



RESUMEN ACTIVIDAD – CURSO 2025/2026

Grupos de Trabajo del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (CEDOA)

Grupo de Trabajo SALUD	página 2
Grupo de Trabajo SOCIAL	página 9
Grupo de Trabajo COMUNICACIÓN	página 13
Grupo de Trabajo TERCER SECTOR	página 18
Grupo de Trabajo GÉNERO	página 25
Grupo de Trabajo LABORAL	página 29



Grupo de Trabajo SALUD - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

COMPOSICIÓN DEL GRUPO

Presidente: Jose Luis Rabadán Rituerto (UNAD)

Secretaria: Nuria Fernández Rivera (DGPNSD)

Vocales:

- Luisa María Conejos Ara, Elena Adán Ibáñez, Ana Ibar Fañanás, Mireia García Castelar, Laia Gasulla Suriol (Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas (Agencia de Salud Pública de Cataluña, Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña))
- Beatriz Mesías Pérez, Ruth Olmos Espinosa (Dirección General de Adicciones. Madrid Salud)
- Julio Bobes García (Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo)
- Teresa Orengo Caus (Médico de una Unidad de Conductas Adictivas de Comunidad Valenciana)
- Carmen Martínez Aznar, José Antonio Martínez Peláez (Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior)
- María José Luque Martín (Médica de Drogodependencias. Directora del Centro de Tratamiento de Adicciones de Jerez de la Frontera)

REUNIONES E INTERVENCIONES DE EXPERTOS

- Primera reunión (05/12/2025) - Presentación de nuevos objetivos para el grupo y sistema de trabajo
- Segunda reunión (20/01/2026) - Debate sobre enfoque, objetivos y líneas a seguir
- Tercera reunión (17/02/2026) – Exposición de la entidad Imagina Más: chemsex, falta de información y consecuencias de la penalización en la atención
- Cuarta reunión (10/03/2026) – Exposición Begoña Brime, Directora del OEDA: trabajo y limitaciones en los Sistemas de Información para inclusión del chemsex
- Quinta reunión (24/03/2026) – Exposición de Ana Koerting y Juan Hoyos (grupo CHESMEX – DCVIHT): chemsex, necesidades detectadas en vigilancia y consecuencias de la penalización
- Sexta reunión (28/04/2026) – Exposición de Javier de la Torre (Director PAITSIDA Andalucía): estudio y respuesta a las problemáticas asociadas al chemsex en Andalucía
- Séptima reunión (26/05/2026) - Debate sobre conclusiones y recomendaciones

OBJETIVOS PLANTEADOS INICIALMENTE

- Vigilancia y recopilación de indicadores: revisar fuentes sanitarias, comunitarias y policiales para obtener una fotografía actualizada de la situación.
- Debate técnico sobre las implicaciones del cumplimiento de la actual normativa de límites de tenencia de sustancias considerando impactos clínicos y de salud pública.



RECOMENDACIONES

Objetivo 1. Vigilancia y recopilación de indicadores: mejora del conocimiento actual sobre la práctica de chemsex

1.1. Consolidar y consensuar la definición de chemsex

Se constata la necesidad de avanzar hacia una definición operativa consensuada de chemsex y del uso sexualizado de sustancias que permita mejorar la vigilancia, la investigación y la respuesta asistencial. Esta definición debe:

- Recoger los elementos nucleares en relación con la práctica (prácticas, sustancias, contextos, vías de administración, frecuencia, duración).
- Ser suficientemente flexible para adaptarse a la variabilidad territorial y de perfiles. Propuesta de incluir una escala que no deje fuera ninguna práctica riesgo, por ejemplo, una categorización en leve, moderado y grave.
- Evitar excluir otros usos sexualizados fuera del chemsex (incluyendo mujeres y otros colectivos).

1.2. Refuerzo estructural de los sistemas de información

El grupo identifica un déficit estructural en la disponibilidad, calidad y homogeneidad de los datos. Posibles recomendaciones:

- Incorporar de forma sistemática variables específicas en todos los sistemas relevantes (VIH, ITS, PrEP/PEP, urgencias, salud mental, adicciones, mortalidad).
- Desarrollar encuestas específicas dirigidas a poblaciones diana.
- Incorporar variables de orientación sexual, prácticas y contexto.
- Establecer registros específicos de sobredosis y mortalidad asociada, incluyendo contexto de consumo.
- Considerar la variabilidad territorial de la práctica, heterogénea entre las diferentes comunidades autónomas: homogeneizar registros clínicos y permitir la inclusión explícita de la práctica de chemsex en historias clínicas.
- Asimismo, se considera especialmente relevante avanzar en la identificación indirecta de posibles casos de chemsex a través del patrón de consumo de determinadas sustancias habitualmente asociadas a esta práctica (como metanfetamina, mefedrona, GHB/GBL u otras).

En este sentido, se recomienda:

- Explorar el desarrollo de sistemas de alerta o indicadores automáticos en los registros clínicos, que permitan generar señales de posible uso sexualizado de drogas cuando se



identifiquen este tipo de consumos (siguiendo experiencias ya implementadas en algunos territorios).

- Utilizar esta aproximación como herramienta de vigilancia complementaria que permita captar casos no declarados.

Esta estrategia resulta especialmente relevante dado que una parte importante de las personas usuarias no identifica o no verbaliza la práctica de chemsex (--> normalización o baja percepción del riesgo).

1.3. Fortalecimiento del sistema de alerta temprana y capacidad analítica

Se identifican limitaciones en la detección de nuevas sustancias y en la capacidad de respuesta rápida. Posibles recomendaciones:

- Reforzar el Sistema de Alerta Temprana, especialmente en su conexión con el sistema asistencial.
- Mejorar la capacidad de identificación toxicológica (incluyendo análisis confirmatorios).
- Mejora de las tiras reactivas, asegurando su validez (sensibilidad/especificidad).
- Mejorar la detección técnica de nuevas sustancias (NPS) en contextos clínicos.

1.4. Profundización en el conocimiento de sustancias y patrones de consumo

Se destaca la evolución constante de esta práctica, con aparición de nuevas sustancias y patrones de consumo (policonsumo, *slamming*, sesiones prolongadas).

Posibles recomendaciones:

- Monitorizar patrones de consumo (vías de administración, duración, contextos).
- Analizar su impacto clínico (brotes psicóticos, sobredosis, intoxicaciones, ITS, complicaciones asociadas).
- Reforzar el conocimiento clínico sobre sustancias emergentes.

1.5. Formación integral y transversal de profesionales sanitarios

La falta de formación específica se identifica como uno de los principales déficits.

Posibles recomendaciones:

- Desarrollar programas formativos continuados.
- Reforzar competencias en:
 - Detección precoz: muy importante en urgencias y atención primaria (puertas de entrada)
 - Reducción de riesgos
 - Manejo de sustancias



- Comunicación sin estigma
- En paralelo, resulta fundamental mejorar el conocimiento de los profesionales sobre el vínculo entre determinadas sustancias y el uso sexualizado de las mismas, de modo que puedan utilizar esta información como herramienta de sospecha clínica. Esto incluye:
 - Identificación de sustancias típicamente asociadas a chemsex.
 - Comprensión de contextos de uso y vías de administración.
 - Capacidad de explorar la práctica a partir del consumo declarado.

Objetivo 2. Debate técnico sobre normativa y enfoque de salud pública

2.1. Formación y sensibilización de operadores jurídicos y cuerpos policiales

Se identifica como clave para reducir efectos no deseados del sistema normativo.

Posibles recomendaciones:

- Formar a cuerpos policiales en relación con consumo y salud pública, sensibilización, estigma.
- Incluir formación específica para jueces, fiscales y forenses.
- Evitar prácticas que incrementen el riesgo o el estigma.

2.2. Reducción del estigma y mejora del acceso a servicios

El estigma (consumo + prácticas sexuales) y la inseguridad jurídica dificultan el acceso al sistema asistencial.

Posibles recomendaciones:

- Garantizar entornos asistenciales seguros y confidenciales.
- Trabajar en la reducción del impacto del estigma en la atención sanitaria.
- Favorecer la vinculación con el sistema sanitario.
- Mejorar el acceso y adherencia a PrEP, PEP y servicios de ITS.

2.3. Revisión del marco normativo y su impacto en salud pública

El actual marco normativo puede influir en los riesgos, patrones de consumo y en el acceso a servicios, pudiendo acarrear ocultación de prácticas, consumos más rápidos o intensivos, retraso en la solicitud de ayuda e incremento del estigma.

Posibles recomendaciones:

- Analizar el impacto de los límites de tenencia desde una perspectiva de salud pública.
- Revisar criterios técnicos (p. ej., dosis mínimas psicoactivas). Se identifican limitaciones en herramientas como las dosis mínimas psicoactivas, y la correspondencia entre los consumos reales y los penalizados. Cabría mejorar la base técnica que sustenta decisiones judiciales,



incluyendo estudios observacionales que permitan conocer adecuadamente la realidad de los consumos en entornos de chemsex.

- Favorecer la derivación a recursos asistenciales.
- Incorporar esta realidad en el diseño de políticas públicas

2.4. Promoción de enfoques alternativos al ámbito penal

Se considera necesario reforzar enfoques orientados a la salud.

Posibles recomendaciones:

- Promover medidas alternativas a la sanción penal.
- Favorecer la derivación a recursos asistenciales.
- Consolidar modelos ya existentes en el ámbito de las adicciones.

2.5. Refuerzo de la coordinación con ámbito policial, judicial y penitenciario

Se considera necesario integrar estos ámbitos en la respuesta.

Posibles recomendaciones:

- Mejorar la coordinación entre ámbito sanitario, policial, judicial y penitenciario.
- Desarrollar espacios de trabajo conjunto y protocolos compartidos.
- Adaptar la intervención en centros penitenciarios.

Elementos transversales

T.1. Desarrollo de modelos asistenciales integrados, accesibles y adaptados

El modelo actual presenta una elevada fragmentación y falta de adaptación a la complejidad del chemsex.

Posibles recomendaciones:

- Diseñar circuitos asistenciales integrados que eviten la dispersión entre servicios.
- Mejorar la coordinación entre adicciones, salud mental, VIH/ITS y atención primaria.
- Adaptar los recursos existentes en lugar de crear estructuras paralelas.
- Incorporar modelos de atención integral (p. ej., consultas multidisciplinarias, derivación coordinada).
- Considerar la elevada presencia de patología dual y otros factores: homofobia interiorizada, estigma, soledad, problemas para relacionarse, etc.



T.2. Integración efectiva de la red de drogodependencias en el sistema sanitario

Se identifican dificultades derivadas de la coexistencia de sistemas paralelos.

Posibles recomendaciones:

- Mejorar su integración funcional y administrativa.
- Establecer protocolos comunes de derivación.
- Garantizar continuidad asistencial.

T.3. Refuerzo de la coordinación interinstitucional y territorial

Existe una alta variabilidad territorial en la práctica y en la respuesta asistencial.

Posibles recomendaciones:

- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Reforzar el papel de urgencias como puerta de entrada clave y espacio de detección.
- Impulsar modelos de coordinación local e intersectorial (ej. Fast-Track).

T.4. Reconocimiento e integración del papel de las entidades comunitarias

Las entidades del tercer sector son clave en la captación, prevención y acompañamiento.

Posibles recomendaciones:

- Integrarlas de forma estructural en la respuesta pública.
- Establecer marcos estables de financiación y coordinación.
- Potenciar su papel como espacios accesibles y seguros.

T.5. Importancia del lenguaje y la comunicación institucional

El lenguaje influye en la percepción y el comportamiento.

Posibles recomendaciones:

- Evitar la banalización de prácticas de riesgo con términos como consumo recreativo.
- Utilizar lenguaje riguroso pero accesible.

T.6. Consolidación de una respuesta estructural, coordinada y sostenible

Muchas iniciativas actuales carecen de estabilidad.

Posibles recomendaciones:

- Consolidar dispositivos estables.
- Evaluar y escalar buenas prácticas.



- Planificar a medio y largo plazo.

T.7. Abordaje de la normalización de la práctica de chemsex y sus riesgos asociados

Se observa una normalización creciente de prácticas de riesgo por parte de los usuarios.

Posibles recomendaciones:

- Reforzar la prevención universal, selectiva e indicada.
- Priorizar la intervención en población joven.
- Desarrollar estrategias en apps y redes sociales.
- Impulsar programas de ocio alternativo.
- Diseñar campañas dirigidas a los propios colectivos.

T.8. Detección precoz y optimización de los puntos de entrada

Muchos casos llegan al sistema tras eventos graves.

Posibles recomendaciones:

- Reforzar la detección precoz en urgencias y atención primaria.
- Mejorar la conexión con programas específicos.
- Incorporar herramientas de cribado que incluyan el consumo de sustancias como indicador de posible práctica de chemsex.

T.9. Integración del abordaje psicosocial y de salud mental

La práctica de chemsex está estrechamente vinculado a factores emocionales y sociales.

Posibles recomendaciones:

- Abordar factores como estigma, soledad, homofobia interiorizada o dificultades relacionales.
- Desarrollar itinerarios individualizados.

POSIBLES LÍNEAS DE TRABAJO PARA EL CURSO 2025-2026

- Adicciones en población infantojuvenil: limitaciones de la atención, adicciones comportamentales y entorno digitales, nuevos patrones y sustancias.
- Adicciones en mayores con adicción cronicada y mayores de reciente consumo.
- Tratamientos alternativos en adicciones a estimulantes.



Grupo de Trabajo SOCIAL - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

EL GRUPO, SU MÉTODO Y SU TRABAJO

- El grupo lo componen diversos expertos: Félix Barajas Villaluenga, Juan José Lamas Alonso, Fernando Rodríguez Artalejo, Beatriz Martín Padura, Juan Andrés Ligerio Lasa, Nestor Szerman Bolotner, Joaquín Corcobado Romo, Juan E. Hoyos Miller y Ana Koerting. La Secretaría la ha llevado Carlos Belmar, la Presidencia la ostenta Elena Presencio Serrano. Suele asistir la Delegada del Gobierno para el PNSD, Xisca Sureda Llull.
- Se han realizado 6 reuniones a lo largo del curso, y en 4 han participado expertos externos invitados: Juan E. Hoyos (División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad), Cinta Folch (CEEISCAT), Oihana Rementería (Psicóloga experta en Prevención de adicciones y conductas de riesgo), Ignacio Labayen de Inza (Controlling Chemsex de Londres), Gabriela Barbaglia y Elisa Puigdomenech (ASPB) y Ruth Olmos (Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid).
- La Secretaría ha obtenido y compartido diversos documentos y artículos relevantes con los miembros del grupo.
- Los miembros del grupo han discutido a partir de estos y de las presentaciones, acordando centrar el trabajo en algunos aspectos.

OBJETIVOS

- Identificar buenas prácticas y evaluar programas de prevención selectiva e indicada relacionadas con el fenómeno del chemsex (pudiendo incluir revisar literatura existente sobre prevención selectiva en chemsex que se haya podido desarrollar en otros países).
- Desarrollar acciones de prevención selectiva e indicada.

ASPECTOS RESEÑABLES DEL TRABAJO SOBRE PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA EN CHEMSEX

- El cambio de objetivos del grupo es un giro importante en la línea de trabajo mantenida en los últimos años
- La composición del grupo con expertos en adicciones de diferentes áreas (universidad, tercer sector, sociedades científicas, administración ...) impulsa a contar con nuevos expertos del ámbito más específico del chemsex, por lo que se incorporan dos nuevos integrantes (Juan E. Hoyos y Ana Koerting) de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad
- Siendo la prevención selectiva e indicada en chemsex un área del abordaje del chemsex poco desarrollada se decide organizar el curso teniendo en cuenta esta característica y hacer un avance progresivo que precisará de continuación en el próximo curso



ORGANIZACIÓN Y PLAN DE TRABAJO

- Se inicia el curso realizando una aproximación a la realidad del chemsex y a la situación epidemiológica actual que justifica la incorporación de la prevención selectiva e indicada en el abordaje del chemsex
- A continuación, se busca conocer qué características deben tener los programas de prevención selectiva e indicada para su elaboración, incluyendo aspectos a tener cuenta previos a esta elaboración. También es importante conocer la situación epidemiológica
- Parece necesario identificar posibles programas que incluyan la prevención selectiva e indicada, intentando contar con experiencias internacionales, de la administración local y CCAA, las entidades del tercer sector que trabajan directamente con el colectivo y usuarios y exusuarios de chemsex

REUNIONES CURSO 2025-2026

1. 1ª (09/12/25): Planteamientos objetivos curso
2. 2ª (22/01/26): Aproximación al Chemsex y situación epidemiológica
3. 3ª (24/02/26): Claves de los programas de prevención selectiva e indicada en chemsex
4. 4ª (13/04/26): Experiencia de entidad internacional (Controlling Chemsex Londres) en prevención selectiva en chemsex
5. 5ª (08/05/26): Experiencia Barcelona y Madrid en prevención selectiva e indicada en chemsex
6. 6ª (04/06/26): Elaboración y modificación de conclusiones y plan de trabajo del curso

ASPECTOS CLAVES EN PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA EN CHEMSEX

a) Dificultades:

- No hay una definición consensuada definitiva de chemsex, aun así, parece clara la necesidad de identificar el chemsex como un **uso sexualizado de drogas, pero no el único**.
- Siendo el chemsex un fenómeno de relativa reciente aparición (alrededor de 2010), **el abordaje se ha centrado fundamentalmente en la reducción de daños**, incorporando la formación a partir de 2015 y la incorporación en los sistemas de información a finales de la década anterior (muy lenta y de forma aislada).
- Las **entidades** relacionadas con el colectivo HSH **manifiestan resistencias a la incorporación de la prevención selectiva e indicada** en el abordaje del chemsex.
- Prácticamente **no existen experiencias en prevención selectiva e indicada** en chemsex más allá de actividades aisladas dentro de programas de reducción de daños.

b) Situación epidemiológica:

- Dada la evolución de la prevalencia de chemsex en España detectada en EMIS 2024 (resultados pendientes de publicación), con un incremento importante en la prevalencia de usuarios de chemsex,



parece clara la necesidad de un cambio en el abordaje del chemsex con la incorporación de nuevas estrategias de afrontamiento entre las que se encuentra la prevención selectiva e indicada.

c) ¿Por dónde empezar?

- Para elaborar programas de prevención selectiva en chemsex es importante identificar características de otros programas de prevención selectiva en adicciones que puedan ser efectivas en chemsex.
- Tener en cuenta los EDPQS (estándares europeos sobre la calidad de la prevención de las drogodependencias) que centran la utilidad de la prevención selectiva para subpoblaciones específicas.
- Como la prevención selectiva e indicada en chemsex está sin desarrollar, dentro de las diferentes fases de estos estándares EDPQS, la primera fase, EVALUACIÓN DE NECESIDADES, es en la que este grupo se debe centrar.
- Dentro de esta EVALUACIÓN DE NECESIDADES habrá que trabajar sobre:
 1. Políticas y legislación
 2. Epidemiología y necesidades de la comunidad
 3. Justificación de la intervención
 4. Población diana
 5. **Factores de riesgo y protección**
 6. Cultura y significados
- Necesidad de identificar experiencias en prevención en chemsex que rompan con la corriente actual centrada en la libertad de elección y la consideración de fenómeno cultural que supone
- Incluir educación, sensibilización, intervención comunitaria y detección precoz
- Modificar factores de riesgo (por ejemplo, presión del grupo, baja autoestima, falta de información fiable).
- Reforzar factores protectores (habilidades sociales, apoyo familiar, actividades saludables)
- Serán líneas de acción prioritarias:
 - ✓ Información sobre los riesgos reales (los canales de difusión son fundamentales: internet, Apps de contacto, entidades, festivales y eventos)
 - ✓ Enfoque en el aislamiento y las dificultades para encontrar conexiones reales (doble estigma, trabajo dentro de la comunidad, alternativas de ocio y encuentro dirigidas a población vulnerable, líderes comunitarios y programas de pares, dar visibilidad a supervivientes que muestren que se puede tener una vida sexual plena sin chemsex)
 - ✓ La salud mental
 - ✓ Identificación de comunidades vulnerables (HSH inmigrantes, trabajadores sexuales...)

d) ¿Qué podemos tener claro?:



- La Administración pública debe **liderar** el cambio de paradigma en el abordaje del chemsex (Estrategias y financiación)
- Necesidad de medir cambio de conducta de los programas de prevención selectiva actualmente en desarrollo
- Importancia de evaluar la viabilidad de los mensajes preventivos que se le lanzan desde los programas
- Es fundamental **contar con usuarios y exusuarios** en la elaboración de mensajes preventivos
- **Contar con las Apps de contacto** ya que son el canal de comunicación principal para organizar las sesiones de chemsex (aprovechar iniciativas existentes: ASPB, PAUSA, EMIS,
- Aprovechar estructuras ya establecidas (PAUSA) y válidas para incorporar la prevención selectiva e indicada

PROPUESTAS DE TRABAJO 2026-2027

- Contar con las experiencias de diferentes entidades que trabajan con el colectivo en cuanto al abordaje actual del chemsex
- Contar con usuarios y exusuarios de chemsex
- Contar con iniciativas de prevención selectiva e indicada en chemsex de la Administración regional
- Búsqueda de iniciativas internacionales contrastadas
- Informe de recomendaciones que los programas de prevención selectiva e indicada en chemsex deben reunir



Grupo de Trabajo COMUNICACIÓN - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

OBJETIVO

Proponer pautas para el desarrollo de una estrategia de comunicación orientada a reducción de la práctica del chemsex, o, al menos, de los riesgos a ella asociados.

La práctica del chemsex se enmarca en el consumo sexualizado de drogas (SDU), que se ha convertido en objeto de preocupación creciente como problema de salud pública, promoviendo situaciones de alto riesgo en las que a las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicotrópicas se añaden las asociadas con las enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Actualmente no hay consenso en la comunidad científica sobre la definición del chemsex, pero, en general, cuando hablamos de esta práctica nos referimos al uso intencionado de drogas con fines sexuales que se observa en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aunque en los últimos años desde diferentes ámbitos se aboga por incluir a otras personas del colectivo LGTBIQ+, como es el caso de las personas trans.

El chemsex se caracteriza por sesiones de larga duración, dinámicas de interacción múltiple (simultáneas o sucesivas), consumo preferente de determinadas sustancias para prolongar la actividad sexual, y una combinación de espacios físicos (saunas, lugares de ambiente) y digitales (como las app de citas y geolocalización) que facilitan el contacto entre sus practicantes, con una fuerte carga designativa e identitaria.

El Grupo inició su labor en torno al chemsex en la temporada anterior, en la que mantuvo diferentes reuniones con expertos y/o practicantes, estableciendo las líneas generales para la orientación del trabajo.

En 2026 hemos contado con nuevas incorporaciones, provenientes del periodismo especializado y de las áreas de comunicación de las organizaciones que trabajan en adicciones, que han aportado su visión junto con la del resto de expertos del ámbito académico y en los de la comunicación estratégica y de salud.

Partiendo de lo realizado en 2025, hemos continuado con la revisión de documentos, informes y diferentes iniciativas y campañas referidas al chemsex a nivel español e internacional, elaborando un documento final en el que se recogen las claves para el abordamiento comunicativo del chemsex.

COMPOSICIÓN DEL GRUPO

- Presidencia: Alenjandro Perales Albert (AUC)
- Secretaría: Graciela Silvosa Rodríguez (DGPNSD)
- Ubaldo Cuesta Cambra (Universidad Complutense de Madrid)
- Daniel Catalán Matamoras (Universidad Carlos III de Madrid)
- José Luis Terrón Blanco (Observatorio de Comunicación y Salud de la UAB)
- Rubén Sánchez Medero (Universidad Complutense de Madrid)



- Paola Lami (Asociación Proyecto Hombre)
- Coral Larrosa De Lope (ANIS)

REUNIONES MANTENIDAS

Se han llevado a cabo durante el primer semestre de 2026 seis reuniones virtuales, generalmente con la participación de la Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

26.01.2026
11.02.2026
25.02.2026
18.03.2026
22.04.2026
02.06.2026

PAUTAS PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Desde un punto de vista estratégico, el modelo comunicativo a desarrollar a partir de estas pautas funcionaría como una estructura matricial en la que objetivos y mensajes se seleccionan en función de los destinatarios y los canales.

Líneas clave:

- ✓ **Informar.** Proporcionar un conocimiento suficiente sobre la práctica del chemsex y sus consecuencias, así como sobre dispositivos y recursos a los que puede accederse en demanda de ayuda.
- ✓ **Sensibilizar.** Concienciar sobre el chemsex como problema de salud pública y sobre la necesidad de reducir su práctica o, al menos, de procurar que esa práctica se realice del modo más seguro posible.
- ✓ **Empoderar.** Acompañar a los practicantes de chemsex en la adopción de decisiones que favorezcan el autocuidado, proponiendo alternativas a esta práctica.

Destinatarios:

- Practicantes
 - Reducción de riesgos y daños asociados (uso de preservativo, PrEP). Ampliación del riesgo percibido.
 - Autodiagnóstico para identificar y afrontar los problemas asociados al chemsex tanto para la salud como por su afectación a la vida cotidiana (familiar, social, laboral o educativa); a las situaciones de inseguridad o abusos; aislamiento, homofobia internalizada, soledad no percibida, vulnerabilidad.
- No iniciados
 - Educación general y preventiva de carácter afectivo-sexual, haciendo hincapié en aspectos como la identidad y la diversidad.



- Percepción correcta del riesgo asociado a determinadas prácticas sexuales.
- Comprensión de las dinámicas de poder y de la industria del ocio asociada al sexo.
- Ex practicantes
 - Apoyo, autovalidación, propuestas alternativas.
- Población general
 - Promover una visión no estigmatizante de la práctica del chemsex, alejada del morbo, el sensacionalismo o el reproche moral, teniendo en cuenta su conocimiento vicario de dicha práctica a través del tratamiento que recibe, especialmente, en los medios de comunicación.
- Mediadores
 - Pautas de comunicación específicas que puedan utilizar autoridades sanitarias, profesionales y expertos, educadores, medios de comunicación.
 - Para los periodistas, se incluye una *Guía rápida para informar sobre chemsex*, con claves para el tratamiento mediático de dicha práctica y el recurso a fuentes fiables.

Canales:

- Entornos digitales
 - Atención a la importancia de este entorno en la práctica del chemsex: páginas web, redes sociales, mensajería, apps de citas y geolocalización.
 - Acercamiento a las personas creadoras de contenido (*influencers*) con propuestas para abordar adecuadamente esta práctica en sus mensajes, ya sea en un ámbito más generalista, o en un ámbito más específico o de nicho (activismo digital, liderazgos de opinión, referentes).
- Entornos presenciales

De acuerdo con lo señalado al hablar de los destinatarios:

- Atención a determinados espacios de contacto presencial con practicantes de chemsex, como el educativo (centros escolares y universidades), de salud (hospitales, centros públicos y privados), iniciativas terapéuticas de las asociaciones del tercer sector (como las que trabajan sobre adicciones, VIH, defensa del colectivo LGTBIQ+).
- Lugares de ambiente y de ocio nocturno, buscando, como en el caso de las apps, la colaboración de quienes los gestionan.



Mensajes:

- La comunicación sobre el chemsex debe ser objetiva, veraz y basada en la evidencia, sin culpabilizar ni estigmatizar.
- Buscar la credibilidad de los enunciadores: comunicación entre iguales, compartir experiencias, integración y no exclusión, estrategias de salud contrapública (ECH).
- Aplicar los principios de la comunicación del riesgo en los planos físico, mental, relacional y social.
- Ampliar la visión y las argumentaciones a otras dimensiones más allá de la propia práctica como los elementos culturales, de estatus socioeconómico, financiero, ético.
- Promoción de valores relacionados con el sexo positivo, la sobriedad, el autocuidado, la autonomía, el consentimiento.
- Empatía y no estigmatización. Uso del humor, búsqueda de la complicidad (también en el lenguaje codificado), evitación del pánico moral.
- Promover la polifonía discursiva desde la integración y no desde la sustitución.
- Aplicación de técnicas de dosificación, recurrencia y monitoreo en la conversación social.

Se destaca también la importancia de proponer y establecer un marco narrativo para las campañas institucionales (¿desde dónde se habla?), con el responsable como “aliado técnico”. Ello implica definición estratégica, construcción del marco, ejes narrativos y desarrollo del mensaje.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES BÁSICAS

- Poner el foco en la práctica y en los factores a ella asociados, no en los practicantes. Alertar sin alarmar, pero sin tampoco edulcorar.
- Abordamiento desde la empatía, evitando la estigmatización. Con un enfoque de salud pública, alejado de cualquier planteamiento moral, y ampliando el foco a la dimensión social, cultural y económica, así como en la incidencia en la vida cotidiana.
- Abordar en los mensajes tanto la prevención como la reducción de riesgos y daños.
- Proporcionar recursos, tanto desde el empoderamiento y el autocontrol como desde la oferta de grupos de apoyo y ofertas de ayuda institucional y comunitaria.
- Generar espacios colaborativos con expertos y organizaciones, así como con la industria del ocio y los responsables de aplicaciones.

PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL CURSO 2026-2027

Nos proponemos como objetivo analizar el consumo de hipnosedantes desde el punto de vista de la comunicación. Teniendo en cuenta aspectos como:

- Características del fenómeno: perfiles, contextos, motivaciones psicosocioculturales, uso normalizado, invisibilización de su consumo como problema de salud pública.
- Análisis de narrativas, discursos mediáticos, representaciones, estereotipos y percepción social actuales y posibles.



- Aspectos concomitantes: la presión del deber ser, las redes sociales, la moda, el éxito personal, social y profesional.
- Claves comunicativas: conocimiento, sensibilización, empoderamiento.
- Identificación de destinatarios, canales y mensajes.



Grupo de Trabajo TERCER SECTOR - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

OBJETIVO, COMPOSICIÓN Y METODOLOGÍA

Objetivo

El objetivo general es el de analizar el fenómeno de las adicciones desde la contribución del Tercer Sector y su voluntariado a la mejora de la calidad de vida de las personas y del conjunto de la sociedad.

En este curso, la actividad del grupo estaría centrada en La mejora de la calidad de los programas de prevención de las adicciones basada en la evidencia, y más concretamente en los siguientes objetivos específicos:

1. *Establecer un marco común de referencia para el Tercer Sector en la prevención de las adicciones basado en la evidencia científica.*
2. *Clarificar el concepto de prevención, delimitando las actuaciones preventivas eficaces frente a aquellas que no lo son.*
3. *Definir los criterios esenciales de los programas de prevención de calidad.*
4. *Promover la integración sistemática de la evaluación en las actuaciones preventivas.*
5. *Profundizar en estos aspectos en lo referido a programas de prevención centrados en las adicciones comportamentales, y en programas de prevención centrados en salud mental, género e hipnosedantes.*
6. *Contribuir, a partir de las conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo, al desarrollo de la nueva Estrategia Nacional de Adicciones y su Plan de Acción.*

Composición

- Carmela Arroyo, Coordinadora de UNAD, Presidenta del Grupo de Trabajo.
- Beatriz Arce, de Hogar Sí- Fundación RAIS.
- Juan J. Lamas, Director Técnico de FEJAR.
- Felisa Pérez, Vicepresidenta de RIOD.
- Eloísa Velarde, Directora de Proyecto Hombre Cantabria.
- Enric Marcos, Director de PDS.
- Begoña Río, Directora de Prevención y Proyectos de Etorkintza.
- Otger Amatller, Coordinador Área de Prevención de F. Salud y Comunidad.
- Francisca Sureda Llull, Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Marcos Merino, Jefe de Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretario del Grupo de Trabajo.

Metodología



A través de sesiones participativas y operativas del Grupo de Trabajo se llevan a cabo las siguientes tareas:

- Comparecencia y exposición de personas expertas, que presentan sus estudios o trabajos relacionados con las medidas alternativas.
- Comparecencia de representantes de administraciones y organizaciones del Tercer Sector, que presentan programas y experiencias de buenas prácticas de medidas alternativas en sus territorios.
- Elaboración de una Propuesta con las Conclusiones y Recomendaciones de este proceso para presentar en el pleno de CEDOA.

REUNIONES CELEBRADAS

Se han celebrado 6 sesiones de trabajo: una para delimitar los objetivos, el alcance y la metodología, cuatro con la intervención de personas expertas en cada eje y una última para consensuar las conclusiones y recomendaciones que elevar al plenario. El calendario ha sido el siguiente:

- 9 de diciembre de 2025. Bienvenida de la Delegada del Gobierno, presentación de nuevas prioridades del CEDOA y tareas del grupo de trabajo y debate sobre posibles objetivos del curso enfocados en la calidad de los programas de prevención de las adicciones así la posibilidad de aumentar la composición en miembros del grupo.
- 22 de enero de 2026. Presentación de nuevos miembros y de la primera ponencia del curso a modo de introducción general sobre la evidencia científica en prevención de adicciones:
 - Oihana Rementeria, psicóloga experta en prevención de adicciones, presenta: “Prevención basada en la evidencia”.
- 19 de febrero de 2026. Presentación de experiencias de programas específicos de prevención de adicciones que incluyen la evaluación y la evidencia científica:
 - Susana Redondo de la Junta de Castilla y León, presenta “Modelo de prevención de adicciones de Castilla y León. De la evidencia a la práctica”.
 - Laia Gasa de la entidad PDS, presenta: “Evaluación de un programa familiar y mejoras en formación a implementadores”: Protego.
- 18 de marzo de 2026. Presentación de la situación actual y prevención de adicciones comportamentales basada en la evidencia:
 - José César Perales, catedrático de la Universidad de Granada, presenta: “Comprender y prevenir las conductas digitales problemáticas desde la empatía y la evidencia científica”.
- 30 de abril de 2026. Presentación de experiencias de programas específicos de prevención de adicciones comportamentales:
 - Bruno Cortés Sánchez de Ametac, presenta: “Cortafuegos no actualizado. El desafío de adelantarse a las tendencias virales en prevención”.
 - Juan Francisco Navas, profesor e investigador en la Universidad Complutense de Madrid presenta: “Evidencia empírica de la intervención escolar de prevención de juegos de azar de La Contrapartida (Madrid Salud)”.



- 3 de junio de 2026. Sesión interna del grupo de trabajo.
 - Presentación de informe y diapositivas de las conclusiones y recomendaciones y cierre del curso 2025-2026.

CONCLUSIONES

Sobre evidencia científica.

- Se detecta cierta dificultad entre la aplicación de la teoría de la prevención escolar en adicciones con evidencia científica y la realidad. En numerosas ocasiones, sobre todo en entidades más pequeñas o administraciones locales, las/os técnicas/os y profesoras/es no tienen horas suficientes ni formación para poder llegar a cumplir con los requisitos para implementar correctamente un programa preventivo basado en la evidencia, así como poder evaluar obteniendo resultados.
- Este problema se produce debido al diseño actual y la estructura del sistema educativo y es una cuestión sistémica y organizativa.
- Por otro lado, independientemente de la organización del sistema educativo y la prevención escolar, se observa asimismo en general, un problema estructural y organizativo asociado a las competencias y funciones entre las distintas administraciones del Estado, que en ocasiones dificulta la implementación de intervenciones/programas de prevención basados en la evidencia científica, no solo referidos a la prevención escolar.
- En el contexto actual, es preciso dejar de hacer en primer lugar acciones que sabemos que no sirven o que son contraproducentes para después concentrarnos en lo que sí funciona.

Sobre evaluación.

- La evaluación es crucial para conocer el resultado de la implementación de un programa de prevención. Es importante seguir realizando evaluación, incluso en programas que ya siguen la evidencia científica, para conocer si se están implementando correctamente. También a lo largo del tiempo, puesto que la sociedad va evolucionando y los aspectos que funcionaban en un pasado, pueden no estar funcionando en el presente.
- Por otro lado, es imprescindible que, también asociado a la evaluación, se realice la adaptación del programa, la cual consiste en modificar una intervención, programa o práctica basada en evidencia para ajustarla a un nuevo contexto, población, cultura, organización o sistema, manteniendo en lo posible sus componentes esenciales.
- Es importante a futuro conocer cómo podemos fomentar aquellos programas que funcionan para facilitar su evaluación y su implementación en el portal de BBPP. También cómo adaptar a las nuevas realidades esos proyectos que necesitan actualización y, por otro lado, cómo podemos establecer programas de prevención ante nuevas realidades sin disponer de evidencia.
- Aunque la evaluación es también clave en el desarrollo e implementación de programas de prevención, y puesto que hay muchos otros aspectos de mejora que nos preocupan en el ámbito de la prevención, no sería necesario estar repitiendo evaluaciones a lo largo de los años si no hay cambios importantes. Sí es importante evaluar procesos e ir corrigiendo pequeños ajustes, aunque si no hay



una modificación destacable del contexto, ni de marcos teóricos, no habría por qué estar evaluando todo el tiempo a nivel de impacto si sabemos que es un programa que está evaluado y funciona bien.

Sobre diseño o abordaje.

- En relación con los programas destinados a las convocatorias de Corporaciones Locales sería interesante una redirección estando orientados más a la prevención y no tanto al ocio alternativo, con el fin de encontrar espacio suficiente para implementar actuaciones que si se hayan demostrado eficaces.
- Se solicita a la DGPNSD renovar el enfoque de la recogida y de la presentación de los datos sobre prevención, fomentando la identificación y promoción de programas e intervenciones que disponen de evidencia de eficacia.
- Es necesario mantener un equilibrio entre programas estructurados de larga duración e intervenciones más breves. Aunque en principio, las actividades puntuales sin planificar ni evaluar son contraproducentes y los programas estructurados tienen mejores resultados, el desarrollo de programas largos en ocasiones dificulta la implementación y la adherencia en algunos contextos. Existen algunas intervenciones planificadas y menos extensas que pueden estar evaluadas correctamente y seguir la evidencia científica, con la ventaja de aplicarse más fácilmente y llegar a un mayor número de destinatarias/os.

Sobre coproducción y colaboración entre instituciones y tejido asociativo.

- La organización y el trabajo en red es primordial en los sistemas de prevención de adicciones. Es imprescindible crear sinergias entre instituciones, entidades, el sistema educativo, social y sanitario, y trabajar en la misma dirección para poder desarrollar e implementar programas de forma efectiva.
- Es necesaria una mejora y agilización en el desarrollo de normativa y disposiciones a través de la coordinación de las entidades sociales con las administraciones públicas.

Sobre adicciones comportamentales.

- Los juegos de azar siguen ocupando la mayor parte de admisiones a tratamiento dentro de las adicciones sin sustancia, por lo que, aunque los problemas asociados a pantallas son emergentes e importantes, no nos podemos dejar llevar por el alarmismo social ni se deben dejar de lado el resto de adicciones comportamentales.
- Por otro lado, existe una preocupación de las familias y adolescentes con el problema de adicciones a pantallas. Los datos de tratamiento en ocasiones no incluyen la atención de estas/os adolescentes y familias y aunque en global es pequeño el número, existe una preocupación social. Por ello, muchos problemas relacionados con pantallas no se están registrando correctamente y están provocando problemas de salud mental de base y familiares, que se manifiestan a través de problemas de adicción a pantallas o juego digital.
- Aunque sean similares, no se puede abordar igual la adicción a pantallas que la adicción al juego de apuestas o sustancias.
- A nivel de programas de prevención de pantallas, no se debe buscar la abstinencia completa sino el uso saludable, y hay que atender también a la función que tienen las redes sociales y entender que



éstas cumplen una misión en la vida de las personas y es importante analizar esas necesidades y asegurar que se cumplan no sólo por las redes sociales.

- Las actividades breves, como en el caso de La Contrapartida, pueden tener un efecto positivo, siempre que estén diseñadas de forma adaptada, con profesionales formados, que sean referente para las/os alumnas/os y que tengan una continuidad y conozcan a los destinatarios y estando siempre evaluadas.
- Uno de los elementos centrales del éxito de este programa, también es el hecho de buscar estrategias revelando los diseños de los juegos y las tácticas de la industria para posicionarnos del lado de las personas destinatarias y de esta forma que entiendan que ellas mismas son las afectadas por parte de la industria, despertando en ellas una visión crítica de cara al diseño y finalidad de dichos juegos y estén en contra de ello.
- Es necesario un trabajo previo por parte de la entidad o las personas desarrolladoras de dichos programas de revisión de la evidencia científica disponible para partir de ahí y posteriormente adaptarlo al contexto y características de las personas destinatarias del programa. Para ello también se debe tener en cuenta a dichas personas destinatarias y usuarios.
- A la hora de planificar las sesiones, es mejor que las sesiones de padres y madres y de alumnos/as sean separadas, ya que, si no, se compromete la participación de los alumnos/as y, por tanto, la efectividad del programa.
- El desarrollo de normativa respecto a las adicciones comportamentales digitales es muy lento, y se debe trabajar en una mayor regulación.
- Se debe responsabilizar al sistema y a las grandes empresas que desarrollan los algoritmos y diseñan las aplicaciones y no solo a la población y a las/os jóvenes de las adicciones comportamentales.

RECOMENDACIONES

Sobre evidencia científica.

- Se debe mejorar la cobertura de formación y horas suficientes para entidades más pequeñas o administraciones locales, así como técnicas/os y profesoras/es para poder llegar a cumplir con los requisitos para implementar correctamente un programa preventivo basado en la evidencia y evaluar resultados.
- Valorar el considerar unos mínimos de formación obligatorios para que se puedan implementar ciertos programas por las/os profesionales. Esto permitiría avanzar en no realizar acciones que sabemos que no siguen la evidencia y que no tienen un efecto positivo en la población diana.
- Promover la difusión y utilización del Currículum de Prevención Europeo (EUPC) y los Estándares Europeos de Calidad para la Prevención en Adicciones por parte de las administraciones y las entidades del Tercer Sector a la hora del diseño de intervenciones y programas preventivos.
- Mejorar la motivación de las/os profesoras/es a nivel educativo y del *advocacy* y la colaboración entre instituciones.
- Mejorar la difusión de las claves principales que siguen aquellos programas preventivos que funcionan entre entidades del Tercer Sector para replicar estos programas en otras entidades y contextos.
- Seguir trabajando en recalcar, por parte de las administraciones y entidades, la importancia de no llevar a cabo las acciones que sabemos que no funcionan, como las charlas puntuales o llevar a personas exadictas.



Sobre evaluación.

- Continuar promocionando la importancia de la evaluación de programas de prevención y asegurar que los programas financiados por las administraciones son evaluados, demostrando así que siguen la evidencia científica.
- Promover asimismo la adaptación de los programas preventivos al contexto, población, cultura, organización o sistema, en el que se implementan, manteniendo en lo posible sus componentes esenciales.
- Facilitar y apoyar a los programas que funcionan para que puedan seguir realizando evaluación.
- Promocionar y facilitar el acceso al Portal de BBPP del PNSD.
- Diseñar herramientas que permitan compartir unos estándares de evaluación para que puedan ser utilizados por las entidades del Tercer Sector a la hora de evaluar sus programas siguiendo un mismo protocolo.

Sobre diseño o abordaje.

- Revisar y actualizar las fichas y contenido del capítulo de prevención de la Memoria Anual priorizando la recogida de datos respecto a programas estructurados frente a actividades puntuales.
- Revisar y actualizar las convocatorias de ayudas a cargo de la DGPNSD, promoviendo el ajuste y adecuación a la evidencia de eficacia en prevención de adicciones.
- Profundizar en el equilibrio entre programas estructurados e intervenciones breves, siempre que se demuestre que siguen la evidencia científica conociendo iniciativas que sepamos que son efectivas, como en el caso de La Contrapartida.
- Favorecer por parte de las entidades a que revisen la evidencia científica disponible previamente al diseño de los programas y que puedan así adaptarla al contexto concreto y las características de las personas destinatarias del programa.

Sobre coproducción y colaboración entre instituciones y tejido asociativo.

- Promover la conversación desde la DGPNSD con la FEMP, con corporaciones locales y diputaciones y demás agentes territoriales actuando de guía para que tomen conciencia y se revisen las actuaciones y programas desarrollados con el fin de fomentar la implementación de actuaciones o programas que disponen de evidencia científica.
- Dar mayor importancia en los documentos estratégicos a futuro a crear sinergias, coordinación y comunicación entre instituciones, entidades y sistemas educativo, sanitario y social.
- Facilitar el desarrollo a futuro de sistemas de adicciones a nivel de CCAA bien estructurados, con una red efectiva entre todos las/os agentes implicadas/os y en base a unos planes de adicciones también a escala pequeña y local, que permita trabajar en una misma dirección.
- Desarrollo y promoción de estructuras de coordinación de las entidades sociales con las administraciones públicas con el compromiso de dar celeridad a los desarrollos normativos, como, por ejemplo, como ocurre con las adicciones digitales.



Sobre adicciones comportamentales.

- No dejarse llevar por alarmismo social respecto a las adicciones digitales y recoger datos y analizar la situación real, siempre siguiendo la mayor evidencia científica.
- Revisar y actualizar el registro y recogida de datos correctamente respecto a tratamiento de adicciones de pantallas en jóvenes.
- Promocionar el bienestar emocional y la prevención de adicciones comportamentales basada en la evidencia en jóvenes y familias, así como los hábitos de vida saludables, que permiten empoderar a jóvenes y niños y protegerles frente a estas adicciones. Aunque en este apartado se incluyen las adicciones comportamentales, se recomienda también promocionar la prevención en otras conductas adictivas y comportamientos de riesgo.
- Debería priorizarse la regulación sobre características de diseño de dispositivos digitales y sobre el funcionamiento de los algoritmos. Es necesario que haya mecanismos de detección de edad para que el producto se adapte a la persona que está utilizando en el diseño de los juegos.
- Difundir y dar a conocer en mayor medida diferentes tipos de intervenciones como La Contrapartida que a pesar de ser una intervención breve está evaluada y tiene efectos positivos.
- Tratar de trabajar por reformas normativas y legislativas sobre todo en el diseño de aplicaciones y juegos en relación también a los avances en ámbito internacional y europeo para proteger más a los niños y jóvenes frente a conductas adictivas.
- Promover la creación de servicios de asesoría a familias en relación con las adicciones digitales con un enfoque preventivo por parte de las entidades del Tercer Sector.

POSIBLES LÍNEAS PARA EL CURSO 2026-2027

- Para el siguiente curso, se recomienda profundizar en la perspectiva del sector educativo respecto de la situación actual de las adicciones comportamentales y su prevención. Por un lado, conocer el punto de vista del Ministerio de Educación y la AGE, y por otro de los mismos centros educativos y Consejerías de Educación autonómicas, para poder avanzar también conociendo la opinión desde estos sectores que están en contacto directo con los/as jóvenes y adolescentes.
- Asimismo, conocer también si es posible o se valora la posibilidad de incluir la prevención (en general y en concreto de adicciones a pantallas) en el currículo de formación de los centros educativos españoles, dentro de las competencias transversales. Valorar la opción de incluirlo junto a promoción de la salud, bienestar emocional, etc. Incidir también en la formación no formal.
- Profundizar en conocer la perspectiva del Ministerio de Juventud e Infancia en lo referente a entornos digitales seguros.
- Valorar también abordar el bienestar emocional y las adicciones en jóvenes asociados a la prevención de adicciones y comportamientos de riesgo, desde un enfoque no solo de prevención escolar y familiar, sino también de prevención estructural/ambiental/social. Ampliar la mirada de la prevención a otras etapas de la vida, no solo en la edad escolar sino de una forma más interseccional.
- Señalar la importancia del Tercer Sector dentro de la red de adicciones y de la prevención en general y escolar.



Grupo de Trabajo GÉNERO - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

OBJETIVO del Grupo CEDOA Género 2026

Durante 2026, el Grupo CEDOA Género centró su trabajo en el análisis de las adicciones comportamentales, una problemática especialmente influida por los factores de género y edad. El objetivo principal fue desarrollar un marco integral de conocimiento, prevención, detección e intervención que incorporara la perspectiva de género, intercultural e intersectorial, prestando especial atención al impacto de estas adicciones en el ámbito laboral y a la vulnerabilidad de la población joven.

El grupo trabajó para visibilizar la realidad específica de las mujeres afectadas por adicciones comportamentales, contribuir a la comprensión de los factores que influyen en esta problemática y promover su desestigmatización. Asimismo, se buscó favorecer la detección temprana y el acceso a recursos de apoyo y tratamiento.

Se impulsó la reflexión sobre la necesidad de desarrollar respuestas asistenciales más adaptadas a las necesidades de las mujeres, así como acciones de sensibilización e información accesibles e inclusivas que contribuyan a reducir el estigma social y a mejorar la prevención y la atención de estas adicciones.

REUNIONES del grupo

Desarrollo de las reuniones del Grupo CEDOA Género (2026).

Se han celebrado 6 reuniones.

1. Enero de 2026 – Reunión constitutiva

- Constitución formal del Grupo CEDOA Género para el periodo de trabajo.
- Presentación de las posibles líneas de trabajo por parte de Francisca Sureda Llull, Delegada de DGPNSD.
- Intercambio de opiniones, debate y definición de prioridades para el desarrollo de los trabajos del grupo.

2. Febrero de 2026 – Situación de las adicciones comportamentales en España

- Presentación del Informe sobre Adicciones Comportamentales, publicado el 10 de febrero de 2026, a cargo de Begoña Brime Beteta, Directora del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la DGPNSD.
- Análisis de los principales datos y tendencias identificados en el informe.
- Debate sobre las implicaciones de los resultados desde una perspectiva de género y definición de la línea de trabajo del grupo para 2026.

3. Marzo de 2026 – Detección precoz y perspectiva de género

- Sesión centrada en la importancia de la detección precoz de las adicciones comportamentales y en el análisis de las diferencias de género en este ámbito.



- Intervenciones de Ana Isabel Estévez y Virtudes Micó Valero, quienes presentaron diferentes enfoques sobre las adicciones comportamentales desde una perspectiva de género.
- Debate sobre los factores de vulnerabilidad, las barreras para la detección y el acceso al tratamiento de las mujeres afectadas.
- Reflexión conjunta sobre los contenidos que deberían abordarse en el documento final del grupo.

4. **Abril de 2026 – Elaboración del documento colaborativo**

- Presentación, por parte de Virtudes Micó Valero y Ana Isabel Estévez, de una propuesta de estructura y contenidos para la elaboración de un documento colaborativo sobre adicciones comportamentales y género.
- Debate sobre los principales mensajes, objetivos y recomendaciones que debería recoger el documento.
- Recogida de aportaciones de las personas integrantes del grupo.

5. **Mayo de 2026 – Revisión del borrador**

- Presentación y análisis del primer borrador del documento elaborado a partir de las contribuciones recibidas.
- Debate y comentarios sobre el contenido, enfoque y recomendaciones propuestas.
- Incorporación de observaciones y aportaciones realizadas por las entidades y personas participantes en el grupo.

6. **Junio de 2026 – Finalización del documento**

- Revisión de las aportaciones adicionales remitidas por los integrantes del grupo.
- Debate sobre los aspectos pendientes y validación de los contenidos finales.
- Cierre de los trabajos del grupo y valoración de los principales resultados alcanzados.
- Propuestas para el trabajo del grupo para el siguiente año.

PRODUCTOS

Como resultado de los trabajos desarrollados por el Grupo CEDOA Género durante el periodo 2025-2026, se ha elaborado el documento *Análisis de las adicciones comportamentales y género*, cuyo objetivo es recoger el estado de la situación, las principales recomendaciones y una serie de acciones concretas orientadas a mejorar la prevención, detección, intervención e investigación en este ámbito desde una perspectiva de género.

La estructura del documento es la siguiente:

1. Estado de la Situación

- 1.1. Prevalencia y Patrones de Conducta en Mujeres
- 1.2. Factores de Riesgo y Diferencias en el Impacto
- 1.3. Barreras de Acceso y Sesgo de Género

2. Recomendaciones

- 2.1. Prevención / Detección precoz
- 2.2. Tratamiento e Intervención
- 2.3. Coordinación Institucional



- 2.4. Investigación

3. Acciones concretas

- 3.1. Recogida de datos
- 3.2. Prevención
- 3.3. Intervención

La versión final del documento está prevista para su cierre antes del 17 de junio de 2026, una vez incorporadas las últimas aportaciones y observaciones de las personas integrantes del grupo.

Link al documento de trabajo (borrador):

[Documento/borrador final CEDOA Género 2026 - Documentos de Google](#)

TEMAS PROPUESTOS PARA EL SIGUIENTE CURSO

Se plantea la conveniencia de continuar trabajando durante el próximo curso en cuestiones transversales como el papel de las redes sociales, la publicidad, el marketing digital y otros determinantes sociales que influyen en las adicciones, tanto con sustancias como sin ellas. Se destacó especialmente la necesidad de analizar cómo los roles y estereotipos de género transmitidos a través de estos canales pueden influir en la aparición y mantenimiento de conductas adictivas, así como de reforzar las estrategias de prevención ambiental frente a la creciente influencia de los entornos digitales.

COMPOSICION DEL GRUPO

INTEGRANTES GRUPO DE TRABAJO DE GENERO enero 2026		
PARTICIPANTES	REPRESENTACIÓN	CORREOS
Eulalia Alemany (Directora técnica de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción)	FAD Juventud <u>Presidenta</u>	eaalemany@fad.es Teléfono: 91 302 40 45 Móvil: +34 609 047 244
Ina Hristova Dakova (jefa de Servicio de relaciones europeas)	DGPNSD <u>Secretaría</u>	ihristova@sanidad.gob.es
Vania Vega Infiesta (Salud Laboral y Medio Ambiente/representante CEDOA) Raquel Gómez Merayo (secretaría de Mujeres e Igualdad)	Confederación Sindical de CCOO	vvega@ccoo.es raquelgomez@ccoo.es
Ramon Gil Medea Gracia Hernández (Responsable Área Mujeres)	Unión General de Trabajadores (UGT)	rgil@cec.ugt.org ; mgracia@cec.ugt.org
Blanca Criado	Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al	blanca.criado@unad.org



(Comisión de Adicciones y Género)	Drogodependiente (UNAD)	
Rocío Forriol Ruiperez Cristina Ferrero Camacho	Cruz Roja	roforu@cruzroja.es cferrero@cruzroja.es
Virtudes Micó Valero (Trabajadora social, Secretaria Técnica de FEJAR y Delegada de Programas de Mujer con adicciones comportamentales)	Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR)	virtu.mico@fejar.org
Gemma Maudes (Subdirectora del Área de Adicciones, Género y Familias)	Fundación Salud y Comunidad	gemma.maudes@fsyc.org
Nuria Romo (Catedrática de Antropología Social)	Universidad de Granada	nromo@ugr.es
Yolanda Besteiro (Presidenta de la FMP) Carmen Ruiz Horche (Psicóloga y responsable de proyectos de salud)	Federación de Mujeres Progresistas	Correo principal: presidencia@fmujeresprogresistas.org En copia: direccion@fmujeresprogresistas.org c.ruiz@fmujeresprogresistas.org
Yolanda Nieves	Fundación Atenea	ynieves@fundacionatenea.org
Maria Paz de la Puente (Directora del Centro de Proyecto Hombre en Valladolid) Ana Isabel Macías Rodríguez (Directora de Programas de la Fundación)	Asociación Proyecto Hombre	direccion@proyectohombreva.org direccionprogramas@proyectohombreva.org
Auxiliadora Fernandez	Fundación Arcoiris	auxiliadora@fundacionarcoiris.org
Ana Isabel Estévez	Universidad de Deusto	aestevez@deusto.es



Grupo de Trabajo LABORAL - Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones

Identificación y estrategias para la prevención de adicciones sin sustancia en el ámbito laboral

Conclusiones

- 1. Las adicciones sin sustancia son un riesgo laboral real y creciente**
Tienen un impacto directo en el rendimiento, la seguridad y la salud mental (absentismo, presentismo, accidentes, conflictos).
- 2. El entorno laboral influye significativamente**
Factores como el estrés, la presión, la soledad laboral, el acceso a dinero o la cultura organizativa pueden favorecer la aparición y mantenimiento de conductas adictivas.
- 3. No es un problema individual, sino también organizativo y social**
Se rechaza el enfoque centrado exclusivamente en la responsabilidad personal. Las adicciones deben abordarse como enfermedades influenciadas por el contexto.
- 4. La detección precoz es clave, pero sigue siendo limitada**
Existe falta de protocolos sistemáticos y dificultades para identificar casos, especialmente en adicciones comportamentales (menos visibles).
- 5. El estigma y el miedo dificultan la intervención**
El temor a consecuencias laborales impide que las personas pidan ayuda, lo que retrasa la detección y empeora la evolución.
- 6. La empresa puede ser un agente clave en prevención y recuperación**
Un entorno laboral adecuado puede actuar como factor protector y facilitar la reincorporación.
- 7. Desigualdad en la capacidad de actuación según tamaño de empresa**
Las micropymes presentan mayores dificultades por falta de recursos y estructura preventiva.
- 8. Necesidad de coordinación institucional y multisectorial**
Se destaca el papel de la administración, el tercer sector y los agentes sociales en la formación, prevención y tratamiento.

Recomendaciones en el ámbito laboral

1. Integrar la prevención en la estrategia empresarial

- Incluir las adicciones (también sin sustancia) dentro del Plan de Prevención de Riesgos Laborales.
- Aplicar un enfoque estructural, no solo individual.

2. Actuar sobre los factores organizativos de riesgo

- Reducir niveles de estrés y presión excesiva.
- Revisar sistemas de objetivos, control de dinero y condiciones laborales.
- Evitar entornos coercitivos o aislados.

3. Desarrollar protocolos claros y confidenciales



- Establecer mecanismos de detección temprana y derivación.
- Garantizar confidencialidad y enfoque no sancionador.

4. Fomentar la cultura de apoyo y no estigmatización

- Tratar las adicciones como problemas de salud.
- Promover entornos seguros donde pedir ayuda no tenga consecuencias negativas.

5. Impulsar la formación y sensibilización

- Formación en gestión emocional, estrés y autocuidado.
- Capacitar a mandos intermedios para identificar señales de riesgo.

6. Adaptar las medidas a cada contexto empresarial

- En micropymes: potenciar cercanía, comunicación directa y apoyo del empresario.
- En grandes empresas: reforzar estructuras formales y protocolos.

7. Colaborar con recursos externos especializados

- Establecer alianzas con entidades especializadas.
- Facilitar derivación a tratamiento y seguimiento.

8. Personalizar la intervención

- Adaptar programas a colectivos específicos (jóvenes, población inmigrante, etc.).
- Ajustar medidas a la situación individual del trabajador.

9. Reforzar el papel de la administración y salud pública

- Impulsar formación transversal en adicciones.
- Mejorar la detección desde atención primaria.

Adicción al trabajo: conclusiones y recomendaciones en el ámbito laboral

Conclusiones

1. Fenómeno complejo y no reconocido oficialmente

La adicción al trabajo no está incluida en sistemas diagnósticos como el DSM, lo que dificulta su identificación, medición y abordaje preventivo.

2. Origen multifactorial

Intervienen factores psicológicos (perfeccionismo, necesidad de control), sociales (reconocimiento, cultura del éxito) y laborales (presión, incentivos, organización del trabajo).

3. El entorno laboral es determinante

Jornadas largas, hiperconexión digital, presión por resultados y culturas de hiperproductividad favorecen su aparición y normalización.

4. Impacto significativo en la salud y el bienestar

Asociada a burnout, ansiedad, depresión, fatiga crónica y deterioro de relaciones personales y familiares.



5. **Influencia clave del liderazgo y la cultura organizativa**
Los estilos de dirección y normas implícitas pueden fomentar o frenar conductas adictivas (ej. normalización de jornadas excesivas).
6. **Diferencias relevantes por género y edad**
Mayor invisibilidad en mujeres por la doble carga laboral-doméstica y diferencias en acceso a recursos; influencia creciente de la digitalización y brecha generacional.
7. **Déficit de herramientas y datos**
No existen instrumentos validados ni datos de prevalencia fiables, lo que limita la investigación y las políticas preventivas.
8. **Contradicción estructural del sistema laboral**
Se premian conductas (hiperdisponibilidad, exceso de trabajo) que están en la base del problema, dificultando su prevención.

Recomendaciones

1. **Integrar la adicción al trabajo en la PRL**
Incorporarla dentro de los planes de prevención.
2. **Revisar cultura organizativa e incentivos**
Evitar premiar la sobrecarga, la disponibilidad constante o el presentismo.
3. **Fomentar liderazgo saludable**
Formar a mandos para detectar señales de riesgo y promover modelos de trabajo equilibrados.
4. **Garantizar la desconexión digital efectiva**
Establecer límites claros al uso de tecnologías fuera del horario laboral.
5. **Actuar sobre la organización del trabajo**
Revisar cargas, objetivos, turnos y sistemas de evaluación del desempeño.
6. **Incorporar perspectiva de género y edad**
Adaptar medidas preventivas a las diferentes realidades y formas de manifestación.
7. **Mejorar sistemas de información y diagnóstico**
Desarrollar herramientas específicas y reforzar el registro de datos en salud laboral.
8. **Impulsar sensibilización y cambio cultural**
Promover una visión del trabajo saludable, basada en límites, equilibrio y bienestar.

Impacto del consumo de hipnosedantes en el ámbito laboral: conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. Problema relevante de salud pública con alta prevalencia

El consumo de hipnosedantes (principalmente benzodiazepinas) presenta una prevalencia significativa, con mayor incidencia en mujeres, aumento con la edad y relación con factores socioeconómicos.

2. Fuerte vínculo con la salud mental (patología dual)

Existe una estrecha relación entre consumo y trastornos de ansiedad y depresión, siendo frecuente la automedicación. En muchos casos, el consumo es consecuencia de problemas previos.

3. Efectos adversos con impacto laboral

Somnolencia, deterioro cognitivo, menor atención y enlentecimiento psicomotor afectan al desempeño y aumentan el riesgo, especialmente en puestos críticos.

4. Diferencia entre uso, dependencia y adicción

No todo consumo implica adicción, pero en personas vulnerables puede evolucionar hacia un trastorno mental que requiere abordaje clínico específico.



5. Relación compleja entre trabajo y consumo

No existe evidencia clara de causalidad directa, pero sí asociaciones con factores como estrés laboral, condiciones de trabajo o situación de desempleo.

6. El empleo como posible factor protector (con matices)

El trabajo, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas se asocian a menor prevalencia, aunque esta relación puede estar influida por factores previos (salud mental, acceso al empleo).

7. Limitaciones en datos y registro

Falta información específica en el ámbito laboral (riesgos psicosociales, causas de bajas, consumo), lo que dificulta el análisis y la intervención.

8. Riesgo de estigmatización y discriminación

La gestión del problema en el ámbito laboral debe evitar cualquier forma de señalamiento o perjuicio para la persona trabajadora.

9. Necesidad de enfoque integral

La salud laboral no puede separarse de la salud general; se requiere un abordaje coordinado entre salud pública, mental y laboral.

Recomendaciones

1. Adoptar un enfoque integral y basado en evidencia

Coordinar salud laboral, salud mental y salud pública en la prevención e intervención.

2. Incorporar el consumo de psicofármacos en la PRL

Especialmente en la evaluación de riesgos psicosociales y en puestos sensibles.

3. Mejorar la detección precoz con enfoque no estigmatizante

Identificar no solo el consumo, sino también posibles trastornos subyacentes.

4. Garantizar adaptación del puesto y protección del trabajador

Ajustar tareas, cargas y condiciones en función de la situación clínica.

5. Evitar discriminación y uso inadecuado de información sensible

Especial cautela con datos de salud o genética; uso exclusivamente preventivo.

6. Reforzar sistemas de información y registro

Mejorar la recogida de datos sobre consumo, riesgos psicosociales y bajas laborales.

7. Actuar también sobre factores laborales

Reducir estrés, mejorar condiciones de trabajo y abordar entornos de riesgo.

8. Promover sensibilización en empresas

Formar sobre salud mental, consumo responsable y efectos en el trabajo.

9. Impulsar estrategias preventivas selectivas

Priorizar colectivos, sectores o puestos con mayor nivel de riesgo

Retos del grupo para el próximo curso 2026-2027

- Organizar una Jornada Técnica en el INSST en el que entre otras actividades se presente:
 - ✓ Documento trabajo elaborado por el grupo en el curso 2024/2025
 - ✓ Resultados de la encuesta laboral 2026
- Trabajar en la ampliación de contenidos en la prevención y sensibilización de adicciones con y sin sustancia en el marco de las empresas y otras organizaciones, priorizando una de las líneas estratégicas propuestas tras el trabajo exploratorio llevado a cabo este curso
- Explorar estrategias que ayuden a la implementación de los planes de prevención de adicciones en las empresas y otras organizaciones.



Diseño de sistemas de evaluación del retorno económico y sanitario de estas medidas y sus beneficios.

Han participado

Miembros del grupo:

- D. Jesus Tamayo Sanchez. Asociación Proyecto Hombre
- D. Jorge Martín Blanco. Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)
- D. Juan Jesús Hernández González-Nicolás. Cruz Roja Española
- D. Miguel Canales Gutiérrez. Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME)
- D. Ramón Gil Domínguez. Unión General de Trabajadoras y Trabajadores (UGT)
- D^a Leyre de la Peña Perea. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)
- D^a Lidia Segura García. Subdirección General de Adicciones, VIH, ETS y Hepatitis Víricas. Generalitat de Catalunya.
- D^a Luisa María López Sánchez. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)
- D^a María Jesús Otero Aparicio. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)
- D^a Vania Vega Infiesta. Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO)
- D^a Xisca Sureda Llull. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Ponentes externos:

- D. Juan José Lamas Alonso, Director técnico de FEJAR (Identificación y estrategias para la prevención de adicciones sin sustancia en el ámbito laboral)
- D^a Ana Isabel Estevez Gutiérrez (Adicción al trabajo)
- D. Néstor Szerman (Impacto del consumo de hipnosedantes en el ámbito laboral)