un plan más reciente (2024), incorpora una visión más actualizada de la problemática del consumo en menores, integrado por lo tanto la prevención del juego patológico y las TICs, lo que lo hace un programa especialmente adaptado a perfiles juveniles actuales.

Otras comunidades como Navarra o La Rioja, aunque incluyen una clara orientación preventiva y comunitaria, no poseen atención asistencial directa, lo que limita

considerablemente su utilidad para la aplicación en centros de menores. Navarra, por ejemplo, basa su III Plan Foral únicamente en acciones de prevención, sin contemplar un tratamiento especializado ni un seguimiento clínico, delegando dicha responsabilidad a la Estrategia de Salud Mental. Estas características generan una dificultad en la intervención integral, sobre todo en menores con patrones de consumo ya interiorizados.

Un aspecto común en todos los programas es la ausencia de protocolos específicos para menores en centros de internamiento o bajo medidas judiciales, lo que representa una carencia significativa en el diseño de las políticas públicas autonómicas. Sin contar algunos programas, como el programa de “Reciella” en Asturias o los dispositivos específicos de Andalucía y Extremadura para menores infractores, la mayoría de los planes carecen de medidas diseñadas específicamente para abordar el fenómeno de la drogadicción en contextos institucionales cerrados. Esto supone una insuficiencia en la transversalidad entre las políticas de salud pública y las del sistema de protección y reforma, error que compromete a los procesos de reinserción de los menores más vulnerables.

La implicación familiar y comunitaria aparece como un eje fundamental en todos los planes. Sin embargo, el modo en el que emplea varía notablemente. Comunidades como Valencia, Murcia o Galicia promueven la participación parental, con programas de acompañamiento emocional y formación parental adicional. Este tipo de medidas son especialmente necesarios en procesos de reinserción progresiva de menores, ya que refuerzan el entorno protector del menor y mejoran las condiciones para su reinserción social y familiar. No obstante, otros planes autonómicos, aunque mencionan esta implicación, no la emplean en sus programas específicos, lo que dificulta su progreso.

En cuanto a los profesionales implicados en los planes, la mayoría cuentan con equipos multidisciplinares, integrados por psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y técnicos en drogodependencias. Esta variedad profesional es imprescindible para el abordaje biopsicosocial del problema, aunque sin duda se detecta una falta de especialización en infancia y adolescencia en muchos de estos equipos. Comunidades como Cataluña, Castilla-La Mancha o Canarias, incluyen educadores sociales o mediadores juveniles, por lo que ofrecen una propuesta mucho más alineada con las necesidades reales de los menores institucionalizados con problemas de consumo.

Uno de los elementos más relevantes de esta evaluación es la duración de los programas y la flexibilidad en la intervención. La mayoría de los planes evaluados carecen de una duración

preestablecida, adaptando los tiempos al proceso individual de cada usuario, lo uso es favorable para procesos de cambio eficaces y reduce el riesgo de recaída. Sin embargo, se echa en falta una mayor especificación sobre las fases del proceso terapéutico, los indicadores de avance y los mecanismos de evaluación del éxito en la reinserción social, especialmente refiriéndonos a menores que además de su consumo, presentan factores de riesgo asociados como abandono escolar, conflictos familiares o historial delictivo.

Para finalizar, la comparación de los distintos planes autonómicos revela que, aunque la mayoría se ven de una base común de accesibilidad al público, intervención multidisciplinar y enfoque comunitario, existen grandes diferencias sustanciales en su aplicabilidad en menores institucionalizados con problemas de consumo. Si bien algunas comunidades ofrecen herramientas más sólidas para ser incorporadas en los centros de menores terapéuticos, la clara ausencia generalizada de estrategias específicas para estos entornos pone en evidencia la urgente necesidad de generar políticas más integradas y la promoción de modelos de atención específicos para menores en centros de protección, que integren no solo e tratamiento de la drogadicción, sino también la formación, el acompañamiento familiar y la construcción de itinerarios reales de reinserción.

2.7. Programas existentes en centros de menores

En España, la ejecución de las medidas judiciales impuestas a menores infractores es competencia de las comunidades autónomas, lo que ha dado lugar a que haya una disparidad en los programas de reeducación y reinserción que se adaptan a las particularidades de cada comunidad (Guardiola, 2022).

Diversos estudios han analizado la evolución de la intervención con menores infractores en España, destacando la transición de un modelo tutelar hacia un enfoque basado en la justicia juvenil, que prioriza la reeducación y la reinserción social del menor. En este contexto, se han desarrollado programas que combinan intervenciones educativas, terapéuticas y sociales, adaptadas a las necesidades individuales de los menores (Coy y Torrente, 1997).

De la misma forma, se ha señalado la importancia de la intervención familiar como elemento clave en el proceso de reinserción, destacando la necesidad de trabajar con las familias para mejorar los resultados de los programas de reinserción (López et al., 2018).

A continuación, se van a explicar una serie de programas, ninguno aplicado a nivel nacional, sino que se aplica en las comunidades autónomas, de forma específica, lo cual puede representar una limitación para el sistema de reinserción y reeducación español.

2.7.1. Programa ENLACE¹:

En primer lugar, el Programa ENLACE, una iniciativa de intervención desarrollada por la Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI) en colaboración con la Fundación CES-Proyecto Hombre, que se implementa en los Centros de Ejecución de Medidas Judiciales de la Comunidad de Madrid. Este programa surgió por primera vez en 2009 con el objetivo de prevenir y tratar el consumo de sustancias psicoactivas en menores sometidos a medidas judiciales. La propuesta se centra en un modelo educativo-terapéutico, adaptado a las necesidades individuales de cada menor, con la finalidad de reducir conductas de riesgo y favorecer un desarrollo personal saludable (Agencia para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor [ARRMI] y Centro Español de Solidaridad [CES Proyecto Hombre], 2011).

La intervención se estructura en distintas fases, comenzando con una evaluación inicial para determinar el perfil del menor, sus niveles de consumo y la percepción que tiene del problema. A partir de esta información, se diseña un itinerario personalizado que puede incluir intervenciones motivacionales, terapias individuales o grupales, y talleres educativos. El modelo de referencia utilizado es el Modelo Transteórico del Cambio², que permite abordar el proceso de modificación de conducta de manera gradual, desde la falta de conciencia del problema hasta el mantenimiento de la abstinencia (ARRMI y CES Proyecto Hombre, 2011).

Una de las características más destacadas del programa es su estructura flexible, que permite establecer distintos itinerarios de intervención en función de la gravedad del consumo y la disposición del menor al cambio. Existen tres vías principales: la intervención motivacional, la educativo-terapéutica y los talleres de prevención. En los casos más graves, el programa contempla incluso el internamiento terapéutico en centros especializados, como el

¹ <https://bienestaryproteccioninfantil.es/programa-de-prevencion-indicada-enlace-guia-de-intervencion/>

² El Modelo Transteórico del Cambio, plantea que el cambio de comportamiento es un proceso progresivo en el que las personas atraviesan distintos niveles de disposición y motivación para modificar sus hábitos. Este modelo se sustenta en varios principios que describen tanto la forma en que los individuos ajustan su conducta, como las características que deben tener las intervenciones para favorecer dicho cambio (Berra y Muñoz, 2018)

CIMJ El Pinar, donde se trabaja de forma intensiva tanto a nivel individual como grupal. La intervención motivacional es clave para fomentar la toma de conciencia en aquellos menores que no reconocen tener un problema con las drogas, facilitando así su incorporación voluntaria a tratamientos más profundos (ARRMI y CES Proyecto Hombre, 2011).

En el ámbito grupal, la dinámica terapéutica se convierte en un instrumento esencial para la rehabilitación, ya que ofrece un espacio donde los menores pueden compartir experiencias, expresar emociones y desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento. Las sesiones grupales permiten abordar aspectos como la identidad, la presión de grupo y la gestión emocional, cuestiones especialmente relevantes en la adolescencia. Además, se promueve un estilo de vida alternativo al consumo, fomentando actividades recreativas, deportivas y culturales que refuercen la autoestima y la autonomía del menor. Complementariamente, el programa incluye una “escuela de padres”, reconociendo la importancia del entorno familiar como factor protector frente al consumo y como parte activa del proceso de cambio (ARRMI y CES Proyecto Hombre, 2011).

La evaluación de la efectividad del Programa ENLACE se realiza a través de un sistema de seguimiento basado en la aplicación de cuestionarios antes y después de la intervención. Estos instrumentos permiten valorar no solo la reducción en el consumo de sustancias, sino también mejoras en el autoconcepto, la percepción del riesgo, la motivación al cambio y las competencias personales y sociales. Esta recogida de datos, junto con la observación clínica por parte del equipo profesional, ha permitido constatar la eficacia del programa en la mejora del bienestar de los menores y en la prevención de recaídas, facilitando su reinserción social y reduciendo la probabilidad de reincidencia (ARRMI y CES Proyecto Hombre, 2011).

En definitiva, este programa constituye una herramienta muy valiosa dentro del sistema de justicia juvenil, al ofrecer un abordaje integral y personalizado para menores infractores con problemas de drogodependencia. Su estructura basada en la evidencia, su capacidad para adaptarse a las características individuales de cada menor y su enfoque multidisciplinar lo convierten en un modelo de referencia en la intervención de adolescentes (ARRMI y CES Proyecto Hombre, 2011).

2.7.2. Asociación Nueva Gente³

La Asociación Nueva Gente (Asociación de atención a personas con problemas de drogodependencia y sus familias), fue fundada en Salamanca el 7 de julio de 1987, y nació con el propósito de brindar apoyo tanto a personas con problemas de drogodependencia como a sus familias, con el objetivo principal de favorecer su integración social de aquellas personas con problemas penitenciarios y jurídico-penal (Asociación Nueva Gente, s.f.).

Desde sus inicios, han formado parte de la organización, familias afectadas, así como individuos comprometidos con esta problemática. Aunque en un principio se centraron en la orientación y apoyo familiar, con el tiempo han ampliado su labor hacia la prevención comunitaria, respaldados por un equipo de profesionales con experiencia en el tratamiento y prevención de las adicciones (Asociación Nueva Gente, s.f.).

Esta asociación, contiene unos programas de intervención directa, caracterizados por dar información, asesorar y preocuparse por prevenir todo tipo de problemáticas que estén relacionadas con el consumo de sustancias, y alguno más especializado en el consumo de cannabis, una de las drogas más comunes en los jóvenes (Asociación Nueva Gente, s.f.).

En cuanto al programa de “Información, asesoramiento e intervención en materia de drogas a personas consumidoras, familias y población en general”, éste consiste en un servicio orientado a proporcionar, como ya se ha mencionado, información, apoyo y orientación tanto a personas que presentan conductas problemáticas vinculadas al consumo de sustancias como a sus familias. Además, ofrece contenidos relacionados con el uso de drogas, estrategias de reducción de riesgos, opciones de tratamiento para la drogodependencia y los distintos recursos disponibles en este ámbito (Asociación Nueva Gente, s.f.).

Y en cuanto al programa “Prevención e información para consumidores de cannabis”, su objetivo es proporcionar a los jóvenes y a sus familias, herramientas eficaces para la prevención, identificación y manejo de situaciones relacionadas con el consumo de cannabis. Asimismo, se brinda asesoramiento y acompañamiento a menores que hayan recibido sanciones administrativas por posesión o consumo de estas sustancias en espacios públicos, así como a personas que presenten dificultades vinculadas al uso de cannabis (Asociación Nueva Gente, s.f.).

³ <https://nuevagente.org/>

Los destinatarios principales de este servicio son menores sancionados por el consumo o tenencia de sustancias ilegales en la vía pública, así como adolescentes y jóvenes que se encuentren en fases iniciales de consumo, especialmente de alcohol o cannabis, o que hayan experimentado consumos ocasionales. Se presta especial atención a quienes se hallan en contextos de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social. igualmente, se contempla a las familias de estos menores, sobre todo aquellas en situación de desventaja social, que perciban indicios de un posible inicio en el consumo de sustancias por parte de sus hijos o quieran prevenirlo de forma temprana (Asociación Nueva Gente, s.f.).

2.7.3. Conclusión

Para concluir el epígrafe, tanto el Programa ENLACE como la intervención de la Asociación Nueva Gente representan iniciativas valiosas y estructuras que abordan de forma específica la problemática de la drogodependencia en menores desde un enfoque integral y multidisciplinar. No obstante, es importante destacar que estos programas constituyen solo una pequeña parte del conjunto de intervenciones existentes en el territorio español, y su aplicación queda limitada geográficamente a ciertas comunidades autónomas o contextos concretos. Esto demuestra la ausencia de un modelo común y la falta de homogeneidad en la respuesta institucional frente a la drogodependencia en menores infractores. Por lo tanto, es necesaria la creación y extensión de programas especializados que puedan ser implantados de forma coordinada en todos los centros de menores terapéuticos del país, garantizando una intervención igualitaria, basada en la evidencia y orientada a la reeducación y reinserción social de los menores.

2.8.Relación de la investigación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Este trabajo de investigación contiene relación con algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, esta relación viene dada por la simple razón de que aborda una problemática social de gran relevancia como lo es la drogodependencia en menores en el contexto de los centros de protección y reinserción. Mediante el diseño de un nuevo modelo de prevención e intervención se busca contribuir de forma directa a múltiples metas de desarrollo sostenible que promueven el bienestar, inclusión y justicia social.

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Este objetivo busca garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad y promover el bienestar físico y mental de la población de todas las edades. Su enfoque incluye tanto la prevención de enfermedades como la mejora de los sistemas de salud pública, con especial atención a los grupos vulnerables. En el contexto de este programa que es la infancia y adolescencia, el ODS 3 tiene especial relevancia al reconocer la importancia de una intervención temprana en problemas de salud mental y adicciones, que tienen una gran influencia en la calidad de vida de los menores.

Dentro de este objetivo, la meta 3.5 establece la necesidad de “reforzar la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”. El programa de intervención propuesto en este trabajo responde de forma directa a esta meta, por la razón de que plantea un enfoque alternativo y específico para intervenir en el consumo de drogas en menores in institucionalizados, buscando la combinación entre un tratamiento profesional y una intervención educativa, emocional y conductual. Trata de una propuesta innovadora que busca romper con la medicalización habitual en los centros terapéuticos, ofreciendo en su lugar un espacio más estructurado y terapéutico orientado a la recuperación integral del menor.

A su vez, la meta 3.4, que tiene como objetivo “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud y el bienestar mental”, también tiene especial relación con este trabajo. La drogodependencia en menores no está únicamente relacionada con el consumo de sustancias, sino que también conlleva la aparición o existencia de trastornos emocionales, depresión, ansiedad y otras enfermedades psicológicas. Por lo tanto, el abordaje multidisciplinar propuesto en el modelo de intervención contribuye de manera activa a mejorar la salud mental de estos menores, creando espacios de contención emocional y resiliencia.

ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida.

El ODS número 4 resalta la función central que desempeña la educación en el desarrollo personal y social de los individuos, así como en la elaboración de sociedades más equitativas. Este objetivo busca garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de su contexto social o económico, tengan el mismo acceso a una educación de calidad, inclusiva y que promueva y enseñe competencias fundamentales para la vida. En el caso

principal de este trabajo, que es el de menores institucionalizados con problemas de consumo de sustancias, el sistema educativo tradicional no siempre es la solución más efectiva ni accesible, por lo que son necesarias nuevas metodologías adaptadas específicamente a sus necesidades.

Dentro de este objetivo, tiene especial relación con el trabajo, la meta 4.7, ya que establece que “para 2030 se debe asegurar que todos los alumnos obtengan los conocimientos teóricos y prácticos esenciales para promover un desarrollo sostenible, la igualdad de género, los derechos humanos, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural”. El programa diseñado en este trabajo incluye la realización de actividades formativas y talleres que no solo informan de los posibles riesgos y consecuencias del consumo de sustancias, sino que a su vez promueven valores fundamentales como lo son la responsabilidad, empatía, resolución pacífica de conflictos y el respeto a los demás.

Por otra parte, la meta 4.5, centrada en “eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso equitativo a todos los niveles de enseñanza para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, pueblos indígenas y niños en situación de vulnerabilidad”. A través del programa diseñado se busca reconducir a estos jóvenes hacia procesos educativos no formales, ofreciéndoles a la mayoría una segunda oportunidad educativa adaptada a su realidad y capacidades intelectuales, con la intención de reducir el fracaso escolar existente y garantizar el derecho a la educación en condiciones de equidad. Ya que los menores institucionalizados con adicciones representan uno de los colectivos con mayores tasas de abandono escolar y fracaso educativo.

ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países

Este objetivo aborda la necesidad de reducir las desigualdades sociales, económicas y culturales tanto dentro de los países como entre ellos. El ODS establece que son aquellas sociedades más justas y cohesionadas las que aseguran una redistribución igualitaria de oportunidades, recursos y derechos, especialmente entre los grupos más vulnerables. Relacionándolo con el caso de menores consumidores, la desigualdad no solo se manifiesta en términos materiales, sino que también en la accesibilidad a servicios de salud, educación, atención especializada y apoyo emocional.

La meta 10.2 de este ODS tiene como finalidad “empoderar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo,

discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica”. El programa emitido en este trabajo promueve de forma activa la inclusión social de los menores, ofreciéndoles una atención individualizada que reconoce sus derechos, dignidad y potencial de desarrollo. Mediante la aplicación de procesos de acompañamiento profesional, se fomenta la participación de los menores en descripciones sobre su propio proceso de recuperaciones, favoreciendo de tal forma a la autodeterminación y la reinserción comunitaria.

También tenemos la meta 10.3, la cual establece la necesidad de “garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas al respecto”. En relación con la meta de este objetivo, el programa diseñado también representa una crítica a las practicas institucionales actuales que en la mayoría de las ocasiones no responden de manera correcta a las necesidades de los menores con adicciones. Por lo tanto, el hecho de proporcionar una alternativa a más estructurada y avanzada permite evolucionar hacia un sistema más justo, que no penaliza ni excluye, sino que comprende y actúa de forma equitativa frente a las diferentes realidades de cada menor.

ODS 16: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.

El objetivo numero 16 pone especial énfasis en la construcción de sociedades basadas en el respeto a los derechos humanos, la legalidad, la participación social y la mejora de las instituciones públicas. Este objetivo es especialmente relevante en contextos en los cuales los menores han sido objeto de vulneraciones sistémicas de los derechos humanos, han crecido en entornos conflictivos o han sido víctimas de negligencias institucionales. Por lo tanto, este objetivo implica el hecho de reconocer al menor como un sujeto de derechos y no como un objeto de control o sanción.

La meta 16.2 establece la necesidad de “poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños”. Aunque el principal objetivo de este trabajo sea el consumo de sustancias y este no represente de primera mano una firma de violencia, en muchas ocasiones los casos de menores consumidores están relacionados a entornos familiares y comunitarios con la presencia de abusos, abandono, violencia o explotación. Y es por eso por lo que el programa propuesto parte del reconocimiento de estas realidades y busca crear un entorno seguro, con personal cualificado y protocolos de actuación precisos, que permita al menor iniciar un nuevo proceso de recuperación física, emocional y social.

La meta 16.6, que promueve el desarrollo de “instituciones eficaces, responsables y transparentes en todos los niveles”, también tiene una relación directa con esta propuesta, ya que el diseño de un modelo especializado y estructurado para menores con problemas de drogodependencia implica una mejora en la calidad de intervención institucional. Por lo tanto, se fortalece la capacidad del sistema para ofrecer respuestas efectivas, humanas y ajustadas a la complejidad de los casos que presentan en los centros de menores; todo esto mediante la implementación de un programa con criterios técnicos claros, evaluación continua y supervisión profesional.

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Metodología

El presente trabajo de investigación sigue una metodología aplicada y analítica, adoptando un enfoque mixto que combina elementos cualitativos y cuantitativos. La finalidad principal es evaluar de manera crítica la situación actual de los programas de prevención del consumo de sustancias en los centros de protección de menores en España, identificar las oportunidades de mejora en los diferentes marcos autonómicos y finalmente, diseñar una supuesta propuesta de intervención, funcional y viable, que tenga como objetivo principal la ayuda a menores con problemas de drogodependencia en contextos institucionales. La investigación integra una serie de datos normativos, o institucionales, experienciales y reflexivos, con el fin de brindar una aproximación completa y rigurosa al objeto de estudio.

La primera fase del diseño metodológico trata de una fase exploratoria, de revisión y análisis documental, la cual se centra en los programas de prevención del consumo de drogas implementados en las distintas comunidades autónomas españolas, con el objetivo de detectar incongruencias, vacíos normativos, prácticas divergentes y similitudes significativas entre los programas. Para ello, se ha llevado a cabo un examen comparativo de planes autonómicos de drogodependencia, protocolos de actuación, informes públicos de servicios sociales y documentos técnicos de las conserjerías competentes en materia de infancia, salud y bienestar social.

Por otra parte, la segunda fase, trata de una fase propositiva, basada en el diseño de un programa innovador de prevención e intervención, estructurado como un recurso especializado

destinado única y exclusivamente a menores institucionalizados con problemas de drogadicción. Este modelo de intervención ha sido diseñado teniendo en cuenta toda la base de datos recolectada, la literatura académica revisada y fundamentalmente, la experiencia profesional que se ha adquirido durante las prácticas universitarias, en este caso concreto, en un centro de menores terapéutico de la Comunidad Valenciana, lo que sin duda ha permitido enriquecer el análisis con una perspectiva realista.

Por lo tanto, el enfoque adoptado de esta investigación es el crítico-comparativo, por la simple razón de que no se limita a únicamente describir la situación actual, sino que se propone una lectura interpretativa de los datos con el objetivo final de señalar las carencias estructurales del sistema y plantear otras alternativas fundamentales.

En cuanto a las fuentes de información empleadas para la recogida de información se han empleado dos tipos de fuentes de investigación. Empezaremos observando las fuentes secundarias, en las que se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos científicos, libros especializados, informes del Ministerio de Sanidad, estrategias nacionales sobre la drogodependencia, legislación estatal y autonómica, y documentos técnicos disponibles en las páginas oficiales de las consejerías autonómicas. Esta revisión ha hecho posible el construir una base teórica sólida y conocer las directrices institucionales vigentes.

Por otra parte, en cuanto a las fuentes primarias, se incluye una experiencia profesional directa aportada por las prácticas realizadas en un centro de menores terapéutico de la Comunidad Valenciana, donde se han podido observar de primera mano las dinámicas reales del sistema de protección, el abordaje de los casos de drogodependencia, la relación entre menores y profesionales y la aplicación práctica de los programas existentes. Todas estas observaciones están plasmadas a en la memoria de prácticas recogida en el anexo.

3.2.Limitaciones del estudio

Como es el caso de la mayoría de las investigaciones aplicadas en el ámbito de la protección de menores, este trabajo se ha visto condicionado por una serie de distintas limitaciones estructurales, metodológicas y de acceso a la información necesaria, que es necesario resaltar para delimitar el alcance y la validez de las conclusiones obtenidas.

Una de las principales limitaciones existentes ha sido la imposibilidad de acceder a datos estadísticos desglosados sobre la medicalización de menores en centros residenciales.

Dado que se trata de información clínica protegida por la legislación sobre la protección de datos del menor, no ha sido posible conocer el número exacto de menores diagnosticados con adicciones o que están siendo tratados farmacológicamente en los centros de menores.

Otra de las limitaciones ha sido el acceso a las cifras oficiales actualizadas y específicas sobre el número de menores institucionalizados con problemas de drogadicción. Las estadísticas de carácter público que emiten las comunidades autónomas agrupan a los menores en categorías amplias y generales (riesgo social, trastorno de conducta, protección, justicia juvenil) lo que impide realizar un análisis cuantitativo exacto sobre el número de menores con problemas de drogadicción. Asimismo, tampoco existen datos públicos oficiales sobre la tasa real de reinserción social de estos menores tras su estancia en los centros de protección, lo cual limita la posibilidad de evaluar la efectividad a largo plazo de los programas actuales.

La siguiente limitación que surgió a lo largo de esta investigación, fue la desigualdad en el acceso a la información autonómica. Y es que la transparencia y disponibilidad de la información varía de manera notable entre las diferentes comunidades autónomas. Algunas de ellas disponen de documentación detallada y actualizada sobre sus programas de prevención, mientras que otras, presentan una gran incógnita en cuanto a la falta de información pública, lo que ha dificultado el análisis comparativo.

Por último, otra de las limitaciones existentes ha sido la carencia de estudios académicos específicos. A pesar de la gran cantidad de información general sobre la drogodependencia, a lo largo de este trabajo se ha identificado que hay muy pocas investigaciones que se centren exclusivamente a la drogadicción dentro del sistema de protección de menores, lo que ha obligado a buscar información y datos en otros contextos (educativo, familiar, comunitario) para elaborar ciertas partes del trabajo.

3.3.Consideraciones éticas

A lo largo del desarrollo del trabajo se han tenido en cuenta en todo momento las consideraciones éticas fundamentales que rigen la investigación social con menores y grupos vulnerables. Aunque no se haya realizado un trabajo de campo directo con menores, los datos procedentes de las prácticas profesionales han sido tratados con la máxima prudencia, anonimato y respeto a la confidencialidad. En ningún momento se incluyen nombres, datos identificativos ni referencias específicas que puedan comprometer la intimidad de los menores o del personal del centro.

Además, el diseño del programa de intervención y prevención propuesto se basa en los principales principios éticos del trabajo social y educativo; los cuales son, el interés superior del menor, derecho a la participación, enfoque no punitivo, confidencialidad, no discriminación y respeto a la dignidad personal. Por otra parte, también se ha respetado el marco legal vigente en materia de protección de datos, ética profesional e intervención con menores, especialmente en relación con la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los resultados de este trabajo de investigación revela las importantes limitaciones en los programas de reinserción para menores con problemas de drogadicción en centros terapéuticos. Uno de los principales problemas identificados es la heterogeneidad de perfiles dentro de los centros, lo que genera entornos grupales disfuncionales que obstaculizan el apoyo individualizado. Esta situación provoca que menores con problemáticas muy diversas realicen las mismas actividades sin que éstas sean adaptadas a cada uno de ellos, de tal forma que afecta negativamente a la eficacia de las intervenciones y dando lugar a aspectos negativos de la convivencia entre ellos.

Durante mi experiencia profesional como alumno en prácticas en un centro terapéutico de menores en la Comunidad Valenciana, se evidenció que la medicalización diaria era una práctica común, especialmente en menores que tenían problemas con las sustancias. A pesar de no tener o no mostrar patologías, muchos de los menores del centro recibían medicación con el fin de “tratar” sus trastornos como era el TDAH o simples problemas de impulsividad. Esta estrategia que seguían en el centro parecía responder más a una necesidad de control que a un enfoque terapéutico efectivo, lo que sugería una falta de adaptación y adecuación en el tratamiento personalizado a cada uno de los menores del centro.

Además, se pudo observar que la estructura metodológica del centro no estaba diseñada para abordar las necesidades individuales de los menores, lo cual, da lugar a que muchos jóvenes desarrollen problemas emocionales y sociales adicionales a los que ya tenían cuando ingresaron en el centro, aumentando así, el riesgo a reincidencia.

Esta falta de especialización de los profesionales y el uso excesivo de la medicación como método de control revelan la carencia de un enfoque terapéutico integral que tenga en cuenta los contextos o necesidades individuales y la diversidad de problemas.

En definitiva, los resultados demuestran que los centros actuales tienen ciertas limitaciones que resultan ser significativas, debido, especialmente, a la falta de adaptación a las necesidades individuales de los menores. La medicalización excesiva y la convivencia grupal disfuncional solo hacen que se agrave la situación de vulnerabilidad de estos jóvenes. Por lo tanto, es urgente que se establezcan programas más especializados y que aborden el consumo de sustancias desde una perspectiva educativa y terapéutica integral, centrada tanto en la recuperación social del menor, como la física y emocional.

A partir de esto, se puede concluir con que es necesario un recurso alternativo más intenso y especializado, diseñado específicamente para menores con problemas de drogodependencia (en el caso de este trabajo de investigación). El modelo que se propone se inspira en campamentos terapéuticos y comunidades de reinserción de los menores, donde éstos pueden recibir una atención personalizada, adquirir herramientas personales y desarrollar una disciplina estructurada. Esta propuesta busca romper con el enfoque predominante de la medicalización, fomentando también un entorno seguro y libre de etiquetas que permita la deshabitación y el empoderamiento personal del menor.

4.1. Propuesta a partir del análisis de los resultados

Antes de todo, es esencial recalcar que el programa que se presentara a continuación es una simple idea propuesta como nueva línea de investigación, como posible solución al problema detectado tras la investigación de las intervenciones en drogodependencia de menores institucionalizados.

4.1.1. Justificación

En el contexto legal español, las residencias socioeducativas de protección de menores, especialmente los centros de ámbito terapéutico han sido concebidos como lugares para atender a menores con múltiples problemáticas personales, familiares y sociales. El objetivo principal de estos centros es proporcionar una atención integral a menores en situación de vulnerabilidad,

incluyendo a aquellos con trastornos de conducta, enfermedades mentales, experiencias traumáticas o problemas graves de consumo de sustancias.

Sin embargo, después de una observación durante mi experiencia profesional en un centro de menores terapéutico y mi experiencia académica, he logrado evidenciar que este modelo de intervención presenta limitaciones estructurales y metodológicas muy importantes. Uno de los problemas más importantes es la heterogeneidad de los perfiles que conviven dentro de un mismo recurso, lo que sin duda genera entornos grupales altamente disfuncionales donde la atención y el apoyo individualizado queda en un segundo plano; quedando los procedimientos de mejora sumamente entorpecido debido a dinámicas de convivencia negativas. En este contexto, los menores con problemas de drogodependencia son integrados en programas comunes que no distinguen entre los diferentes tipos de problemáticas, predominando la medicalización diaria como primera solución.

Durante mis prácticas profesionales en una residencia terapéutica de menores dentro de la Comunidad Valenciana, fue posible evaluar esta realidad de primera mano. Me di cuenta de que la mayoría de los menores ingresados que presentaban problemas de consumo de sustancias eran medicados diariamente, muchos de ellos recibiendo tratamientos destinados a tratar trastornos como el TDAH o trastornos de conducta o impulsividad similares. La medicalización entre los menores era una práctica generalizada y extendida por el centro, incluso en menores que no tenían detectada ninguna patología grave; por lo que esta acción parecía responder más a una necesidad de control de la convivencia entre los menores que a un enfoque terapéutico real.

Como ya he mencionado en párrafos anteriores, el centro acogía a menores con perfiles muy diversos, no obstante, el problema se crea cuando todos ellos participan indistintamente en las mismas actividades grupales, talleres o programas, sin haber existido previamente una adaptación clara a sus necesidades específicas individuales. Esta falta de especialización influye de manera negativa en la eficacia de las intervenciones, generando en el menor problemas emocionales, sociales y conflictos interpersonales, lo que puede conllevar a una recaída en el consumo.

Frente a esta problemática social, se plantea la necesidad urgente de diseñar un recurso alternativo, intensivo y especializado, que tenga la función de un programa de prevención e intervención residencial, dirigido específicamente a menores con problemas de drogodependencia. Este programa de prevención e intervención está inspirado en el

funcionamiento y la lógica de los campamentos terapéuticos y las comunidades de reinserción juvenil, un lugar seguro y libre de etiquetas donde los menores puedan recibir una atención personalizada, adquirir herramientas personales, desarrollar una disciplina y contar con el apoyo emocional suficiente para transformar sus hábitos.

Este programa cuenta con un modelo innovador pero realista, aplicable en todas las comunidades autónomas españolas y compatible con el sistema general de protección de menores en España. Este recurso, no busca únicamente mejorar la calidad de la intervención, sino también reducir el colapso de menores en los centros terapéuticos tradicionales.

4.1.2. Objetivos del programa

Objetivo General: Diseñar un modelo residencial temporal, intensivo y terapéutico para menores con problemas de consumo, que funcione como alternativa a los centros terapéuticos actuales y permita un proceso de deshabitación, empoderamiento y reinserción real.

Objetivos Específicos:

- Proporcionar a los menores un entorno seguro, estructurado y libre de consumo.
- Fomentar la autorregulación emocional, el desarrollo de la autoestima y el autocontrol.
- Guiar a la deshabitación del consumo desde una perspectiva psicoterapéutica, educativa y grupal.
- Dotar al menor con una serie de herramientas útiles para la toma de decisiones y la prevención de recaídas al consumo.
- Reforzar el sentido de pertenencia a un grupo sano y la creación de nuevos vínculos afectivos sanos.
- Preparar la reintegración progresiva del menor en su entorno escolar, familiar y comunitario.

4.1.3. Metodología

El programa se aplicará bajo un modelo metodológico de carácter residencial, intensivo y convivencial, inspirado en la lógica de los campamentos terapéuticos y en la intervención

educativa estructurada. El enfoque será interdisciplinar, combinando técnicas de intervención psicológica, educativas, ocupacionales y sociales, con un seguimiento continuo y coordinado, entre todos los profesionales implicados en el programa. La intervención se articulará mediante un plan individualizado para cada uno de los menores, adaptándose a sus propias características, necesidades, historial de consumo y situación familiar y judicial.

Durante su estancia en el recurso, el menor participará en una rutina diaria, claramente estructurada, que incluirá sesiones de terapia, individual y grupal, actividades deportivas, talleres de desarrollo, personal, refuerzo, académico, dinámicas de expresión emocional y participación activa en las tareas cotidianas como cocina, huerto o limpieza. Este diseño responde a la necesidad de romper con los patrones de caos y desorganización que suelen acompañar a la vida de los menores consumidores, introduciendo de tal manera una lógica nueva de tiempo, esfuerzo y recompensa.

La intervención, además, incorpora elementos de prevención, secundaria y terciaria, abordando, no solo el consumo como conducta, sino también los factores estructurales y emocionales que lo originan y mantienen. Se prestará especial atención a la reconstrucción de los vínculos familiares, cuando sea posible, y a la elaboración de un plan de seguimiento individualizado tras la salida del recurso, asegurando la continuidad del proceso en el entorno comunitario por parte del menor.

4.1.4. Muestra

El programa está diseñado y dirigido para tratar a menores de entre los 14 y los ¿? Años que se encuentran bajo una medida de protección y que presenten un consumo activo, habitual o problemático de sustancias psicoactivas. La manera en las que estos menores serán detectados será mediante los equipos técnicos de los centros de protección, las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) o los Servicios Sociales como casos de necesidad urgente de intervención especializada.

Tendrán prioridad aquellos menores con perfiles que no puedan ser adecuadamente atendidos en centros terapéuticos convencionales, por razones como:

- Rechazo repetitivo de la medicación
- Mala adaptación a la convivencia grupal con menores de diferentes patologías

- Episodios repetidos de consumo, fuga, agresividad o conflictividad
- Reiterados ingresos en el centro por problemas de consumo

El programa es limitado y personalizado, por lo que únicamente se admiten entre 4 y 6 menores por grupo, con el fin de garantizar una atención cercana y constante, centrándose en la calidad y no en la cantidad.

4.1.5. Recursos Necesarios

Modalidad, duración y ubicación

El programa se implantaría en un centro residencial intensivo de tipo campamento terapéutico, con funcionamiento de las 24 horas del día durante un periodo de tres meses consecutivos. No se trata de un recurso abierto ni ambulatorio, sino de una alternativa educativa de convivencia supervisada, orientada a la intervención intensiva.

Tras una evaluación extensa, se ha decidido que la duración del programa no supere los tres meses, por razones como; que es tiempo suficiente para la desintoxicación física y la contención emocional inicial, por la posibilidad de desarrollar vínculos reales con el equipo de profesionales, tiempo necesario para la construcción de rutinas y hábitos positivos estables y por la viabilidad administrativa y presupuestaria por parte de las comunidades autónomas.

La ubicación geográfica del centro será en instalaciones propias, independientes de los centros terapéuticos, preferentemente en entornos semirurales o naturales, con la intención de favorecer al aislamiento del entorno conflictivo y la creación de nuevas referencias y hábitos saludables.

El centro contará con un equipo de seguridad y supervisión las 24 horas del día, y aunque este enfoque pueda afectar de manera negativa al desarrollo de los menores, la vigilancia no deja de ser un punto esencial al tratar con menores en conflicto con la ley que deben ser vigilados.

Equipo profesional necesario

Para cumplir con los objetivos del programa y proporcionar una intervención eficaz y adaptada a las necesidades específicas de cada menor, el programa contará con un equipo

multidisciplinar especializado, cuya presencia continua será necesaria para ofrecer una atención integral, continua y coordinada.

El equipo de profesionales estará formado por:

1. Educadores sociales (2)

Serán los responsables de acompañar a los menores durante toda su estancia. Su función principal es la gestión del día a día, brindar apoyo emocional, intervención educativa y la supervisión del cumplimiento de rutinas establecidas. El educador social es sin duda la figura con más cercanía hacia los menores, por lo que su labor es esencial para crear un vínculo de confianza con el menor y poder detectar las nuevas necesidades que surgen.

2. Psicólogo clínico especializado

El psicólogo clínico será el encargado de realizar las evaluaciones psicológicas, desarrollar planes de intervención individualizados y coordinar las sesiones de terapia individual y grupal. El enfoque de estas estará orientado al tratamiento del consumo, la gestión emocional y el abordaje a posibles trastornos asociados como el TDAH, la ansiedad o los trastornos de conducta.

3. Terapeuta ocupacional o pedagogo

Este será el responsable de diseñar e implementar los talleres funcionales, actividades de desarrollo personal y dinámicas de obtención de habilidades para la vida diaria. Su objetivo es fomentar la emancipación emocional del menor, mejorar su autoestima y generar aprendizajes aplicables y necesarios para contextos futuros.

4. Monitor deportivo o entrenador especializado

Será el encargado de desarrollar las sesiones de actividad física y deporte, según la elección de cada menor según su deporte favorito. Su función se centra primordialmente en canalizar la energía del menor, promover hábitos de vida saludables y reforzar el compromiso y la constancia, como complemento para facilitar el manejo de la disciplina.

5. Trabajador social

El trabajador social actuara como puente de comunicación entre el programa, los servicios sociales, centros de protección y la familia de origen del menor. Su labor es esencial

en la planificación del seguimiento post-intervención, la gestión de recursos externos y el acompañamiento en los procesos administrativos y judiciales.

6. Responsable de seguridad y vigilante

Su presencia cumple una función meramente preventiva y de control, garantizando la seguridad del entorno residencial, en especial en situaciones de crisis, intentos de fuga o comportamientos agresivos. Actuará bajo protocolos estrictos y la coordinación del resto del equipo educativo.

7. Voluntarios supervisados

Para finalizar, se estudia la posibilidad de la participación de personas voluntarias en tareas puntuales de apoyo emocional, dinamización de actividades lúdicas o refuerzo escolar. El voluntario estará supervisado constantemente por el equipo profesional, respetando la intimidad y derechos de los menores.

El equipo de manera completa realizara reuniones semanales de coordinación, donde analizaran el progreso individual de cada menor, se ajustarán nuevos planes de intervención y se elaboraran informes evolutivos de los menores.

Estructura del programa

El día a día del campamento terapéutico está cuidadosamente estructurado, combinando sesiones de trabajo terapéutico, desarrollo personal, actividad física, educación emocional y ocio constructivo. Cada actividad se organiza en bloques horarios con intervenciones guiadas, bajo la constante supervisión de profesionales.

Algunas de las actividades que se incluyen en la programación del campamento son:

- Terapia individual y grupal
- Talleres de prevención de recaídas y toma de decisiones
- Actividades deportivas a elección del menor
- Refuerzo académico y competencias laborales básicas
- Sesiones de relajación, mindfulness y expresión emocional
- Participación en tareas cotidianas (limpieza, cocina, huerto...)

La decisión detrás de este tipo de actividades se logra tras la intención de romper con el caos y la monotonía que suele representar la vida del menor consumidor, estableciendo una nueva lógica de tiempo, esfuerzo y recompensa.

4.1.6. Fases de Intervención

El desarrollo del programa se estructura en tres fases diferenciales: la fase de acogida y evaluación inicial, la fase de intervención intensiva y la fase de preparación para la reintegración y seguimiento.

La primera fase, correspondiente a las dos primeras semanas de estancia, se centrará en la evaluación psicológica, social y educativa del menor, así como en la construcción del vínculo con el equipo profesional y la adaptación al nuevo entorno. Junto con el menor y la aprobación del equipo técnico se elaborará un plan de intervención individualizado durante este periodo.

La segunda fase, que ocupará la mayor parte del tiempo de esta estancia, estará dedicada a la intervención terapéutica del menor. Se desarrollarán todas las actividades previstas, siguiendo un calendario estructurado y una lógica de progresión. Se pondrá especial énfasis en el trabajo emocional, la regulación de impulsos, el desarrollo de habilidades sociales y el compromiso con el proceso de deshabitación. Esta fase terminará con una valoración intermedia donde se valorarán los avances del menor y se reajustarán los objetivos si fueran necesarios.

Finalmente, la tercera fase consistirá en la preparación y entrenamiento para la salida del programa, bien sea a la libertad o de vuelta a la residencia socioeducativa. En esta etapa se reforzarán las herramientas adquiridas a lo largo del programa, se elaborará un plan de seguimiento personalizado y se trabajará en la transición al entorno habitual del menor de manera personalizada. El trabajador social, junto con el equipo durativo, coordinarán el retorno de manera progresiva del menor a su núcleo familiar, escolar o residencial, colaborando a su vez con los servicios sociales y centros de protección.

4.1.7. Evaluación y Seguimiento

El programa contará con un sistema de evaluación continua, basado en indicadores cuantitativos y cualitativos de progreso. Se elaborarán informes de progreso semanales,

realizados por el equipo técnico en reuniones periódicas, en los que se registrarán avances, dificultades y propuestas de mejora. Al final de la estancia, se realizará una valuación que incluirá los resultados obtenidos en las áreas psicológicas, educativas, emocionales y conductuales, así como un informe detallado que será remitido a la administración competente.

El seguimiento post-intervención tendrá una duración mínima de tres meses, durante los que se realizará entrevistas de seguimiento, visitas al domicilio o centro de residencia del menor y contacto regular con los servicios sociales de referencia. El objetivo de esta etapa es garantizar la continuidad del proceso de reintegración, detectar posibles recaídas y ofrecer apoyo emocional al menor y su entorno.

Sin embargo, al ser una simple propuesta de plan, la evaluación y seguimiento de este no se puede realizar, ni observar en la realidad, por lo que se cuenta con bastantes limitaciones

4.1.8. Consideraciones éticas y legales

El programa se ajustará estrictamente a los principios del sistema de protección del menor en España, en base a la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor y demás normativa autonómica vigente. Cualquier tipo de intervención deberá estar mediada por la autorización de la administración competente y el consentimiento del menor o representante legal.

El programa garantiza la confidencialidad de los procesos personales, la prohibición de sanciones punitivas o prácticas humillantes, la libertad religiosa, cultural y de expresión, la atención especializada en salud mental y el derecho del menor a ser escuchado en todo momento.

5. CONCLUSIONES

5.1. Amplitud y limitaciones de la investigación

Esta investigación presenta una amplitud significativa, ya que aborda de forma integral el fenómeno de la drogodependencia en menores institucionalizados en centros terapéuticos. Se ha logrado realizar un análisis exhaustivo de la situación actual de estos centros en España, centrándose en la situación de uno de los centros de la Comunidad Valenciana, en el que se

destacan tanto los problemas estructurales como los problemas metodológicos que afectan a la efectividad de los programas de reinserción. La amplitud de esta investigación también radica en su enfoque comparativo, ya que no se limita a describir la situación actual, sino que propone una lectura crítica que se identifican las carencias estructurales en el sistema y se plantean alternativas fundamentales para que los procesos de intervención puedan mejorar.

Otro aspecto positivo de esta investigación es el enfoque metodológico que se ha adoptado, el cual combina elementos cuantitativos y cualitativos, lo que permite una evaluación crítica más completa de los programas de reinserción. Esto se ha logrado mediante la utilización de fuentes secundarias, como revisiones bibliográficas y estudios previos, así como la inclusión de fuentes primarias basadas en la experiencia directa que se tuvo gracias a las prácticas dotadas por la Universidad Europea de Valencia en un centro terapéutico de menores. Esta perspectiva práctica y teórica permite no solo evaluar la situación actual, sino también fundamentar una propuesta de mejora del modelo de intervención ya existente.

Gracias a la forma en la que se ha estructurado el trabajo, se ha podido encontrar respuesta a las preguntas de investigación propuestas inicialmente, he podido observar que no existe una regulación específica para un programa de prevención de drogodependencia en centros de menores terapéuticos españoles. Si bien, existen programas específicos y guiados para cada una de las Comunidades Autónomas, sin embargo, estos programas están diseñados para abordar la problemática de la drogodependencia a nivel general, sin ser específica para menores institucionalizados.

Los programas existentes en los centros de menores terapéuticos españoles no presentan toda la eficacia que deberían por implementar un plan de intervención generalizado sin diferenciar entre enfermedades. Sin embargo, una de las características más comunes de todos los programas de intervención de las distintas Comunidades autónomas, es la individualización de los planes de intervención para la prevención de estas conductas adictivas. Por lo que la individualización del plan de intervención para la reinserción de estos menores sería un aspecto para mejorar en los centros de menores terapéuticos.

En cuanto a las limitaciones, una de las principales es la dificultad de acceder a datos estadísticos específicos sobre la medicalización de menores en centros terapéuticos, debido a restricciones legales y a la falta de actualización de los datos. Además, la variabilidad en la transparencia de la información entre comunidades autónomas ha dificultado realizar una comparación homogénea. Otra limitación destacable es la escasez de investigaciones que estén

centradas exclusivamente en menores con problemas de drogadicción dentro del sistema de protección, lo que hizo que se tuvieran que extrapolar los datos de otros contextos sociales y educativos.

En definitiva, a pesar de las limitaciones mencionadas, la amplitud de la investigación ha permitido obtener un panorama claro de la problemática de la que se trata, ofreciendo un análisis crítico y propuestas de intervención fundamentadas. Esta investigación puede llegar a constituir un aporte significativo al ámbito académico y profesional, promoviendo la reflexión sobre la efectividad de los programas de reinserción para menores con problemas de drogadicción en centros terapéuticos.

5.2. Futuras líneas de investigación

Las futuras líneas de investigación que emergen de este trabajo abarcan varios ámbitos que pueden enriquecer el abordaje de la drogodependencia en menores institucionalizados. En primer lugar, es fundamental profundizar en estudios comparativos, entre diferentes comunidades autónomas de España, ya que se ha identificado una notable heterogeneidad en los programas de prevención e intervención disponibles. Analizar las mejoras, las mejores prácticas y los resultados obtenidos en aquellas regiones con enfoques más innovadores. Podría ayudar a diseñar modelos más efectivos y homogéneos a nivel estatal.

Otra línea relevante sería la evaluación longitudinal de los menores que han pasado por programas de intervención, con el fin de obtener datos más precisos sobre la efectividad a largo plazo. Actualmente, una de las principales limitaciones de los estudios existentes es la falta de seguimiento posterior al ingreso de los centros, lo que impide conocer si los menores logran mantener la abstinencia y reintegrarse satisfactoriamente en la sociedad. Realizar investigaciones longitudinales permitirá identificar los factores que influyen en el éxito o el fracaso del proceso de reinserción.

Asimismo, se sugiere explorar el impacto psicológico y social de la medicalización en menores con problemas de drogodependencia. La presente investigación ha identificado que muchos centros optan por tratamientos farmacológicos como primera línea de acción sin considerar adecuadamente. Alternativas terapéuticas menos invasivas. Un estudio más profundo sobre los efectos secundarios, la dependencia farmacológica y el impacto en la salud mental a largo plazo, permitiría cuestionar esta práctica y proponer enfoques más humanizados y centrados en el menor.

Finalmente, una línea prometedora sería el diseño y la evaluación extensa del programa piloto propuesto, basado en modelos internacionales que han demostrado eficacia en contextos similares. En particular, la implementación de campamentos terapéuticos o comunidades de reinserción juvenil, adaptados a la realidad social, social y cultural de España, podría ofrecer alternativas más efectivas que los modelos actuales. Comparar los resultados de estos nuevos enfoques con los tradicionales, permitiría validar su aplicabilidad y efectividad en el contexto español.

En definitiva, el avance en la investigación sobre drogodependencia en menores debe orientarse hacia enfoques más personalizados, evaluaciones longitudinales, rigurosas y la experimentación con nuevos modelos de intervención. Esto contribuiría no solo a mejorar las estrategias terapéuticas, sino también a garantizar una verdadera integración social y personal de los menores afectados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Salud. (2023). *VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023-2027*. https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg_planes_departamentales/es_def/VII_I_plan_adicciones_187x280_web_es.pdf
- Agencia de Salud Pública. (2019). *Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023*. “De la prevenció universal a la reducció de danys”. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5472/pla_drogues_addiccions_comportamentals_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Agencia para la Reeducción y reinserción del Menor y Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre. (2011). *Programa de Prevención indicada ENLACE. Guía de Intervención*. Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid.
- Asociación Nueva Gente. (s.f.). *Asociación Nueva Gente*. <https://nuevagente.org/>
- Berra, E. y Muñoz, S. I. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(1), 21-31.
- Burillo, J. L. (2024). Nuevas sustancias psicoactivas: un reto emergente para la salud pública. *Emergencias*, 36(3), 123-130.
- Cantón, J. A. (2026). Opio y colonialismo: reflexiones sobre el papel del opio en la penetración colonial europea en Asia y China. *Estudios de Asia y África*, 51(2), 259-284.
- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. (2016). *III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones 2016-2021*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/11/III%20PASDA_2016_WEB.pdf
- Consejería de Salud y Consumo. (2007). *Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfCCAA/legislaAUT150.pdf>

- Consejería de Sanidad. (2022). *Plan regional de adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025*.
https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20220315/pra_clm_2022-2025_borrador.pdf
- Consejería de Sanidad. (2022). *IV Plan Canario sobre Adicciones 2022/2024*.
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8971a9cf-baa1-11ea-ab61-5dbf4a72c68e&idCarpeta=c60bd3e4-a9a3-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Consejería de Sanidad. (2022). *Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022/2026*.
https://transparencia.madrid.es/FWProjects/transparencia/PlanesYMemorias/Planes/MadridSalud/Ficheros/PlanAdicciones2022_2026.pdf
- Consejería de Sanidad y Consumo. (2012). *Plan Sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas Ciudad Autónoma de Ceuta 2012-2016*.
https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/PLAN_SOBRE_DROGAS_2012-16.pdf
- Consejería de Salud y Comunidad Autónoma de La Región de Murcia. (2021). *Plan Regional sobre Adicciones 2021/2026*.
https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Planificacion_estrategica/Plan.regional.adicciones.2021.26.pdf
- Comisionado Regional para la Droga. (2024). *Plan Autonómico de Castilla y León sobre Adicciones 2024-2030*.
https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/Plan_autonomico_castilla_leon_sobre_adicciones_24-30.pdf
- Coy, E. & Torrente, G. (1997). Intervención con menores infractores: su evolución en España. *Anales de Psicología*, 13(1), 39-49.
- Dirección General de Salud Pública. (2018). *III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024*.
https://www.aragon.es/documents/20127/6092101/III_Plan_Adicciones_Aragon_web.pdf/1b542b8c-e7a5-af95-3b25-bc6e8f1dafbe?t=1563632855226

- Dirección General de Salud Pública, Xunta de Galicia. (2020). *Estrategia SERGAS 2020*.
https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
- Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados. (2018). *Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024*.
https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Plan_de_Prevencion_de_Adicciones.pdf
- Dirección General de Sanidad y Consumo. (2014). *II Plan sobre Drogas y Adicciones 2014-2017*.
https://www.melilla.es/melillaportal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_5369_1.pdf
- Faílde, J., Dapía, M. D., Alonso, A., y Pazos, E. (2015). CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS INFRACTORES. *Educación XXI*, 18(2), 167-188.
- Fernández-Moreno, A., Redondo, N. & Graña, J. L. (2024). Eficacia de un programa de tratamiento en el consumo de drogas en menores infractores desde la psicología positiva. *Adicciones*, 36(2), 155-166. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1778>
- Guardiola, J. (2022). La responsabilidad penal del minore en España: mapa de una realidad geográficamente diversa a partir de la estadística oficial. *ReCRIM: Revista del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales de la UV*, (27).
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J. y Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into “hard drugs” and “soft drugs”: a critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(6), 636-646. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1335736>
- Junta de Extremadura & Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. (2019). Plan de Adicciones de Extremadura. PAE 2018-2023.
<https://saludextremadura.ses.es/stadiccionextremadura/archivos/PLAN-DE-ADICCIONES-DE-EXTREMADURA-Definitivo-web-2-7-19.pdf>
- Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. (2018). *III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones 2018-2023*.

- Martinez-Medina, X., Bacigalupe, A., Martín, U. & Barbuscia, A. (2023). Desigualdades de género en el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes por parte de adolescentes en España: un estudio transversal. *Revista española de salud pública*, 97.
- Martínez, J. J. (2025). Madrid demoniza el cannabis en su plan antidroga, pero no contempla medidas contra ansiolíticos y antidepresivos. *El País*.
- Matalí, J. L., Pardo, M., Trenchs, V., Serrano, E., Gabaldon, S. y Luaces, C. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. *Asociación Española de Pediatría*, 70(4), 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.12.006>
- Medline Plus. (s.f.). *Drogas y menores de edad*. Biblioteca Nacional de Medicina.
- Ministerio de Sanidad (2021). Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2021.
- Ministerio de Sanidad (2021). Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024
- Ministerio de Sanidad (2021). Las drogas más consumidas por los estudiantes son el alcohol y el tabaco.
- Ministerio de Sanidad (2023). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias. En España (ESTUDES), 1994-2023.
- Ministerio de Sanidad (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2024.
- Ministerio de Sanidad (2024). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024
- Montes, M. P., (2015). Menores, drogadicción y alcoholismo. *Revista Boliviana de Derecho*, (19), 342-358.
- Nieto, L. M. (2021). *Estudios de la tuberculosis desde la Sucursal del Cielo*. Universidad Santiago de Cali; Universidad Icesi.
- Oksanen, A., Miller, B. L., Savolainen, I., Sirola, A., Demant, J. Kaakinen, M. & Zych, I. (2021). Social media and access to drugs online: a nationwide study in the United States and Spain among adolescents and young adults. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(1), 29-36. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2021a5>

- Ortega, M.L. (2016). *Medicamentos simples para males graves. Los casos felices y auténticos de medicina de Domingo Rota como ventana abierta a las artes de curar santafareñas*. Universidad del Rosario.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso. Revista de educación*, (32), 147-173. <https://doi.org/10.58265/pulso.4994>
- Pereyra, A. (2024). *El consumo problemático de sustancias como factor de riesgo para la transgresión penal juvenil: contexto jurídico forense*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Córdoba]. <https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/4690/>
- Pino, M. C. & Relinque, F. (2020). La prevención de adicciones a sustancias en población infanto-juvenil. El caso de dos municipios andaluces. *Documentos de Trabajo Social*. (63), 43-69.
- Rodríguez, J. (2023). *Consumo de sustancias en la adolescencia: patrones longitudinales, factores de riesgo y protección*. [Tesis doctoral, Universidad de Córdoba]. <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/25474>
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J. & Pérez-Cosín, V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, (58), 63-75. <http://dx.doi.org/10.7440/res58.2016.05>
- Unidad de Coordinación del Plan de Drogas & Dirección General de Salud Pública y Participación. (2010). *Plan Sobre Drogas del Principado de Asturias 2010/2016*. <https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/PLAN%20SOBRE%20DROGAS%202010%202016.pdf>
- Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas y Consellería de Sanitat. (2025). *Plan Municipal de Adicciones 2025-2029*. https://www.valencia.es/documents/20142/12396519/Plan_de_Adicciones_2025-2029-castellano_LNS-JGL+-+copia.pdf/8480203a-4120-4f96-06f2-aac6d39d6742?t=1734420899425

Waisse, S. (2020). La navaja de Ockham desafilada, o cuando menos no es más: pluralismo médico en la sociedad global. *Quinto Sol*. 24(3), 1-19.
<https://doi.org/10.19137/qs.v24i3.4837>