

Prevención de drogodependencias en al ámbito escolar

Prevención escolar en el ámbito de las
drogodependencias: análisis de los aspectos característicos
de la realidad desde el año 1985

Autor

Raquel Nerín Rodríguez

Director

Rafael Díaz Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2015

Índice

Introducción	5
Justificación	6
Metodología	8
Marco teórico	9
Antecedentes de la educación para la salud	9
Características y teorías que definen la adolescencia	12
Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas	15
I Plan Nacional sobre Drogas de 1985	22
Análisis de la situación	23
Prevención escolar propuesta en el PNSD (1985)	24
1ª Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)	25
Análisis de la realidad	26
Prevención escolar reflejada en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)	27
2ª Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)	29
Análisis de la situación	29
Prevención escolar según la 2ª Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)	32
Situación actual según el Observatorio Nacional de Drogas	34
Resultados correspondientes al alcohol	35
Resultados correspondientes al tabaco	36
Resultados correspondientes al cannabis	37
I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008) de Aragón	39
Análisis de la realidad	39
Prevención escolar referida al 1º Plan Autonómico de Aragón	42
II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016) de Aragón	45
Análisis de la situación	45
Prevención escolar referente al II Plan Autonómico de Aragón	47
Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017) de la ciudad de Huesca	50
Análisis de la situación	50

Prevención escolar reflejada en el presente Plan Municipal	52
Conclusiones	54
Referencias bibliográficas.....	58
Anexo 1.....	62

Prevención de drogodependencias en al ámbito escolar

- Raquel Nerín Rodríguez
- Rafael Díaz Fernández
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Septiembre del año 2015

Resumen

El objetivo del trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los documentos más relevantes en los que se recojan las pautas a seguir en cuanto a la prevención escolar en materia de drogodependencias, desde la formación del I Plan Nacional sobre Drogas de 1985, el cual supuso un punto de inflexión en el tema.

Se parte de un marco teórico que expone los antecedentes de la actual Educación para la salud, así como las teorías a partir de las cuáles se diseñan los programas preventivos, las teorías que explican el comportamiento adolescente y los factores de riesgo y protección a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo un programa de este tipo.

A continuación, la revisión se centra en los documentos oficiales a nivel nacional, autonómico y provincial que analizan la realidad en materia de drogodependencias. Por un lado, de cada documento se describe la realidad a la que hace referencia comenzando con el PNSD (1985) y la problemática de heroína y acabando con los actuales problemas con las nuevas sustancias psicoactivas. Por otro lado, se analizan las medidas que cada documento propone para llevar a cabo la prevención escolar, desde una fase de experimentación que comienza en 1985 hasta los programas concretos como el Órdago o la Aventura de la Vida en la provincia de Huesca actualmente.

Palabras clave

Prevención escolar, drogodependencias, consumo de sustancias, factores de riesgo, factores de protección, escolar, jóvenes y drogas.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se compone de tres partes diferenciadas: el marco teórico a partir del cual tiene lugar la revisión bibliográfica, los resultados de dicha revisión y las conclusiones obtenidas tras analizar el contenido.

El marco teórico consta de una parte en la que se definen los antecedentes de la educación para la salud, actual herramienta para tratar la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Esto se lleva a cabo a través de distintos programas, los cuáles se basan en distintas teorías que explican el consumo de drogas, las cuáles también aparecen en el marco teórico, incluyendo un análisis de los factores de riesgo y protección que hay que tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una prevención. Además, se estudian las teorías y modelos que describen las características psicológicas y sociales de los adolescentes, a los cuáles se dirigen la mayoría de los programas preventivos.

Respecto a la revisión bibliográfica, son varios los documentos que se analiza. Por un lado, a nivel Nacional se encuentra el I PNSD de 1985, el cual describe la realidad de una situación marcada por la problemática de la heroína, la inseguridad ciudadana provocada por el consumo y la alarma social, acompañada de una falta de fuentes de información y una red de servicios escasa. La prevención escolar se encuentra en una fase de experimentación, cuyos objetivos son detectar la población escolar de riesgo. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) se enmarca en una realidad en la que la heroína, los estereotipos asociados a la misma y la alarma social pierden protagonismo. Por otro lado, aparecen las drogas de síntesis y el patrón de consumo con fines lúdicos. La prevención escolar se va perfilando, centrándose en los hábitos de higiene, auto cuidado de salud, autoestima, riesgos del consumo, etc. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) se corresponde con una situación marcada por el policonsumo, el inicio temprano en el consumo de drogas y un consumo con fines lúdicos normalmente en lugares públicos. Respecto a la prevención, se diferencia el consumo esporádico del habitual, y también el consumo de drogas legales con el consumo de drogas ilegales, haciendo más individualizada dicha prevención. Se le da mayor importancia a los medios de comunicación y a la industria del ocio. El último documento Nacional que se

analiza es el Informe del Observatorio Nacional sobre Drogas de 2013, del cual se obtienen datos de los consumos y edades de inicio actuales respecto al alcohol, tabaco y cannabis.

Respecto a los documentos autonómicos correspondientes a Aragón, se analizan el I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2005-2008) y el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2010-2016). Ambos tienen en cuenta tanto las adicciones a sustancias como las conductuales como pueden ser "la ludopatía, la adicción a pantallas u otras como la adicción al sexo" (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, 2010-2016, p. 25) Los problemas a los que se enfrentan son los mismos que a nivel nacional (policonsumo, los contextos en los que se consume con fines lúdicos y la temprana edad de inicio en el consumo). Respecto a la prevención escolar, se recalca el papel de la Red de Escuelas Promotoras de Salud y la Red Aragonesa de Promoción de la Salud.

Por último, a nivel provincial se analiza el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017) de la ciudad de Huesca, el cual explicita los recursos con los que se cuenta para llevar a cabo la prevención y el análisis de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y cannabis como drogas más generalizadas entre otros aspectos.

JUSTIFICACIÓN

Las razones por las cuáles he decidido realizar mi trabajo de fin de grado en base a un tema como la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar son varias.

El uso y abuso de las drogas es actualmente uno de los mayores problemas de salud pública al que nos enfrentamos tanto a nivel nacional como autonómico o local. Las consecuencias inmediatas y a largo plazo derivadas del consumo de estas sustancias son muy negativas: absentismo escolar, problemas sociales, conductas disruptivas, futuros problemas para conseguir o mantener un empleo... como ya se han observado a raíz del consumo de heroína de los años 80, cuyas consecuencias todavía son visibles en nuestra sociedad actual.

Dentro del problema de las drogodependencias, nos enfrentamos a una edad muy temprana de inicio en el consumo de determinadas drogas, como son principalmente el

alcohol (13,6), el tabaco (13,9) o el cannabis (14,9). Por ello el ámbito escolar se convierte en un espacio privilegiado para tratar dicha cuestión. Por un lado se trata con alumnos que probablemente experimenten por primera vez con las drogas cuando aún asisten a la escuela o instituto, cuando están inmersos en una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales (referido al primer ciclo de educación secundaria) que les pueden hacer más vulnerables al consumo de drogas. Por otro lado, desde el colegio se tiene un punto de vista privilegiado de estos alumnos, diferente al de sus familias. Esto es, debido a que se encuentran conviviendo con sus iguales sin control paternal, por lo que es probable que afloren conductas distintas a las que surgen en el ámbito familiar. De esta manera, se puede realizar una detección precoz de posibles comportamientos o actitudes que puedan desembocar en un problema de uso o abuso de drogas.

Me voy a centrar sobre todo en la prevención de drogodependencias dirigida a alumnos de primaria y de primer ciclo de secundaria, dado que son con los que he tratado en las prácticas de mi especialidad, Pedagogía Terapéutica y con los que más afinidad he tenido.

No siempre se le ha dado tanta importancia a este tipo de prevención dentro del colegio. Hasta la publicación del PNSD de 1985, la atención que se prestaba a este tema era principalmente de tipo asistencial y no preventivo. Por ello, he creído interesante realizar un análisis desde dicho año hasta la actualidad, a cerca de cómo se ha ido conformando la prevención educativa que conocemos hoy en día en los colegios. Siempre, la prevención responde a una serie de necesidades específicas: sociales, económicas, políticas...Por ello, investigaré la prevención escolar de drogodependencias junto con la situación social en la cual se enmarcan o se enmarcaban.

A raíz de los documentos a nivel nacional se configuran los autonómicos y los provinciales, dado que los primeros son los que marcan las pautas generales a seguir. Por ello mi trabajo se basará en tres niveles: nacional, autonómico (Comunidad autónoma de Aragón) y por último provincial (Huesca). Esto es, por que me gustaría indagar a cerca de los programas preventivos de conductas adictivas que se ponen en marcha en mi provincia dentro de los colegios a través de la educación para la salud.

En mi futuro trabajo como docente, creo que la correcta formación en la prevención de drogodependencias es un aspecto clave para poder ofrecer una respuesta eficaz ante posibles conductas de riesgo o problemas propiamente dichos relacionados con el consumo de drogas en edades escolares. Por ello, creo que mi estudio de investigación es relevante de cara a mi futuro como maestra.

METODOLOGÍA

El objetivo de mi trabajo de investigación es analizar cómo desde la creación del I PNSD de 1985 ha ido evolucionando la prevención escolar frente a las drogodependencias a la vez que la sociedad ha ido cambiando, para adaptarse a las necesidades de cada momento. Actualmente, la educación para la salud es el instrumento que se usa en los colegios para llevar a cabo este tipo de prevención, pero a lo largo de los años ha ido cambiando a medida que cambia el fenómeno de las drogas. Por ello, me remito al año 1985 y a su situación social para ir avanzando hasta el momento actual que estamos viviendo.

El marco teórico procede del documento elaborado por Díaz y Sierra en el año 2008, “Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud”, en el que se recogen diversas teorías explicativas que sirven de pauta a la hora de llevar a cabo la prevención como los antecedentes directos de la educación para la salud, partiendo de la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1946. Estas teorías y modelos contenidas dentro de dicho artículo son formuladas por autores expertos en la materia, como Elisardo Becoña, Albert Bandura, Kurt Lewin, etc. Se trata de un análisis exhaustivo del documento, con apoyo de diversas fuentes primarias, como son: libros de los teóricos de los cuales proceden las teorías y modelos analizados, artículos académicos y contenidos correspondientes a asignaturas universitarias como Atención Temprana o Psicopatología Infantil.

Tras realizar el marco teórico y para llevar a cabo la revisión bibliográfica, se ha partido de los documentos procedentes de la base de documentación del Plan Nacional sobre Drogas, y concretamente del documento base del mismo, el I PNSD (1985). Desde este punto, se procederá a revisar y analizar los diferentes documentos oficiales: planes, estrategias e informes, para después sacar conclusiones a cerca de la situación en materia de drogodependencias que se ha vivido en cada década y a cerca de la

prevención escolar. Tras analizar el apartado correspondiente a datos Nacionales, a partir de los documentos procedentes del Departamento de Sanidad en materia de adicciones se estudian los dos Planes Autonómicos relacionados con el caso. Por último, para tratar el nivel provincial se partirá de la sección de bienestar social, más concretamente la parcela de adicciones del Ayuntamiento de Huesca para analizar el Plan Municipal.

Los criterios de inclusión en los que me voy a basar para estudiar dichos documentos van a ser: análisis de la situación que se describe en el documento e información referente a prevención escolar. Por su parte, los criterios de exclusión van a ser todo lo relacionado con datos de consumo (exceptuando los relacionados con la etapa de Educación Primaria y primer ciclo de Educación Secundaria) y los aspectos no relacionados con el ámbito escolar. Si es necesario, además de exponer estos datos se realizará una comparativa entre los diferentes documentos para observar los logros conseguidos o las carencias que siguen vigentes.

Las conclusiones de este trabajo irán dirigidas por un lado a reunir los aspectos más importantes del contenido, y por otro a recalcar aquellos matices que todavía necesitan de una mejora, justificándolo con datos reales del momento social en el que nos encontramos.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la educación para la salud

El método más usado en los colegios a modo de prevención de drogas y otras conductas disruptivas, es la educación para la salud. Este instrumento surgió en un marco social y político en el que se estaban produciendo cambios destinados a mejorar la salud de las personas.

El primer organismo que nace en 1946 para impulsar la salud entendida como un nuevo concepto a nivel mundial, es la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteándola como un recurso para la vida. Ya no es un estado que precede a la superación de una enfermedad, sino que es un conjunto del bienestar físico, mental y social. Esto supone una mayor implicación política y de los sistemas sanitarios.

Tras la formación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el ámbito político se producen una serie de hechos relevantes relacionados con la salud de las personas. El tema de la salud está en auge, por lo que las personas se preocupan por determinar cuáles son las variables que influyen directamente en la salud, para poder prevenir e intervenir en base a las mismas. Marc Lalonde, Ministro de Salud Pública de Canadá, en 1974 publicó un informe en el que analizaba las variables que influían en la salud de una comunidad. Lo elaboró motivado por el hecho de que en su país, los recursos sanitarios se destinaban a los servicios asistenciales a la enfermedad, y casi nada a incidir sobre los condicionantes de dichas enfermedades. Determina que el medio ambiente (factores físicos en el entorno natural y factores en el entorno creados por el hombre) y el estilo de vida son factores más influyentes, siendo ambos factores sociales.

Cuatro años más tarde, en 1978, la OMS celebra en Alma-Ata, Kazajistán, la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, la cual incita a muchos otros países del mundo a mejorar las condiciones de salud en la Atención Primaria mediante la "Declaración sobre cuidados primarios de salud", poniendo como meta el año 2000.

Tras centrar la atención y la importancia en la Atención Primaria, en 1986 se celebra la 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá, a manos de: la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá, reuniendo a representantes de 38 países para aprobar la “Carta de Ottawa”. Este documento está considerado como un marco de referencia en la Educación para la Salud, responsable de asentar las bases teóricas y dar paso a la práctica. La promoción de la salud se concibe como un proceso por el que se debe proporcionar a las personas un mayor control sobre su propia salud para poder mejorarla. Para que sea factible y efectiva, propone cinco áreas sobre las que trabajar, que son: construir Políticas Saludables, crear los entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud (Díaz y Sierra, 2008, p.165). Todo ello, hace necesaria la implicación de los sistemas que rigen las condiciones sociales, económicas y el entorno físico a la hora de evaluar el impacto de sus actividades en la salud y bienestar colectivo e individual. La promoción de la salud, es pues un proyecto en el que se encuentran implicados los sistemas

políticos y sociales, encaminados a modificar las condiciones necesarias en cada ámbito para reducir el impacto en la salud colectiva e individual o para favorecerla.

La Declaración de Yakarta en el año 1997, se centra en la promoción de la salud en el siglo XXI, determinando cinco prioridades para dicho fin, que son: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud. (Díaz y Sierra, 2008, p.166). Es decir, abarca diferentes ámbitos como son: el económico, el social, el político, e integra tanto las acciones individuales como las acciones colectivas.

Digamos que la salud queda definida como un recurso que sirve a las personas como instrumento para tener una vida productiva a nivel social, individual y económico, alcanzando el bienestar social, mental y físico, siendo además un derecho fundamental. A través de la salud, las personas se enfrentan a la vida con una serie de estrategias y habilidades que les hacen alcanzar el éxito. Por ello, se ha desarrollado la educación para la salud, en la cual se encuentra la promoción de la salud, entendida como un proceso en el que se ven inmersos los ámbitos de la política y la sociedad, que trabajan para fortalecer las habilidades, estrategias y capacidades, que son necesarias para que las personas aprendan a controlar las variables que influyen sobre su salud para poder mejorarla. A través de la educación para la salud, también podemos ofrecer a las personas alternativas a las drogas, dotarlas de las estrategias necesarias para combatirlas o para no caer en un problema de drogadicción.

Dentro del artículo de Díaz y Sierra publicado en 2008, el ámbito escolar se percibe como un espacio importante para llevar a cabo la prevención del consumo de drogas, a través de la educación para la salud. Este debe de ser un tema transversal a tratar en los colegios. Dado que al problema de las drogodependencias en muchos casos le antecede un estilo de vida no saludable, se debe de tratar este tema dotando a los alumnos de las estrategias y capacidades necesarias para adoptar estilos de vida saludables. Esto debe de enfocarse desde una perspectiva globalizada y no de forma aislada. Las razones por las cuales se elige la escuela para llevar a cabo esta tarea, son varias. Por un lado, junto con la familia y el grupo de iguales es un agente de socialización. Además, es la encargada de continuar con la formación en valores y con la culturización iniciada

dentro del núcleo familiar. Por otro lado, el colegio forma a una serie de personas que se encuentran inmersos en un proceso de maduración, en el cual la influencia y el modelo ofrecido por el adulto inciden fuertemente sobre ellas. Este proceso de maduración lleva asociados una serie de cambios a nivel psicológico, social y físico que pueden llevarles a cometer actos de riesgo como el consumo de drogas. Por tanto, es desde el colegio desde donde se pueden detectar precozmente estos factores de riesgo y actuar para que no desemboquen en conductas problemáticas.

Características y teorías que definen la adolescencia

La educación para la salud es muy necesaria y relevante en el periodo de la adolescencia, y muy útil a la hora de prevenir un consumo de drogas. La adolescencia se conceptualiza como la transición a la vida adulta, periodo en el cual la persona construye su imagen adulta. El desarrollo humano que se produce en dicho periodo, se ve altamente influido por el contexto, referido a los ambientes como la familia, el colegio, los iguales, el vecindario y la sociedad en general. Además, como citan Díaz y Sierra (2008, p.166), en la adolescencia se producen una serie de cambios en el individuo a nivel biológico y psicológico que influyen en el desarrollo de la persona, tanto por vivir interiormente esos cambios, como por la preocupación de cómo serán interpretados por los demás, causando un sentimiento de preocupación en el propio individuo. También, las estrategias, habilidades, capacidades, pensamientos y perspectivas a cerca de la vida van cambiando, y se va configurando lo que en un futuro serán los ideales y los valores de una persona adulta, en base a los cuales regirá su vida.

Para que un método educativo sea efectivo, hay que tener en cuenta el perfil de las personas con las que trabajamos. En el caso de los adolescentes, tenemos que tener en cuenta varios aspectos a los que se enfrentan en este periodo. Primeramente, hay que ser conscientes de las consecuencias que acarrea el egocentrismo típico de la etapa adolescente. David Elkind en 1967, profundiza en este aspecto, formulando dos conceptos denominados la audiencia imaginaria del adolescente y la fábula personal del adolescente. La audiencia imaginaria, se refiere al hecho de que el individuo, siendo tan egocéntrico, cree que todo el mundo lo observa y lo juzga, por lo que realiza una serie de acciones y respuestas para agradar a los demás. Por otro lado y siguiendo la misma estela, nos encontramos con que el adolescente afirma que sus experiencias,

sentimientos y vivencias son únicas e incomprensibles para el resto de personas, atribuyéndose la etiqueta de incomprensidos.

Desde la Teoría de la Conducta Problema, de Jessor y Jessor, 1977, se explica que en este periodo de la vida, los individuos son “más propensos a la desviación”. Es decir, es una época de experimentación en la que se alejan de la normalidad, de lo que han vivido hasta ahora para probar algo nuevo. Desde esta teoría indican que hay factores que incitan al riesgo y otros que lo alejan. Los de riesgo serían una posición económica baja, carencia de valores sociales válidos, desigualdad y las oportunidades de probar las conductas de riesgo. Los de protección por su parte, son la educación de calidad, la familia, el contexto cercano y adultos interesados por los jóvenes. Es decir, es tarea de todos educar tanto a niños como a adolescentes y disminuir estos factores de riesgo.

Otro factor a tener en cuenta es el contraste entre el falso autoconcepto creado por el adolescente frente a la realidad. La imagen de sí mismo, se elabora en base a diversas experiencias, reacciones por parte de los demás (verdaderas o imaginadas). La mayoría de aspectos que determinan la propia imagen del adolescente para sí mismo son a menudo subjetivos, por lo que, es importante los matices de realidad que le pueda aportar el entorno cercano. De esta manera, el adolescente ni se infravalorará ni se sobreestimaré.

El hecho de querer separarse de su entorno familiar, de relacionarse más con su grupo de amigos y la necesidad de independencia, son aspectos que, dependiendo del estilo de crianza de los padres, pueden suponer un factor de riesgo importante a la hora del consumo de drogas. Se debe de evaluar si las relaciones con su entorno más próximo, es decir, la familia y los iguales, corresponden a factores de riesgo o protección, para poder trabajar sobre ello. De hecho, el enfoque psicosocial defiende que las conductas no son completamente voluntarias, dado que se ven en cierto modo influenciadas por el medio social que les rodea. Por tanto, es importante estudiar y controlar el proceso de sociabilización en el que están inmersos los adolescentes, ya que puede ser decisivo para poder prevenir la adquisición de diversas conductas de riesgo. Se exponen diferentes teorías que describen el fenómeno de la socialización:

1. En primer lugar, la Teoría Ecológica de ejemplo de numeración primer nivel Desarrollo de Bronfenbrenner, publicada en 1979, percibe la socialización como

un proceso que tiene lugar en un ambiente ecológico. Tiene en cuenta las relaciones del organismo y los ambientes que le rodean. Se describen cuatro estructuras concéntricas, cada cual está contenida en la siguiente. Éstas son: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El desarrollo del individuo es un proceso dinámico e interactivo entre la persona y los diferentes contextos

2. Por su parte, y en la misma línea, la Teoría de Campo de Kurt Lewin, publicada en 1963, está relacionada con el enfoque psicosocial nombrado anteriormente. Dictamina que la conducta está determinada por las relaciones existentes entre el individuo y su ambiente. Es decir, para valorar o cambiar la conducta de una persona, hay que tener en cuenta su ambiente, y el tipo de relación existente con el mismo.
3. El Interaccionismo Simbólico de George Herbert Mead, de 1934, puede sernos de gran ayuda a la hora de impartir la educación para la salud en los colegios, o para simplemente entender la conducta del adolescente o del niño. Gracias a esta teoría, podemos conocer cómo se adquiere un determinado estilo de vida dentro de una cultura o grupo social determinado. El adolescente, se vale de los valores y normas aceptados por la mayoría dentro de dicho grupo para formar su ideal de vida. Por ello, a la hora de actuar y trabajar con estos adolescentes, debemos conocer su entorno más próximo, y en la medida de lo posible, dotarlos de ejemplos válidos y saludables, así como de una actitud responsable hacia el consumo de drogas y otras conductas adictivas.
4. Todo lo anterior tendría mucho que ver con la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, dado que nos dice que las conductas son aprendidas por modelado e imitación. Esto puede ser un factor de riesgo o de protección en base al tipo de relación que establezca el individuo con el grupo, y en base a las normas sociales que rijan dicho grupo. Desde esta teoría, se recalca la importancia de ofrecer modelos válidos por parte de los padres y familiares cercanos a sus hijos, dado que de ello dependerá en gran parte las actitudes y conductas futuras del individuo.

5. La Teoría de la Conducta Problema, de Jessor y Jessor de 1977 queda descrita anteriormente, siendo otra de las teorías que explican el fenómeno de la socialización, defendiendo la idea de que en la adolescencia hay una tendencia a la desviación de las normas sociales. Además, expone factores de riesgo y de protección presentes en los contextos adolescentes.
6. El consumo de drogas en la actualidad se produce en la mayoría de los casos a modo de ocio, por lo que es necesario analizar los gustos y los intereses de los adolescentes y cómo van cambiando, para poder detectar el problema lo antes posible. Desde el Modelo Focal del Tiempo Libre de Hendry, de 1983, podemos analizar ese cambio de intereses. Expone que van cambiando en base a la relación con los adultos, con personas de su mismo sexo y del sexo contrario. Sobre los 17 años, se produce la necesidad de ser independientes, de separarse un poco más de los padres. Por ello, este es el momento más crítico, dado que dependiendo de la relación que exista entre familia e hijo, podemos constituir un factor de riesgo o un factor de protección. Acompañar al adolescente en este proceso, manteniendo una actitud de apoyo, positiva y no juzgándolo les permitirá asumir estos cambios de manera más fácil. Además, con la ayuda de los adultos cercanos, tanto del colegio como de la familia, podrán descubrir las habilidades y capacidades que emergen de ellos mismos para alcanzar un desarrollo pleno y saludable.

Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

En primer lugar, se hace un análisis del "modelo teórico general que subyace a los programas preventivos de drogas" (Díaz y Sierra, 2008, p.173), que en general se encarga de determinar el por qué unas personas consumen determinadas sustancias y otras no. Éste, se define por tres aspectos fundamentales: cuáles son los factores que facilitan tanto el consumo como el mantenimiento del consumo en unas personas respecto a otras, cuáles son las variables sociales, culturales, biológicas y psicológicas que influyen en dichos factores y estudiar la progresión del consumo de drogas legales hacia las drogas ilegales. Sobre este aspecto se configura la teoría de la "escalada en el consumo de drogas", la cual se centra en el paso de las drogas legales a las ilegales. Su historia comienza en los años 50, cuando las personas simpatizantes de la represión del consumo de drogas afirmaron que el hecho de consumir marihuana funcionaba como

conducto hacia el consumo de heroína, lo cual no llegó a comprobarse dado que no era un estudio científico. No obstante, esta teoría desembocó en la teoría secuencial, la cual expone cuatro fases para el consumo de drogas que comienza con las drogas legales y acaba con las ilegales de esta manera: consumo de cerveza y vino, cigarrillos o licores, marihuana y otras drogas ilegales (Díaz y Sierra, 2008, p. 174).

A continuación, se analizan los diferentes modelos y teorías que intentan explicar el por qué del consumo de las drogas. Son las siguientes, y sobre ellas se construyen los programas de prevención:

1. Teorías parciales: el consumo se explica mediante causas biológicas. También se incluye en este grupo de teorías la automedicación, hipótesis que afirma que un individuo sigue consumiendo una sustancia porque ha notado en ella determinados efectos positivos provocando que el organismo se regule con dicha sustancia (Díaz y Sierra, 2008, p. 175). Dentro de este gran grupo, encontramos los siguientes modelos y teorías:
 - a. Modelo de creencias de la salud y de competencia explica el consumo desde una aproximación del enfoque psicosocial que explica las conductas relacionadas con la salud (Díaz y Sierra, 2008, p.175). Por tanto, lo que se busca es promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Costa y López, 2000), aumentando la resistencia del individuo hacia el daño externo, que en este caso son las drogas.
 - b. Existe un grupo de teorías que se centran tanto en el por qué del consumo, su tratamiento y su prevención, achacando que las conductas son un fenómeno de adquisición mediante el condicionamiento y el aprendizaje social. Es decir, cumple con el objetivo de determinar qué factores intervienen a la hora de adquirir una conducta y cuáles pueden hacer que la misma desaparezca, todo ello explicado mediante el condicionamiento operante y el condicionamiento clásico.
 - c. Desde las Teorías de Actitud-Conducta, teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen de 1975 y la teoría de la conducta planificada de Ajzen

1988, se añade la actitud en las causas del consumo. Explican, que se puede determinar la conducta de un individuo en base a sus actitudes, creencias normativas, motivación...

- d. Por un lado, el modelo de la mejora de la estima de Kaplan en 1986, expone que el adolescente es un individuo que lo que busca es la aprobación y aceptación de sus familiares, profesores y personas para ellos relevantes. Cuando su conducta no cumple con ese objetivo, experimentan un daño psicológico que les lleva al auto-rechazo, requiriendo respuestas compensatorias o correctivas. Por otro lado, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan *et. al* (1996), se relaciona con la anterior. Si lo que se busca es una aceptación por parte de personas relevantes, las conductas a llevar a cabo para tal fin estarán relacionadas con lo que el grupo entienda como conducta adaptada o aprobada. Es decir, si un determinado grupo entiende el consumo de drogas como algo aceptado, el adolescente adoptará dicha conducta para ser aprobado por el grupo, manteniéndola mediante el reforzamiento.
- e. Desde el modelo de la afectividad (Pandina *et al.* 1992) la afectividad de conceptualiza como un elemento esencial en el control de la conducta. El consumo de drogas se ve favorecido, según esta teoría, por aquellos individuos en los que no exista el reforzamiento positivo y “necesiten niveles elevados de activación” (Díaz y Sierra, 2008, p. 176) y tengan estén en situación de especial vulnerabilidad frente a este tipo de conductas.
- f. Según las teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos, el consumo de drogas se usa como herramienta para mantener el equilibrio en la interacción familiar, dado que es el reflejo de las conductas inadaptadas de la familia.
- g. Por último, el modelo social de Peele de 1985 explica que la adicción se produce en base al modo en el cual el sujeto interpreta la experiencia y a cómo responde ante la misma. Las sustancias consumidas son elementos que los individuos utilizan para afrontar situaciones difíciles,

permitiéndoles evadirse de los sentimientos negativos provocados por las mismas.

2. Teorías de estadios y evolutivas: este grupo de teorías y modelos explican el consumo de drogas desde el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez (Díaz y Sierra, 2008, p. 177).
 - a. El modelo evolutivo de Kandel de 1975, se relaciona con la teoría secuencial de la cual se ha hablado anteriormente. Define, que las drogas legales funcionan como sustancias de iniciación que conducen al consumo de otras drogas y establece las mismas cuatro fases explicadas arriba. Como ya se ha nombrado, hay que interpretar dichas fases en términos de probabilidad, dado que no siempre se dan estas fases en todos los sujetos. Aparecen este modelo diferentes variables que influyen en el consumo, como son la familia, el grupo de iguales o las características personales.
 - b. Desde el modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente de 1994, se establecen estadios que parten del no consumo para llegar al uso continuado de drogas: no contemplación de consumo, contemplación de iniciación en el mismo, pensamiento de uso en un futuro inmediato, inicio en el consumo y consumo continuado. Si la relacionamos con la prevención primaria, hay que intentar que nos e pase del no consumo, o en su defecto, del consumo experimental.
 - c. El modelo de reafirmación de los jóvenes de Kim *et.al* (1998), establece que la socialización es un aspecto clave en el consumo de drogas. Esta, se produce en gran medida a través de la familia. Pero ésta no se produce únicamente por imitación, sino que las expectativas que los demás tengan sobre el individuo, la forma de tratar con él y la influencia sobre el mismo intervienen en este proceso.
 - d. El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) se basa en la madurez y en la autorregulación. Respecto a la autorregulación, es importante mantener el control personal y la eficacia,

y que las metas personales sean relevantes para el sujeto y alcanzables. Con respecto a la madurez, se ha comprobado que a medida que pasa el tiempo y el individuo madura, el consumo de drogas desciende.

- e. El hecho de que, en edades tempranas, el individuo se haga cargo de responsabilidades y lleve a cabo acciones correspondientes a la etapa adulta favorece “la adquisición de las habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto” (Díaz y Sierra, 2008, p. 179).
 - f. El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz de 1992, se basa en los factores de riesgo para explicar el consumo de drogas. estos pueden ser de diferente naturaleza: neurológicos, psicológicos, psicopatológicos, ambientales y sociales.
 - g. El modelo de la enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996), se configura en base a tres elementos: “la predisposición, el uso de drogas y el sistema permitido” (Díaz y Sierra, 2008, p. 179).
 - h. Por último, la teoría de la sociabilización primaria de Oetting de 1998, expone que toda conducta social es aprendida parcial o completamente, cuestionando el componente biológico de la conducta humana.
3. Teorías integrativas y comprensivas: integran elementos de diferentes teorías o bien, con una teoría se explica una problemática en concreto por sí sola.
- a. El modelo de promoción de la salud, pretende garantizar la salud de todas las personas, mediante diferentes estrategias, como son: "establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios" (Green y Kreuter, 1991).
 - b. La teoría del aprendizaje social de Bandura, 1986, explica el consumo en base a distintas variables, como son los principios del aprendizaje, la propia persona y su cognición y el contexto que rodea a la conducta.

Muchos de los programas preventivos están basados en esta teoría, lo cual corrobora su relevancia en este campo.

- c. En la conducta problema de Jessor y Jessor de 1977, aparecen diversos factores de riesgo y protección asociados a las conductas relacionadas con las drogodependencias. Dentro de los factores de riesgo, define la pobreza, desigualdad y la discriminación como los más relevantes. No solo percibe el problema dentro del individuo, sino que considera que el contexto tiene gran poder sobre las conductas. Por ello, no solo pretende modificar la conducta del sujeto potenciando los factores de protección y reduciendo los de riesgo, sino que propone también modificar los factores sociales nombrados anteriormente.
- d. Calafat et al. constituyeron en el año 1992 un programa preventivo al que llamaron "Tú Decides", también basado en los factores de riesgo y protección englobados en una red de factores, denominada así por el autor. En este caso, la red de factores está integrada por los siguientes factores: coherencia social, hábitos de consumo de la sociedad, familia, escuela, uso del tiempo libre, relación con los padres y compañeros, información, personalidad, actitud, experiencia con otras drogas y el consumo (Díaz y Sierra, 2008, p.181).
- e. El Modelo de autocontrol de Santacreu *et al.*, (1991-1992), explica el consumo mediante el hecho de que el adolescente se encuentra en una etapa en la que busca mayor independencia, cierta capacidad de autocontrol y refuerzos alternativos, lo cual pretende conseguir mediante el consumo de drogas.

En las últimas teorías y modelos que se han descrito se definen los factores de riesgo y de protección como elementos clave a tener en cuenta a la hora de prevenir o actuar sobre un problema de drogodependencias. Por ello, se procede a hacer un análisis de los mismos.

Estos factores son los que originan o mantienen el consumo de drogas, y "van paralelos al proceso de socialización" (Díaz y Sierra, 2008, p. 181) el cual se ha

explicado anteriormente, siendo el primer agente de socialización la familia y el segundo el colegio y los compañeros, pudiendo darse el inicio en el consumo a través de cualquiera de los dos. Desde la prevención, se pretende potenciar los factores de protección y disminuir o eliminar los de riesgo incidiendo en los tres aspectos que influyen en la salud: psicológico, social y físico.

Según afirma Becoña (2002), a mayor número de factores de riesgo, más vulnerabilidad hacia el consumo, importando más la cantidad que el tipo de factores. Por ello, es importante conocerlos, y también las conductas asociadas al consumo de drogas para poder desarrollar una prevención eficaz. A continuación, se indican los factores de riesgo más relevantes según la clasificación que publicaron Gardner *et al.* En el año 2001, elaborada por el Center for Substance Abuse Prevention:

1. Individuales: rebeldía, amigos asociados a conductas problema, actitudes favorables hacia las mismas, mala relación con los adultos y ser propensos al riesgo e impulsividad serían los factores de riesgo. Por su parte, los de protección se corresponden con la implicación social, refuerzos por dicha implicación, creencias saludables, autoconcepto positivo, actitudes no favorables hacia las drogas y relaciones positivas con adultos. (Díaz y Sierra, 2008, p. 183)
2. Grupo de iguales: los factores de riesgo son que los iguales sean delincuentes consumidores, una percepción de grupo positiva hacia las drogas, iguales que rechazan trabajar y susceptibilidad a la presión de los iguales negativa (Díaz y Sierra, 2008, p. 183). Por otro lado, los factores de protección son relacionarse con iguales que se impliquen en actividades alternativas al consumo, como las organizadas por el colegio, recreativas, voluntariado...desarrollar capacidad de resistencia ante la presión de los iguales y no dejarse influenciar con facilidad.
3. Familia: los factores de riesgo se corresponden tanto a conductas como a formas de organización familiar, actitudes y relación entre los miembros. Respecto a los de protección, encontramos el apego, actitudes y organización familiar positivas, creencias saludables...
4. Escuela: los factores de riesgo serían una temprana conducta antisocial, el fracaso académico y un bajo apego hacia el colegio y los de protección corresponderían a

conductas prosociales, refuerzos y reconocimientos al producirse dichas conductas, creencias saludables y una mayor implicación positiva de todos los miembros de la comunidad educativa sumada a un clima respetuoso y positivo. (Díaz y Sierra, 2008, p. 184).

5. Comunidad: la disponibilidad de las drogas, leyes que puedan favorecer indirecta o directamente el consumo de drogas, privación económica y social externa, bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria (Díaz y Sierra, 2008, p.184) son los factores de riesgo relacionados con el ámbito comunitario. Los factores de protección son: participar como miembro activo de la comunidad en la que se vive, poca accesibilidad a las sustancias, marco cultural que proporcione expectativas elevadas a los jóvenes y redes de apoyo.
6. Sociedad: por último, dentro del ámbito social encontramos como factores de riesgo el empobrecimiento, desempleo o empleo precario y la publicidad a favor del consumo de drogas en los medios de comunicación tanto directa como indirectamente. Los factores de protección se corresponden con lo contrario: medios de comunicación que opongan resistencia al consumo de drogas, un entorno en el que conseguir las sustancias no sea fácil y leyes e impuestos que no favorezcan dicho consumo ni venta.

I PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS DE 1985

El I Plan Nacional sobre Drogas, surge en 1985, como respuesta a una demanda social en materia de ayuda dentro del ámbito de las drogodependencias, que supondría un documento base a partir del cual se irían configurando diferentes herramientas a nivel nacional, autonómico y local para afrontar el tema de dichas sustancias. Tras realizar el Debate de la Nación de 1984 y analizar las conclusiones, se hizo obvia la necesidad de actuar contra este problema de forma coordinada y multidisciplinar, contando con la colaboración, de todas las Administraciones Públicas, Instituciones sociales y ciudadanos. Existen varios puntos que hacían necesaria una actuación desde las organizaciones políticas del Estado, como es la creación de este plan.

Análisis de la situación

Analizando la realidad nacional desde el año 1980 hasta la resolución de este Plan, se observa un aumento de drogas ilegales, tanto en el consumo como en el tráfico dentro del panorama Español, destacando entre ellas la heroína y la cocaína. Destaca la falta de datos fiables para hablar de porcentajes exactos de este aumento. La heroína en concreto fue una de las drogas que golpeó duramente a la población en la época de los 80, cuyas consecuencias todavía son palpables en nuestra sociedad actual. Además, su consumo estaba asociado a una serie de características sociales que se llegaron a convertir en estereotipos. En el caso de los inhalantes pasaba lo mismo, dado que los consumían las personas con menos recursos económicos, asociándolos con la marginalidad. A su vez, la inseguridad ciudadana estaba íntimamente relacionada con el consumo de drogas, debido a su asociación con la delincuencia y la pobreza. La diferencia con la cocaína, es que de ésta no se obtuvieron datos tan claros, debido a que el desgaste de la persona y sus problemas sanitarios se observan pasado un tiempo, mientras que en el caso de la heroína, los efectos negativos tanto a nivel físico como mental se hacen evidentes a corto plazo. Por otro lado, la percepción de riesgo sobre el cannabis por los jóvenes era muy baja, calificada como la droga menos dañina para la salud y funcionando como un hilo conductor con otras drogas. Además, se asociaba el consumo de drogas ilegales al sector más joven de la población, siendo que, como cita el I PNSD (1985, p.20) "El problema de la toxicomanía afecta, en estos momentos, a todos los grupos sociales y a toda la geografía española"

Si analizamos la red de servicios del año 1985, observamos que los recursos con los que contaba la sanidad en estos años eran muy escasos. Se ofrecía un servicio que consistía en tratar "la patología orgánica vinculada a estos consumos" (PNSD, 1985, p.20), es decir, las consecuencias físicas del consumo sin prestar atención a la prevención o a las causas. Por su parte, desde los Servicios Sociales, desarrollaron diferentes programas dentro de sus posibilidades.

Es decir, este documento se enmarca en una realidad en la que el problema de las drogas se hacía muy evidente en la sociedad, y tanto los consumidores como sus familias, precisaban de mayores recursos a la hora de actuar contra estas conductas, así como mayor información. Por otro lado, el consumo de drogas tenía una connotación negativa asociada con la marginalidad, creando una división social. Además otro de los

problemas era la falta de datos fiables del consumo, obteniendo una visión distorsionada de la realidad producida por la importancia del problema en los medios de comunicación y en la opinión pública.

El objetivo general de este Plan, es "frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo" (PNSD ,1985,p21).

Respecto a los datos de consumo de las diferentes sustancias psicoactivas, al carecer de un banco de información a partir del cual extraer la información fiable y real, no se reflejan en el documento.

Prevención escolar propuesta en el PNSD (1985)

En materia de prevención se explica que se llevará a cabo a través de la educación para la salud y el bienestar. Los factores que influyen directamente sobre el origen de una posible drogadicción son, por un lado la disponibilidad de la sustancia y por otro un modelo social cada vez más consumista, para el cual es difícil dar alternativas atractivas al consumo de drogas. La prevención es un trabajo difícil que implica no sólo educar e informar en esta materia, sino también sobre los aspectos sociales que rodean al consumo y crear en los usuarios de los tratamientos una expectativa positiva hacia la superación de su problema.

El ámbito educativo asumía la tarea de detectar aquellos alumnos que pertenecían a una población de riesgo con posibilidad de convertirse en toxicómanos. La prevención, se pretendía enmarcar dentro de los currículos escolares, será impartida por los propios docentes, pudiendo ser asesorados por especialistas si así lo requieren. Las acciones propuestas para ello, son: editar y experimentar diversos materiales que se puedan usar en la educación sobre drogas en los colegios, aumentar la oferta de tiempo libre dedicada a los jóvenes y elaborar distintos proyectos piloto y programas experimentales.

Destacar también un paquete de medidas prioritarias a llevar a cabo por el Ministerio de Educación y Ciencia (1985-1986). Como se expone en dicho documento, los criterios generales son: el desarrollo de programas para la salud y educación integral en la escuela, formación del profesorado, reforma y mejora del sistema educativo, edición

y evaluación de material didáctico y colaboración y coordinación interdepartamental e interterritorial. Dentro de las medidas prioritarias, destacan los cursos de formación para padres, profesores y jóvenes, programas de apoyo a jóvenes de diferentes temáticas con alternativas saludables, publicación de material adaptado a las necesidades reales relacionadas con la problemática de la drogodependencia y la inclusión de la educación para la salud en el currículo.

Es decir, la necesaria publicación del PNSD de 1985 se formó para trabajar en una realidad en la que la heroína golpeó duramente a la sociedad de la década. Aquellas personas adictas a la droga se asociaban a la marginalidad, la pobreza y la delincuencia, provocando un malestar social evidente en parte alimentado por los medios de comunicación. Las medidas que se plantean, se enfocan sobre todo hacia la red asistencial, insuficiente tanto a nivel de extensión como a nivel de recursos. La prevención escolar todavía no estaba muy desarrollada en este documento, aunque ya se establece la educación sobre drogas se enmarca dentro de la educación para la salud y debe ser incluida en los currículos escolares. Crear sistemas de información para la obtención de datos reales de la población española es otra de las prioridades para poder realizar estudios y evaluar los avances o los fallos de las actividades puestas en marcha. Por último, al ser el primer documento de este carácter en el país es necesario dedicar los esfuerzos a crear una red en la que todos los ministerios implicados tengan asociadas diferentes acciones a llevar a cabo, plasmadas en el documento.

1ª ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS (2000-2008)

Se elabora en respuesta a un fenómeno de las drogas con carácter cambiante, teniendo en cuenta los logros obtenidos y las carencias que seguían vigentes en la sociedad de finales de los años 90. La estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), se conformó a partir de la coordinación y colaboración de los responsables de la Delegación del gobierno y de los diferentes Planes Autonómicos sobre Drogas del año 1999. Además, en la elaboración de esta estrategia participaron destacadamente: los Ministerios de Interior, Justicia, Educación y Cultura, Sanidad y Consumo y Trabajo y Asuntos Sociales entre otras instituciones.

Análisis de la realidad

Comparando los servicios de 1985 con los del año 1999-2000, se observa que se consiguió crear una red de fuentes de información a partir de las cuáles poder realizar análisis fiables de la realidad en materia de drogas, actuar de manera coordinada y colaborativa entre las Administraciones Centrales y las Autonómicas y mejorar la respuesta desde las diferentes instituciones tanto a las personas con problemas de drogadicción, a la población de riesgo y a la población en general, entre otros logros.

Al contar con las fuentes de información citadas anteriormente, ya se puede construir una imagen mucho más realista de la sociedad para la cual se elabora dicha estrategia. En concreto, los bancos de información a partir de los cuáles se recogen los resultados que se muestran a continuación, son: el Observatorio Español sobre Drogas, sistemas de información de las Comunidades y Ciudades autónomas y datos de diversas entidades tanto públicas como privadas.

Si bien en los años 80 la heroína fue una droga que causó estragos en la sociedad, y preocupaba su consumo ascendente, en la década de los 90 parece que el problema va disminuyendo, dado que su consumo se estabiliza o incluso se reduce. Por tanto, esta década ya no está marcada por dicha sustancia, aunque las consecuencias sigan siendo evidentes, sobretodo en el caso del SIDA. Retomando el tema de la inseguridad ciudadana, estereotipos, connotaciones y el protagonismo en los medios de comunicación que contribuían a la creación de una alarma social, según la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008, p.20) "a pesar de que los consumos de drogas ilícitas continúan siendo un problema muy importante para casi la mitad de los españoles, se está reduciendo progresivamente la sensación de alarma social asociada a este fenómeno". El consumo de drogas ya no se asocia a la marginalidad ni a la rebeldía contra el sistema como sí pasaba en la década de los 80, sino que más bien el consumo se guía por patrones de ocio.

Cambia la percepción social a cerca de las drogas, y también cambian los patrones de consumo y las propias sustancias. Aparecieron en el panorama Nacional las drogas de síntesis, las cuáles se extendieron rápidamente entre los consumidores. En el documento, se hace una descripción exhaustiva a cerca de los productos químicos que las componen, cosa que no pasa con el resto de sustancias tradicionales debido a que ya

se tenía información sobre las mismas. El éxtasis o MDMA ya se incluyó en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas como una sustancia potencialmente peligrosa, aunque es a principios de la década de los 90 cuando aparece en nuestra realidad a nivel nacional, predominantemente en zonas con gran afluencia de turistas Europeos. No solo preocupaba su consumo, sino el hecho de que funcionaran como hilo conductor hacia otras drogas como los alucinógenos y las anfetaminas, situación que ya se vivió en la década de los 80 con el cannabis. En este informe no existían datos de consumo de estas sustancias, debido a su reciente aparición.

Tanto estas nuevas sustancias, como el alcohol y demás que ya existían en nuestra sociedad, conformaron un nuevo patrón de consumo entre los jóvenes. Tal y como se explica en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), era un consumo de fin de semana fuera del ámbito familiar, en espacios grandes y públicos y con motivo de ocio. Ese tipo de patrón consumista comenzó a dar lugar a conductas como la búsqueda de la embriaguez de forma colectiva, la cual daría pie al fenómeno denominado "atracción de bebida", o *binge drinking*. Es en el alcohol, donde este patrón se hacía más evidente entre gente joven de entre 15 a 28 años.

Por último se han extraído datos a cerca de los consumos más tempranos de diferentes sustancias en la década de los 90, para conformar una idea de la prevalencia del consumo entre los jóvenes. Destacan: el alcohol era la más generalizada no solo entre los jóvenes sino entre la población en general; la cocaína, a cerca de la cual no se aportan porcentajes exactos pero sí se explicita que ha habido un ascenso en su consumo por parte de la población juvenil; el cannabis, el cual también se extendía entre la población joven y adolescente; el tabaco, cuya edad de inicio en el consumo cada vez es más temprana; tranquilizantes y somníferos, experimentan una tendencia ascendente en la población entre 14 y 18 años.

Prevención escolar reflejada en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)

La prevención escolar de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), se situaba como uno de los 4 principios de actuación a partir de los cuáles se debía llevar a cabo la prevención del consumo de drogas en España. Junto con la educación sanitaria, la educación para la salud se consideraba una estrategia necesaria y básica para, a partir

de la misma, diseñar programas y actuaciones coherentes y eficaces. Existen varios aspectos que definían cómo se debía abarcar este trabajo desde el ámbito educativo.

Se tendría que llevar a cabo por toda la comunidad escolar entendida como tal el conjunto de profesores, padres y alumnos, aunque sean los profesores con el apoyo de diversos profesionales especializados en materia de prevención, los que dirijan las actividades preventivas pertinentes. Dichas actividades, se llevarían a cabo de una forma integrada en el centro educativo, formando parte de su proyecto educativo. Es decir, no considerarse actividades o sesiones espontáneas sin nexo ni cohesión, sino relacionadas, organizadas y basadas en un material didáctico adaptado a la edad de los alumnos. Estos materiales dirigidos a los escolares, deberán hacer hincapié en el tabaco y el alcohol, ya que son las drogas que representaban las edades medias de inicio en el consumo más baja (un porcentaje alto, el cual no consta en el documento, habría probado el tabaco antes de los 14 años, y el alcohol se consumía a partir de los 15 años con regularidad los fines de semana) y son las que pueden afectar de una manera más directa a este colectivo.

Mencionar que la educación para la salud, a pesar de las recomendaciones del PNSD (1985), no está todavía incluida en el currículo escolar, por lo que desde la Estrategia proponen que se desarrolle como una materia transversal, dirigida a todos los alumnos sin distinción. Además, se recalca la importancia de hacer hincapié de una manera más intensa sobre aquellos colectivos con mayores factores de riesgo, que pueden ser, tal y como se cita en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008, p.42), "aquellos afectados por el fracaso escolar". Respecto al contenido que se ha de impartir en dicha educación, se dictamina que es igual de necesario informar a cerca de los riesgos del consumo, como abordar los hábitos de higiene, auto cuidados de salud, autoestima, resistencia a la presión del grupo, desarrollo de la capacidad crítica...Es decir, se va conformando un perfil de la educación para la salud, que se irá completando con el paso de los años hasta llegar a la actualidad.

Por último, volver a la formación de los profesionales, aspecto al que ya se le dio importancia en el I PNSD (1985), y que sigue siendo un objetivo propuesto para abatir la problemática de la drogadicción. Se hacía referencia en especial al personal docente correspondiente a las etapas de Educación Primaria y Secundaria. Dotar a los escolares de información objetiva y funcional a cerca del uso y abuso de las drogas, así como de

habilidades, competencias y destrezas para enfrentarse a dicho problema era otro de los objetivos que se plantean para la llevar a cabo mediante la prevención escolar.

Cambian las sustancias, los patrones, las percepciones y las prioridades a la hora de crear recursos de actuación. La sustancia más consumida ya no es la heroína, que forma parte de una tendencia de consumo descendente. Además, aparecen en el panorama nacional las drogas de síntesis. Por otro lado, se conforma un perfil de consumo recreativo ya no asociado a la marginalidad ni a la pobreza, provocando menos inseguridad ciudadana y alarma social, pero contribuyendo a la normalización de las mismas. Respecto a la prevención escolar, se le dota de mayor importancia ,elaborando planes de actuación dentro del ámbito educativo organizados y con objetivos concretos.

2ª ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS (2009-2016)

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) está vigente actualmente en España, perfilada como un marco a partir del cual se organizan diferentes documentos correspondientes a niveles autonómicos y locales, los cuáles se describen más adelante. Es el resultado del trabajo de la Delegación del Gobierno correspondiente en la materia, responsable de los Planes autonómicos y agentes sociales todos ellos en coordinación.

Análisis de la situación

Se hace balance de los aciertos para seguir trabajando en la misma línea. Se ha conseguido una coordinación entre las Administraciones Públicas manteniendo relación con las ONGs encargadas de tratar los temas de drogodependencias, creando una red de trabajo cohesionada y eficaz. También, gracias a la variedad de estudios que se han hecho sobre la materia, como los epidemiológicos, y a través de diversas fuentes de información se han obtenido y se siguen obteniendo datos a cerca de los aspectos que nos permiten hacer una descripción fiable de la realidad. Estos son, tal y como cita la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) "consumo, actitudes de la población, perfil de los consumidores, programas de carácter preventivo, asistencias y de inserción social". Por todo ello, la forma en la que se ha trabajado hasta ahora parece ser la adecuada, siguiendo pues las mismas directrices pero adaptándose a los nuevos modelos sociales, conductas y tendencias.

Este documento recalca que el consumo de sustancias y dichas sustancias forman parte de un modelo dinámico que va cambiando a lo largo de tiempo en base a distintos factores tanto sociales como económicos. Por tanto, existe una necesidad de actualizar los informes y estrategias para combatir el problema de las drogodependencias, dado que el fenómeno de las drogas representa uno de los mayores problemas de salud pública en nuestro país.

Respecto a los factores que influyen en el consumo de drogas, por primera vez aparecen en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016, p.21) "las características biológicas de la condición humana o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular". El significado que una determinada persona asocia a una sustancia, también estará marcada por los valores culturales que rodeen su contexto. Es decir, se empieza a hablar de la importancia que una persona da a una droga en base a la función que desempeñe en su contexto, pero no solo se recalca el papel de la percepción de estas sustancias tanto a nivel general como a nivel individual, sino que aparece el aspecto de las características biológicas. No es de extrañar pues, que si lo que se pretende es paliar este asunto se deben de tener en cuenta todos estos factores, elaborando intervenciones integrales que abarquen todos ellos.

Actualmente, el perfil del consumidor se configura en base a tres aspectos básicos que pasan a ser prioridades a tratar. Estos son: el policonsumo, el inicio temprano en el consumo de sustancias y el modelo social de consumo en lugares de ocio con un fin lúdico.

Añadido a todo ello, aparecen también por primera vez adicciones de otro tipo distintas a la de las drogas, como son el juego patológico, el sexo compulsivo o el abuso de las tecnologías. Igualmente provocan consecuencias negativas para la salud, pero sin embargo no están incluidas en esta estrategia, ya que no existe un consumo de sustancia, o no es el problema principal. No obstante, desde la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016) reconocen la tendencia creciente de las mismas, y la importancia que ganan entre los tipos de adicciones.

Para hacer un esquema de la realidad en España, se tratan varios aspectos que se describen brevemente a continuación.

Uno de ellos, son los sistemas de información de los que se dispone actualmente en el país. Desde 1985, se precisaba un sistema que aportara datos fiables a cerca de la situación. Actualmente y desde hace más de una década este objetivo se ha conseguido y gracias a estos sistemas de información e investigación se pueden obtener datos a cerca de:

Prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.(Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016, p.31)

Dentro de estos sistemas de información destacan dos encuestas que se realizan desde el año 2005, cumpliendo el objetivo que se planteaba en el PNSD (1985) de realizar encuestas de manera bianuales. Estas son: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) Los resultados de la última edición de ESTUDES se encuentran en el Anexo I. Otras fuentes de información son las admisiones a tratamientos por consumo de diferentes drogas, urgencias hospitalarias y tasas de mortalidad a consecuencia de las mismas (todo ello desde 1987). Desde al ámbito policial y judicial también se aportan datos relacionados con las drogas.

Entre los años 2000 y 2008, el consumo por vía parental sigue disminuyendo aunque entre dichos consumidores el SIDA y las infecciones por hepatitis siguen estando presentes. Las muertes cuya causa principal es el consumo de drogas, han descendido aunque sigue siendo un número elevado: en 2004, casi 800 muertes fueron debidas a ello. Cabe mencionar la tendencia creciente de los “episodios de consumos intensivos de bebidas alcohólicas” Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), que se está convirtiendo en un acto muy extendido ya entre la sociedad consumidora con fines de ocio. Respecto a las diferentes sustancias que conviven en el panorama social, la prevalencia del consumo del cannabis y la cocaína, dos sustancias con prevalencias de consumo elevadas en la década anterior, se estabiliza e incluso disminuye, sobretodo en

la franja de edad adolescente, de los 14 a los 18 años. También descende el consumo de tabaco y alcohol. Por su parte, y rompiendo la tendencia decreciente que se venía observando desde el principio de los años 90, el consumo de heroína se estabiliza.

Prevención escolar según la 2ª Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)

Mediante la prevención desde cualquier ámbito, lo que se pretende es concienciar a la sociedad de la situación actual, de los riesgos que conlleva el consumo tanto a largo como a corto plazo e informar a cerca de “los costes personales y sociales relacionados con las drogas” (Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016, p.46), de manera que la sociedad en su conjunto sea partícipe de la lucha contra las drogas. También, se pretende dotar a las personas de las habilidades y capacidades necesarias para no hacer uso de estas sustancias. Por último, otra prioridad es retrasar la edad de inicio en el consumo.

Aparece por primera vez, para individualizar más la prevención, la idea de diferenciar el consumo habitual del esporádico. La razón es el contexto que rodea a cada tipo de consumo, ya que son diferentes y las circunstancias y razones por las que se toman las drogas en cada ocasión son distintas. Por tanto, habrá que abordarlos de diferente forma. También hacen diferenciación entre las drogas legales y las ilegales: aunque se sigue afirmando que las consecuencias de ambas son igual de negativas como se citaba en el I PNSD (1985) y en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), también el entorno que envuelve a cada tipo de consumo es distinto.

Además de las distinciones anteriores, lo que aporta esta Estrategia es una concreción en la prevención, diferenciando 5 tipos de población diana: la sociedad en su conjunto, la familia, población infantil, adolescente y joven, comunidad educativa y colectivos en situación de especial vulnerabilidad.

Desde este documento advierten de la necesidad de que diferentes sectores sociales se involucren en la tarea de prevención si quieren que sea eficaz. Tal y como se cita en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016, p.66) "hay que destacar fundamentalmente el protagonismo de los medios de comunicación, de los sistemas sanitario y social, del sector económico vinculado a la oferta de ocio, así como de los agentes de seguridad vial y ciudadana". Es decir, así como en la anterior estrategia los

ámbitos preventivos de actuación se referían al escolar, familiar, sanitario, laboral, comunitario y de comunicación social, ahora se da más relevancia a los anteriormente citados. No obstante, también hacen referencia a los ámbitos educativo, laboral y comunitario como aquellos sobre los que más se ha trabajado, y por ende, se hace necesario trabajar sobre aquellos ámbitos que han recibido menor atención. A continuación se describe lo que se pretende tratar en cada ámbito, ya que es importante que los profesionales que lidian en las aulas de primaria y secundaria conozcan todas las recomendaciones que se proponen en materia de prevención, aunque no sean específicas de la educación.

Por un lado, hay que tener en cuenta la importancia que tienen en la actualidad los medios de comunicación. No sólo se usan como meros informadores, sino que influyen en la conciencia colectiva, en la opinión de las personas y son claves para transmitir la realidad. Por ello, es necesario una estrecha colaboración y coordinación entre los responsables de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas y los de los medios de comunicación, siendo esta la forma de que la información no se vea alterada y sea lo más real posible, utilizando un lenguaje adecuado.

Además de los medios de comunicación, las industrias del ocio y del entretenimiento son muy relevantes en la sociedad actual. Teniendo en cuenta que el ocio en muchos casos está relacionado con el consumo de sustancias sobre todo en edades adolescentes se hace necesaria una intervención. Además, la percepción de riesgo hacia las drogas por estas personas es muy baja, normalizando la situación ya que es a lo que están acostumbrados. Por ello se hace necesario crear alternativas de ocio sin consumo de sustancias adictivas. Para esto, corresponde a las Administraciones públicas el implicar a los responsables del sector recreativo para llevar a cabo dichos proyectos, y también la formación de las personas que trabajan en dicho sector.

Como se ha nombrado, también los ámbitos sanitario, social y educativo siguen siendo una prioridad a la hora de abordar la prevención. Se destaca el trabajo que realiza el profesorado de primaria, en materia de educación, formación, e información de sus alumnos, familias y comunidad educativa. Se mantienen las estrategias y objetivos propuestos desde la anterior Estrategia, dado que se ha dado más importancia a definir una línea de trabajo en aquellos ámbitos que hasta ahora no se habían tenido en cuenta apenas.

En resumen, por primera vez se pretende trabajar la prevención del consumo de drogas desde los medios de comunicación y la industria del ocio, sin dejar de lado los ámbitos tradicionales como son el sanitario, educativo y laboral. Esto es, por la importancia actual y la influencia que ejercen sobre la población los medios de comunicación, y por la cultura de "bebida por atracón" relacionada con el ocio nocturno de muchos adolescentes y jóvenes, que hace necesario proponer soluciones alternativas.

SITUACIÓN ACTUAL SEGÚN EL OBSERVATORIO NACIONAL DE DROGAS

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), tiene como función prioritaria hacer un análisis en el que se muestre la situación de las drogas a nivel nacional, aportando datos a cerca de la evolución y las características del consumo de dichas sustancias, así como los problemas asociados en España. Dentro del mismo documento, encontramos los resultados de las dos encuestas bienales: Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), a las cuáles se ha hecho referencia anteriormente.

A continuación y partiendo de los datos de ESTUDES, dado que es la encuesta que abarca la franja de edad correspondiente a los estudiantes de Educación Secundaria y por tanto aporta datos a cerca del consumo de drogas en escolares, se realizará una tabla con los datos más relevantes a cerca del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Es necesario conocer estas estadísticas para abordar una prevención eficaz o para realizar las intervenciones pertinentes.

Se analizan las sustancias por separado. Recaltar, que se han elegido estas tres sustancias debido a que representan las prevalencias de consumo más altas entre los estudiantes. Por un lado, se expone una evolución temporal del consumo desde la primera edición de ESTUDES (1994) para cada uno de los indicadores temporales, y por otro lado se muestra la evolución de las edades de inicio en el consumo de estas tres sustancias psicoactivas, también a través de los distintos informes de ESTUDES.

Resultados correspondientes al alcohol

El alcohol es la sustancia más generalizada entre los estudiantes tal y como demuestran los resultados obtenidos a través del Informe del Observatorio Nacional sobre Drogas, del año 2013 que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Porcentajes de consumo de alcohol

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Alguna vez en la vida	84.1	84.2%	86.0%	78.0%	76.6%	82.0%	79.6%	81.2%	75.1%	83.9%
En los últimos 12 meses	82.7%	82.4%	83.8%	77.3%	75.6%	81.0%	74.9%	72.9%	73.6%	81.9%
En el último mes	75.1%	66.7%	68.1%	30.2%	56.0%	65.6%	58.0%	58.5%	63.0%	74.0%
Diariamente en los últimos 30 días							1.9%	2.9%	6.0%	2.7%

Se observa mucha diferencia de consumo entre el indicador de consumo diario y el resto. Los resultados corroboran los patrones de consumo de alcohol expuestos anteriormente. El *binge drinking*, y el hecho de consumir alcohol con fines lúdicos, hace que el porcentaje de consumo diario de alcohol sea muy bajo, dado que se consume más bien los fines de semana en espacios de ocio. Respecto a los valores, actualmente se ha experimentado un ascenso en todos los indicadores exceptuando el de consumo diario, el cual ha bajado 3.3 puntos porcentuales. El mayor aumento se ha dado para el indicador de consumo en el último mes, el cual se sitúa en 74.0% siendo en 2010 63%.

A continuación, se muestran los resultados asociados a la evolución temporal de la edad de inicio en el consumo de alcohol en la Tabla 2.

Tabla 2. Evolución de la edad de inicio en el consumo de alcohol

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Edad de inicio	13.5	13.7	13.8	13.6	13.6	13.7	13.7	13.7	13.7	13.9

Respecto a estos datos, la edad de inicio se había estabilizado desde 2004, situándose en 13.7 años de media. Sin embargo, en la encuesta de 2012 se refleja que actualmente este dato se corresponde con 13.9 años de media, la edad más tardía desde que se tienen registros. No obstante se sigue situando dentro de la franja del primer ciclo de Educación Secundaria.

Resultados correspondientes al tabaco

El tabaco, es la segunda sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años. Además, se empieza a consumir en edades tempranas y su prevalencia de consumo es alta. Primeramente se analiza la evolución en la prevalencia del consumo. Los resultados del consumo se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Porcentajes del consumo de tabaco.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Alguna vez en la vida	60.6%	64.4%	63.4%	61.8%	59.8%	60.4%	46.1%	44.6%	39.8%	43.8%
En los últimos 12 meses							34.0%	38.1%	32.4%	35.3%
En el último mes	31.1%	32.5%	31.9%	32.1%	29.4%	37.4%	27.8%	32.4%	26.2%	29.7%
Diariamente en los últimos 30 días	21.6%	23.7%	23.1%	23.0%	21.0%	21.5%	14.8%	14.8%	12.3%	12.5%

Tal y como se observa en el gráfico, su consumo experimental ha bajado 19.6 puntos porcentuales desde la primera edición de ESTUDES (1994). Sin embargo, desde 2004 se observaba una conducta decreciente, la cual se rompe con los resultados de 2012, en los cuáles se ve un ascenso de 4 puntos porcentuales.

Respecto al consumo en los últimos 12 meses, solo hay registrados datos a partir de 2006. Según los mismos, tal y como se muestra en el gráfico este tipo de consumo es bastante inestable. En 2012 ha habido un aumento de 2.9 puntos porcentuales.

En 2004 se dio la prevalencia más alta respecto al consumo en el último mes de tabaco. Desde entonces, se ha reducido en 7.7 puntos porcentuales, aunque si comparamos los resultados con 2010 vemos también un ascenso de 3.5 puntos.

Para todos los indicadores temporales, el porcentaje ha experimentado un ascenso. No obstante, para el consumo diario en los últimos 30 días parece que la situación se estabiliza, mostrando un ascenso de 0.2 puntos porcentuales únicamente.

Respecto a la evolución de la edad de inicio, los resultados son los siguientes, mostrados en la Tabla 4.

Tabla 4. Evolución de la edad de inicio en el consumo de tabaco

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Edad de inicio	13.9	13.3	13.2	13.1	13.1	13.2	13.1	13.3	13.5	13.6

Como se puede observar, la edad de inicio permanece estable desde 1994, únicamente variando unas décimas. Actualmente, nos encontramos con la edad de inicio más tardía desde los datos registrados en 1994, situándonos dentro de una tendencia ascendente.

Resultados correspondientes al cannabis

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida por los estudiantes, situándose como la tercera sustancia psicoactiva más consumida para todos los indicadores temporales. Respecto a la evolución de la prevalencia del consumo, los resultados se corresponden con los de la Tabla 5.

Tabla 5. Porcentajes del consumo de tabaco.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Alguna vez en la vida	20.9%	26.4%	29.5%	33.2%	37.5%	42.7%	36.2%	35.2%	33.0%	33.6%
En los últimos 12 meses	18.2%	23.4%	25.7%	28.8%	32.8%	36.6%	29.8%	30.5%	26.4%	26.6%
En el último mes	12.4%	15.7%	17.2%	20.8%	22.5%	25.1%	20.1%	20.1%	17.2%	16.1%
Diariamente en los últimos 30 días	1.0%	1.4%	1.8%	3.7%	3.8%	5.0%	3.1%	3.1%	3.0%	2.7%

De dicha estadística, se deduce que el consumo más común de cannabis entre los estudiantes corresponde al experimental, dado que los valores más altos son los asociados al indicador temporal de consumo alguna vez en la vida. El más bajo, es el indicador temporal correspondiente a diariamente, el cual no ha superado ningún año el 5%. Respecto a la evolución temporal, se observa claramente que hubo un pico en el consumo en el año 2004, a partir del cual nos encontramos dentro de una tendencia descendente. Respecto a los últimos resultados, los valores que han ascendido han sido los correspondientes al consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, aumentando 0.6 y 0.2 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, parece más una estabilización del consumo que el principio de una conducta ascendente.

Por último, analizar la evolución de la edad de inicio con los resultados de la Tabla 6.

Tabla 6. Evolución de la edad de inicio en el consumo de cannabis

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Edad de inicio	15.1	15.1	15.0	14.9	14.7	14.7	14.6	14.6	14.7	14.9

Como se puede observar, la edad de inicio no ha permanecido estable como en los casos anteriores. Analizando la evolución temporal, en los años 2006 y 2008 se sitúan las edades de inicio más tempranas, 14,6 años. Actualmente esa cifra ha aumentado situándose en los 14,9 años de media, 0.2 puntos porcentuales por debajo que en 1994, año en el que la edad de inicio fue la más tardía de todos los registros.

I PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS (2005-2008) DE ARAGÓN

El Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008), se publica con el objeto de mejorar la atención a los trastornos adictivos de la comunidad autónoma, partiendo del documento base, que es el PNSD (1985) y la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008). En este documento, el primero de este carácter, se establecen las líneas prioritarias de actuación para cumplir los objetos concretos que se marcan. Se trabaja tanto a nivel asistencial como de prevención, resaltando los recursos con los que cuenta Aragón y aquellos de los que carece y por tanto hay que crear.

Análisis de la realidad

Para empezar a analizar el Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008), cabe resaltar el territorio en el que se hace vigente, lo cual influirá a la hora de organizar las redes asistenciales y la división de recursos. Aragón tiene una densidad de población de 25,2 hab/km². De toda la población, la mitad se encuentra en la ciudad de Zaragoza. El resto, se encuentra extendida a lo largo de toda la geografía. Encontramos además, muchos pequeños núcleos sobre todo en la montaña, que se encuentran aislados y poco comunicados con las demás poblaciones.

En los años 80, comenzaron los primeros cambios en Aragón con el fin de afrontar el problema de las drogas. Por un lado, se formó en Aragón una Red de Atención a las drogodependencias, coordinándose con entidades locales formando también Centros de Drogodependencias a nivel comarcal. A raíz de las infecciones por el VIH y el SIDA derivadas sobretudo de los consumidores de heroína por vía parenteral, se comenzó a ofertar programas de reducción de daños, para poder tratar el problema como otro problema de la salud cualquiera, cuya solución pasaba por mejorar la calidad de vida del sujeto.

Es decir, ya desde los años 80 en la Comunidad Autónoma de Aragón se instauraron medidas para paliar el problema de las drogas. En la realidad en la que se enmarca el documento, se pretende abordar el problema de las adicciones, tanto con sustancias como conductuales. En ambos casos existe un impulso o deseo de realizar una

determinada conducta para conseguir o evitar algo, provocando en el sujeto alteraciones de diversa naturaleza y diversos efectos. Debido a las características comunes de ambos tipos de adicciones, se propone que la intervención sobre las mismas se puede llevar a cabo de forma similar. Estos problemas se pueden definir como ludopatía, adicción a las nuevas tecnologías, etc. Por ello se hace mucho hincapié en el documento, en las conductas adictivas sin consumo de sustancias. Según se cita en el documento, “los juegos de azar constituyen una actividad lúdica muy enraizada en la cultura española y aragonesa, pero suponen un importante problema de salud cuando se convierten en una actividad compulsiva” (Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008, p.7). Es decir, es un problema real que afecta a dicha comunidad por lo que es necesario tratarlo como el resto de las adicciones a sustancias.

El Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas (2005-2008) se enmarca en una realidad en la que las drogas legales reciben poca percepción de riesgo por parte de la sociedad, ya que forman parte de una rutina tras haber pasado por un proceso de normalización a nivel social. Sin embargo, el tabaco constituía un elemento muy problemático para la salud pública, suponiendo “la mayor causa de mortandad predecible” (Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas ,2005-2008, p.7).

Por su parte, el consumo de alcohol en edades tempranas es un peligro, dado que se acaba convirtiendo en una rutina a seguir y en estos años, como en la actualidad, estaba muy generalizado. Por ello, se pretendía concienciar más a la población de los riesgos que acompañan al consumo de drogas tanto legales como ilegales.

Como en el caso de Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), el tema de la publicidad vuelve a estar presente. Dentro de un mundo en el que este aspecto cada vez tiene más influencia sobre las conductas de las personas, en especial sobre las de los más jóvenes, se hacía necesario trabajar para eliminar toda aquella propaganda que directa o indirectamente incitara al consumo o compra de alcohol o tabaco protegiendo así a los menores. Se entiende por publicidad todo aquel medio colectivo en cualquier tipo de formato, que propague información a todo tipo de persona independientemente de su clase social.

Tras analizar cómo se pretende abordar el problema de las conductas adictivas, dada la situación a nivel autonómico, se procede a destacar los datos más relevantes a cerca de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales en Aragón en el año 2002. El análisis se va a centrar en el consumo dentro de la población escolar.

Respecto al consumo, como a nivel Nacional el alcohol seguía siendo la sustancia más extendida y consumida por los jóvenes, con un porcentaje del 85,5% para aquellos que lo han consumido alguna vez en la vida. La segunda sustancia más generalizada era el tabaco, al igual que en España. Un 34,5% de los estudiantes manifestaban ser fumadores. El cannabis se situaba en la tercera sustancia más extendida, con un porcentaje de 44,5% correspondiente a aquellos jóvenes que lo habían consumido en el último año. Por último, el speed y la cocaína fueron consumidos en el año anterior a la encuesta por un 12,8 % y un 8,8 % respectivamente. Estas eran las sustancias más consumidas por los jóvenes de entre 14 a 18 años.

Aunque la encuesta se enfoca hacia la franja de edad citada, el inicio en el consumo se daba mucho antes. Las edades de inicio suponían un grave problema debido a que son muy bajas: 12,9 años el tabaco y 13,4 años el alcohol las más tempranas.

El patrón de consumo se perfilaba como conductas con fines lúdicos: se consume en espacios públicos, bares, pubs o discotecas.

Dentro del documento se hace referencia a las actividades que estos jóvenes realizan en su tiempo de ocio. Si bien los días laborables los dedicaban a leer, escuchar música o ver la televisión, los fines de semana cambiaban sus rutinas. Un 85% afirma que los fines de semana los dedica a ir a bares o discotecas, y un 68,5 a ir a fiestas. En muchas ocasiones esas rutinas de ocio estaban relacionadas con el consumo de sustancias.

En relación a la percepción de riesgo, el alcohol, los tranquilizantes y el cannabis son a las que menos problemas se les asociaban, no siendo así con la heroína, cocaína, éxtasis y drogas de síntesis. En general, se percibía mayor riesgo a mayor frecuencia de uso de la sustancia.

Por último para acabar con el análisis de las sustancias y sus patrones de consumo, se habla de las sustancias que los jóvenes identificaban como drogas y las que no. Se observa que a un 69,8% de los encuestados consideraba que el tabaco no es una droga.

Pero para el alcohol, el porcentaje era todavía más alarmante, ya que sólo un 1,7% de los encuestados lo reconocía como droga.

Tras todos los documentos analizados, este es el primero que incluye datos acerca de la prevalencia de las conductas adictivas. En primer lugar se hace referencia a pequeños datos correspondientes a España. A nivel nacional, el porcentaje de personas que sufría en 2002 estas adicciones se sitúa entre el 1 y el 2%. Respecto a la situación en Aragón, en 2002, fueron 698,30 euros la cantidad que cada habitante se gastó en juegos de azar de diferentes formas: “un 69% a juego privado, un 26% a juegos público, y un 5% a la ONCE” (Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas, 2005-2008, p.75).

Se recalca que en Aragón existe un estudio realizado por la Universidad de Zaragoza en colaboración con el Gobierno de Aragón a través del cual se obtienen datos a cerca del juego patológico, así como los datos más relevantes del patrón de conducta de las personas que sufren este tipo de adicciones. A través de este estudio llamado *Los juegos de azar: juego social y ludopatía* (1999), observamos los datos de los tipos de adicción al juego que nos podemos encontrar. Por un lado, se encuentran los jugadores sociales a los cuáles correspondía un porcentaje del 90,8% de la muestra encuestada, por otro lado los posibles jugadores problemáticos con un 6,6% y por último un 2,6% son probables jugadores patológicos.

Prevención escolar referida al 1º Plan Autonómico de Aragón

La educación para la salud es necesaria e importante en los centros educativos. Se planteaban 7 objetivos a conseguir, para lo cual era necesaria una colaboración de todos los miembros de la comunidad educativa para que la metodología fuera eficaz y para que se tomaran las decisiones conjuntamente, teniendo en cuenta las diversas opiniones que abarcan distintos puntos de vista: el de la familia, profesores, alumnos, personal no docente del centro... Además, se recalcaba la idea de que “las iniciativas de prevención deben integrarse en el proyecto educativo y curricular” (Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas , 2005-2008,p.13).

El primero de los objetivos era, tal y como se cita en el Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas (2005-2008, p.13) “impulsar la integración de la

educación para la salud en el diseño curricular de la Comunidad Autónoma”. Desde el I Plan Nacional sobre Drogas (1985) se persigue el objetivo de que la educación para la salud se incluya en los currículos escolares. Para ello, se proponían acciones como:

- La creación y organización de los contenidos de prevención que se vayan a trabajar en el colegio. Se recomendaba que estuvieran adaptados a la edad del alumnado al que va dirigido, fomentar las habilidades sociales y una actitud crítica, trabajar la autoestima y reducir los posibles riesgos o los daños que ya se hayan producido. Además, para impartir esta materia era necesario crear un material preventivo actualizado para su uso en los centros.
- Fomentar la implantación de programas educativos que irían dirigidos al alumnado de Educación Obligatoria y proyectos de centro que surgieran de problemas reales o posibles problemas reales dentro de un marco previamente analizado para adaptarlos y que la respuesta sea lo más eficaz posible.

El segundo objetivo estaría relacionado con una mayor coordinación entre los ámbitos sanitario y educativo, para ofrecer una intervención más completa y poder contar desde el ámbito educativo con apoyo de especialistas en drogodependencias sanitarios. El sexto objetivo se vuelve a hablar de la importancia de la coordinación con todas las entidades que intervienen en las actividades de prevención que se llevan a cabo en el ámbito educativo. Es decir, la coordinación entre el ámbito educativo y el de los recursos comunitarios.

Se hacía necesaria una atención mejorada en el alumnado, que pasaría por una detección precoz de un posible caso de adicción conductual o a alguna sustancia y por ayudar al alumno a encontrar los recursos más apropiados para tratar su problema. Para ello, se debían elaborar protocolos de colaboración no sólo con el ámbito sanitario como se plantea en el anterior objetivo sino también con el ámbito comunitario. También se precisaba la ayuda del departamento de Salud y Consumo para que los tutores y todo el personal de primera línea que tratara con el alumnado esté a la altura de la situación y supiera ofrecer una ayuda eficaz.

Si se debía ofrecer no sólo ayuda, sino información a través de la educación para la salud en los centros escolares por parte de los profesores, estos tendrían que estar perfectamente formados en la materia. Por ello, el cuarto objetivo es la formación al

profesorado. Así, antes de obtener el título universitario se pretendía exigir la aprobación de un módulo dedicado a las drogodependencias y otras conductas adictivas. Una vez se accede a un puesto de trabajo, se incluirían dentro del Plan de Formación Anual del Profesorado este tipo de actividades. Además, se proponen una serie de medidas que suponían una colaboración entre el profesorado y diferentes organismos, como son los Centros de Profesores y Recursos y Asociaciones de Padres y Madres y la sociedad más cercana al contexto del colegio para llevar a cabo actividades y proyectos de prevención multidisciplinarios.

“Incrementar el potencial de salud de los adolescentes desarrollando actitudes, valores, habilidades sociales y otros recursos personales para promover el uso responsable” (Plan Autonómico sobre Drogas y otras Conductas Adictivas, 2005-2008, p.16) era el quinto objetivo. Se relaciona con ofrecer alternativas saludables de ocio, para lo cual se pretendía generalizar el *programa de apertura de centros* e implicar al alumnado en la elaboración de las diferentes propuestas de prevención que se llevaran a cabo en el ámbito educativo.

Fomentar una mayor coordinación y colaboración entre todas las entidades que participen en las actividades que se llevan a cabo en el colegio, las cuáles pueden corresponder al ámbito comunitario, al educativo y al sanitario. Esto se corresponde con el sexto objetivo.

Por último, el séptimo objetivo establecía que la comunidad escolar debía implicarse en los programas de prevención educativa, para lo cual se pretendía hacer llegar información actualizada a cerca de la realidad que viven los alumnos a todos los centros y posibles líneas de prevención ante ello. Se llevaría a cabo a través del Sistema de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES).

En resumen, dentro de este documento se especifican diversas actuaciones para llevar a cabo dentro de un panorama cambiante. Se le da mucha importancia no solo a las adicciones a sustancias, sino a las conductas adictivas, muy presentes en Aragón. Se pretende reforzar la asistencia y mejorar la prevención escolar, pasando por editar un material actualizado y adaptado para impartir en los centros escolares, llevar a cabo una actuación integral mediante la colaboración y coordinación de la comunidad educativa y los ámbitos sanitario y comunitario y formar al profesorado.

II PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS (2010-2016) DE ARAGÓN

El II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016), pretende elaborar un análisis actualizado de las conductas adictivas en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para ello, se tienen en cuenta los documentos que relatan cuál es la situación en esta materia tanto a nivel nacional como a nivel europeo a partir de dos documentos: Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 y la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005- 2012. No obstante en Aragón, el marco de referencia para tratar este tema es la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias con la que se pretende establecer pautas de coordinación entre las instituciones o entidades que participen en la tarea.

Para elaborar el presente Plan, que constituyó un grupo técnico para evaluar las consecuencias del plan anterior, identificando las mejoras y los aciertos para establecer las líneas de trabajo del nuevo Plan. A priori, tras analizar los resultados gracias a las fuentes de información con las que se cuenta desde la creación del PNSD (1985), se observa una tendencia mejorada lo que lleva a pensar que se está trabajando por la línea adecuada.

A modo de introducción, el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016) interviene sobre cuatro áreas: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Además, siguiendo con la estela del anterior Plan, se da mucha importancia a las adicciones conductuales cada vez más arraigadas en nuestra sociedad. Se tienen en cuenta también los factores sociales y económicos, habiendo estudiado la relación de los mismos con las diferentes adicciones, convirtiendo la atención a los sectores más desfavorecidos en una prioridad.

Análisis de la situación

Se procede a analizar los aspectos y características de la situación sobre la que se pretende trabajar siguiendo las directrices del II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016). Esto se obtiene a partir de los datos proporcionados por distintas fuentes, como son: Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en Aragón (EDADES) de 2007, Encuesta sobre drogas en población

escolar (ESTUDES) de 2006, Encuesta nacional de salud de 2006, Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud de 2006, admisiones de tratamiento en la red asistencial, urgencias hospitalarias y mortalidad por causa directa de drogas.

Dos de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad en esta materia, son la temprana edad de inicio en el consumo de las drogas y los contextos en los que estos consumos se producen, que suelen ser contextos de ocio. Ya desde la crisis de la heroína, se ha ido configurando un nuevo perfil de consumidor que está muy extendido tanto a nivel nacional como a nivel autonómico. Los cambios más significativos que se han observado, han sido: consumir más de una sustancia simultáneamente, un cambio en la percepción social a cerca de las drogas normalizándolas y un consumo con fines lúdicos en contextos de ocio. Además, otro de los problemas es que actualmente, el consumo de sustancias es a menudo una herramienta de integración en un determinado grupo social para los adolescentes y jóvenes, muy generalizado y normalizado.

Respecto al consumo de sustancias, a continuación se aportan breves datos a cerca de los porcentajes de consumo, edades de inicio y patrones de consumo de cada una de ellas en la población joven, entre 14 y 18 años en Aragón en el año 2008:

- El alcohol, como en informes anteriores independientemente del año de su publicación, sigue siendo la sustancia más extendida: un 84,8% de la muestra afirma haberlo probado al menos una vez en la vida frente a un 70,2% de aquellos que lo han probado en el último mes. No varían tampoco los lugares en los que se consume la sustancia, siendo lugares públicos los más comunes (80,5% de los jóvenes en Aragón consumieron alcohol en estos lugares). Respecto al *binge drinking* un 44,1% afirman haberlo practicado en el último mes, casi la mitad de la muestra frente a un 41,4% que era la media española en el mismo año (2008). La edad de inicio se sitúa en los 13,5 años frente a 13,7 años que es la media nacional.
- El tabaco sigue siendo la segunda droga más generalizada entre la población tanto joven como adulta. Según los datos nos encontramos dentro de una tendencia decreciente que se inició en el 2008, debida más al número de personas que dejan de fumar que a una disminución real en el inicio del

consumo. Un 53,1% de los jóvenes lo ha consumido alguna vez en su vida, siendo superior a la media española situada en un 44,6%. La edad media de inicio es de 13 años, 2 años menor que la media española.

- La droga ilegal más consumida en Aragón es el cannabis como en el resto del país. Un 46% de los jóvenes aragoneses encuestados afirma haberla consumido alguna vez en su vida, frente a un 35,2% correspondiente a España. Según el informe, muchos de estos simplemente son consumidores experimentales. Es decir, prueban la sustancia varias veces y dejan de consumirla en un periodo de tiempo.
- Por último, los datos que se aportan de la cocaína son relativamente más bajos que los anteriores: un 9,3% la han consumido alguna vez en la vida.

Las demás sustancias no se analizan, ya que las prevalencias de consumo en esta franja de edad son muy bajas. No obstante, aunque no referente a los jóvenes se analiza el caso de la heroína. En Aragón, actualmente el 56,2% de los contagiados por SIDA fueron infectados por consumir drogas por vía parenteral, desde 1985. Sin embargo en 2009 se detectaron 109 nuevos casos de SIDA, de los cuales sólo un 10,2% se corresponden con las drogas intravenosas.

Dejando de lado el uso de las drogas, se dedica un apartado a las conductas adictivas, como son la ludopatía, adicción a la tecnología o adicción al sexo. Se afirma, que al no disponer de herramientas de obtención de datos de este tipo de consumos es difícil hacer un análisis de la situación.

Prevención escolar referente al II Plan Autonómico de Aragón

Según el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010 – 2016), se establecen diferentes objetivos a conseguir mediante el trabajo en el ámbito educativo, en colaboración con distintos organismos.

En la línea de los anteriores documentos, desde el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010 – 2016), se ambiciona incrementar el potencial de salud, trabajando diferentes actitudes, valores y habilidades sociales que les sirvan a modo de factores de protección. Este objetivo se podría enmarcar dentro de los diferentes programas preventivos que se llevan a cabo en las escuelas. Dichos

programas y también la educación para la salud, deben de estar incluidos en los proyectos educativos y curriculares.

La Red de Escuelas Promotoras de Salud, es un conjunto de centros que trabajan la educación para la salud de una manera importante, teniendo bastante peso dentro de las actividades del centro. Por ello, se pretende ampliar esta red haciendo que más colegios se unan.

La coordinación entre diferentes instituciones sigue siendo una prioridad. Por un lado, un objetivo es la coordinación entre el departamento de Salud y Consumo con el de Educación, Cultura y Deporte, coordinación del ámbito educativo con la Universidad de Zaragoza (Red de Universidades Saludables) y por otro lado a un nivel local, la coordinación y colaboración de toda la comunidad escolar.

Por último, se busca no sólo hacer una prevención universal dirigida a toda la población escolar sin distinción, sino que en este documento por primera vez se propone hacer una prevención selectiva en el colegio. Es decir, dirigir la atención especialmente a aquellas personas que por diferentes motivos estén rodeadas de factores de riesgo, estando en una situación de vulnerabilidad elevada. Tanto para detectar estos factores de riesgo como para llevar a cabo la tarea, es necesario que los profesionales que tratan con los alumnos, en este caso la comunidad educativa al completo, estén debidamente capacitados para realizar una prevención eficaz, convirtiéndose la formación de este colectivo en una prioridad.

También el ámbito educativo abarca diferentes recursos de prevención dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón. Correspondientes a la Administración Regional, encontramos diversos Programas Escolares de Educación para la Salud que se ponen en marcha en los centros de la Comunidad a modo de prevención en materia de drogodependencias. Surgen de la necesidad que se planteaba en el Plan Autonómico de drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008), de crear en los centros proyectos reales basados en los estudios de una población escolar real, de manera que esté perfectamente adaptado a sus destinatarios. Estos son:

- Órdago: se instauró en el año académico 2004-2005 y está dirigido a los Centros de Educación Secundaria. Este programa trata de fomentar en los alumnos

aquellas habilidades sociales, actitudes y valores que posteriormente les sirvan para ofrecer una resistencia ante las drogas desarrollando una actitud crítica.

- Cine y Salud: este programa está relacionado con la oferta de actividades de ocio saludables alternativas a los actuales patrones de ocio, sobre todo nocturno, en los que las sustancias psicoactivas están muy presentes. Se puso en marcha en el curso 2001-2002 y también se dirige a los alumnos de Educación Secundaria. Desde un eje central que es el cine, se tratan temas como la promoción de la salud. Se dedica una zona de trabajo a afrontar el consumo de tabaco y alcohol entre otras sustancias.
- La Aventura de la Vida: se asienta sobre las mismas bases que el programa Órdago, potenciando además de las habilidades para la vida, valores y promoción de la salud como el programa citado, educación para una buena convivencia. Está dirigido al alumnado del tercer ciclo de primaria y se empezó a trabajar en el curso 2005-2006.
- Por último, el programa Pantallas Sanas está dedicado a la prevención de conductas adictivas. Dirigido a toda la comunidad educativa, se aporta información ante los nuevos cambios que se han sufrido en las últimas décadas respecto a la tecnología y su relación con la salud.

Por último, encontramos la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS). Se propone como una herramienta integradora de los diferentes grupos de trabajo que, por supuesto, son interdisciplinarios. Dentro de esta Red que fue creada en 1996 se conforman diferentes proyectos que tienen diversos aspectos en común. Todos ellos tienen como objetivo la promoción de la salud, dotando a las personas de un mayor control sobre los determinantes de la salud y trabajando bajo los principios y metodología de dicha educación. Del diseño, seguimiento y evaluación de todos los proyectos se encargará un equipo multiprofesional que aporte diferentes enfoques originados desde distintos ámbitos. Además, estos proyectos deberán verse integrados en los objetivos de los promotores de los mismos. Gracias a RAPPS, existe una red de contacto en la que los profesionales pueden intercambiar materiales, experiencias, buscar asesoramiento y apoyo o encontrar materiales e información.

PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES (2011-2017) DE LA CIUDAD DE HUESCA

El Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017) de la ciudad de Huesca, se presenta como una herramienta actualizada y en concordancia con el trabajo en Europa, España y en Aragón, en la que confrontan diversas líneas de actuación para abordar la situación presente. En 1986 se creó el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca, y a partir de entonces se empezó a trabajar abordando los aspectos de prevención y asistencia en diferentes ámbitos.

De manera introductoria, el Plan estudia el impacto de las drogas en la población inmigrante y en la población con mayores niveles de vulnerabilidad. Sobre estos colectivos e intentará trabajar tanto de manera preventiva, desarrollando una detección precoz de posibles problemas, reduciendo los daños ya existentes y asistiendo a dichas personas.

Análisis de la situación

En la ciudad de Huesca al igual que a nivel nacional y autonómico, la temprana edad de inicio, el policonsumo y el consumo recreativo con fines lúdicos son los tres aspectos que definen el consumo de sustancias en la actualidad. Los datos que se aportan en el documento a cerca del consumo de cada una de las sustancias en gente joven, provienen de ESTUDES del año 2008, ya analizados anteriormente. Por tanto, ya que no se aportan datos a cerca del consumo de diferentes sustancias en la ciudad de Huesca, es interesante recalcar el apartado en el que se muestran los hábitos de los jóvenes de dicha ciudad en su tiempo de ocio, gracias a una encuesta realizada en 2007/2008 sobre 1.070 miembros de esta porción de la sociedad.

Anteriormente, en el Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008) se exponía que las actividades de ocio individuales como leer o ver la televisión se reservan para los días laborales, siendo los fines de semana los momentos para realizar actividades sociales, en su mayoría relacionadas con el ocio nocturno. Desde el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017) de la ciudad de Huesca, también se hace una distinción entre

los mismos días de la semana. Se observa, que los fines de semana se dedican a salir con las amistades y menos a actividades culturales o deportivas. En este caso, el porcentaje de jóvenes que realizan “botellón” o que acuden a bares y discotecas aumenta con la edad: 10% de los que tienen 12 o 13 años, 48% de los que tienen 14 y 15 y más de un 80% entre 18 y 21 años. Es decir, son tasas elevadas que corroboran la relación entre el ocio nocturno y el consumo de alcohol.

El hecho de consumir estas sustancias va acompañado de un cierto poder adquisitivo. En este caso un 41% de los encuestados tiene menos de 6 euros de presupuesto para salir, mientras que un 32% dispone de entre 6 y 12 euros.

Respecto a la población universitaria (3000 en el curso 2010-2011), el salir de fiesta no sólo se limita a los fines de semana sino que los jueves se han instaurado como otro día en el que ir a los bares y a las discotecas. Hasta el año 2006, en la zona de “El Tubo”, lugar en el que se concentran la mayoría de los bares de copas de la ciudad los jóvenes acudían a la misma desde edades muy tempranas, aspecto que parece haberse controlado después de la aprobación de diferentes leyes municipales. Esto ha provocado un aumento de “botellón” en zonas públicas como los parques o plazas. Por otro lado, aunque se haya regulado la presencia de menores en los bares nocturnos, en Huesca hay una cultura arraigada ligada al alquiler de “locales” por pandillas de menores, en los cuáles no hay vigilancia de ningún adulto por lo que el consumo de sustancias es muy accesible.

Aunque dentro de la ciudad se ofrecen diferentes alternativas de tipo cultural, deportivo o recreativo a este tipo de ocio, parece que no es suficientemente atractivo para el colectivo, bien porque no está adaptado a los intereses de los mismos o bien porque a esas edades se prefiere otro tipo de ocio como el descrito anteriormente.

Por último, se habla de los recursos con los que cuenta Huesca para hacer frente al problema de las drogodependencias tanto en materia de prevención, asistencia y control de la oferta.

A nivel de asistencia se cuenta con una red de atención a los drogodependientes y a sus familias, compuesta por diferentes recursos tanto públicos como privados. El Centro de Prevención Comunitaria (CPC) tiene como función “reducir o evitar el uso y/o abuso

de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables a través de programas asistenciales y preventivos.” (Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008, p. 17). De la atención individualizada que ofrece este centro se ocupa un equipo en el que se incluye una psicóloga, una educadora y una auxiliar administrativa. La Unidad de Atención y Seguimiento en Adicciones (U.A.S.A.) se encarga no tanto de las cargas o condiciones psicológicas que provocan el consumo de sustancias o las consecuencias del mismo, sino que ofrece tratamiento ambulatorio que únicamente atiende a dependientes mayores de edad. El Centro de Solidaridad Proyecto Hombre de Huesca se encarga de intervenir a personas drogodependientes de cualquier sustancia psicoactiva, no siendo el caso de la Fundación Doctor Valero Martínez-ASAREX, la cual se dedica a la rehabilitación de personas dependientes del alcohol y también a sus familias. Por último, Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca de Huesca trata el tema de la exclusión social desarrollando diferentes actividades de una forma integral.

El control de la oferta se lleva a cabo por la Policía Local, la Subdelegación del Gobierno de Huesca en colaboración con la Policía Nacional y la Subdirección de Salud Pública de Huesca.

Destacar en último lugar, que el presente Plan se ve complementado con diferentes instrumentos para llevar a cabo actividades, intervenciones y acciones desde una perspectiva global. Estos son: Plan Municipal de Prevención del Consumo de Alcohol, Plan Municipal de Inmigración, Plan Municipal de Juventud, Plan de Igualdad y Género y el Observatorio de Convivencia.

Prevención escolar reflejada en el presente Plan Municipal

La prevención tiene como prioridad extender y hacer llegar a la población información acerca de las consecuencias negativas del consumo de drogas como son daños y costes personales y sociales, retrasar la edad de inicio y formar a la persona de tal manera que cree una actitud crítica capaz de rechazar el consumo. En el nivel preventivo se encuentran inmersos diferentes ámbitos: el educativo, el familiar y el comunitario. Los recursos con los que se cuenta para llevar a cabo la prevención en estos ámbitos son: el Servicio de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) encargado del desarrollo de Programas de Educación para la Salud, el Centro

de Profesores y Recursos en Huesca (CPR) responsable de la formación de los profesores en la materia, los Centros Educativos de Primaria y Secundaria, públicos y concertados de la Ciudad de Huesca, las Asociaciones de Madres y Padres y los Departamentos del Ayuntamiento de Huesca de Juventud, Fiestas, Policía Local, y Patronato Municipal de Deportes.

Abordar la prevención desde el ámbito educativo es una prioridad, dado que es un espacio privilegiado en el que se pueden transmitir día a día una serie de valores y herramientas que configuren una actitud crítica en el alumno válido para vivir de forma saludable y rechazar el consumo de drogas. Si bien la familia es el primer agente de socialización, el colegio pasa a ser el más importante cuando los niños entran en edad escolar. El tiempo de vida que los alumnos permanecen en los centros es extenso, y es en el que se producen los cambios más importantes tanto a nivel psicológico como físico, siendo los años en los que adquirirán una serie de valores que en un futuro formarán parte de la persona adulta. Además, es un espacio en el que los padres y las madres no se encuentran con ellos, por lo que se comportan de una manera más natural gracias a la cual se pueden observar conductas o aspectos que nos indiquen que es posible que aparezca un problema de consumo de drogas. Es decir, la detección precoz se ve favorecida en el colegio y también la labor preventiva, dado que los profesores son modelos en los que los alumnos se fijan y los cuales no solo transmiten conocimientos sino también contenidos actitudinales.

Los objetivos que se proponen en base al ámbito educativo van dirigidos a distintos niveles: al centro, al equipo docente y al alumnado.

En el centro docente se van a llevar a cabo una serie de acciones para “Intensificar la aplicación de la prevención de consumo de drogas y otras adicciones en el proyecto educativo de centro y en el plan de acción tutorial.” (Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008, p. 31). Por un lado, intensificando los programas de prevención en los centros tanto de primaria como de secundaria y tras su aplicación evaluando los resultados de los mismos. Por otro lado, la coordinación entre organismos sigue siendo un objetivo prioritario para llevar a cabo una respuesta eficaz. En este caso se propone crear protocolos de colaboración entre el Departamento de Salud y Consumo y de Educación perteneciente al Gobierno de Aragón con el CPC de Huesca.

Respecto al equipo docente, como en documentos anteriores, la prioridad es su formación. Deben de estar capacitados para ejercer la labor de prevención y detección precoz frente a la diversidad del alumnado. Para ello, dentro de la obtención de una formación adecuada se deben incluir estrategias metodológicas aplicables y eficaces. Además, se pretende facilitar el apoyo que se precise a la hora de poner en marcha la acción preventiva o a la hora de intervenir en situaciones de riesgo.

En relación al alumnado, se debe reforzar La Educación para la Salud en los centros mediante metodologías participativas que se centren en los alumnos de una forma realista. En el caso de la prevención universal, hay que dotar a los alumnos de los conocimientos y habilidades necesarios para el desarrollo de una actitud responsable tanto hacia su salud como hacia la salud colectiva, así como para prevenir el consumo de cualquier tipo de drogas. Respecto a la prevención centrada en el alumnado de Secundaria y de estudios similares y superiores, no solo deben de ser conscientes de las decisiones que perjudican o no a su propia salud, sino que deben de enfrentarse de manera autónoma a una oferta de drogas cada vez más creciente, por lo que hay que ayudarles en este proceso a que desarrollen herramientas para ello. Por último, la prevención indicada, dirigida a aquellos que ya han experimentado con las drogas, se centrará en promover un consumo moderado para dejar de lado el abuso.

CONCLUSIONES

Después de definir el marco teórico y haber realizado la revisión bibliográfica en base al mismo para cumplir con el objetivo del trabajo, se procede a exponer las diferentes conclusiones frutos de dicho trabajo.

La situación del consumo de drogas ha ido variando desde el principio del análisis, en los años 80. No se puede decir que haya mejorado ni que haya empeorado, sino que ha cambiado. Si bien fue en la década de los 80 la heroína la droga más consumida en España, no fue hasta la mitad de la década de los 90 cuando se sufrieron las peores consecuencias, con tasas de mortalidad por dicha causa 1.700 personas anuales. Es decir, sus consecuencias no fueron inmediatas. Esto quiere decir, que nos encontramos en una situación parecida actualmente. Las nuevas sustancias psicoactivas acaban de salir a la luz, reflejadas por primera vez en encuestas en el año 2010, y se van renovando cada cierto tiempo. Por ello, las consecuencias de su consumo están por

llegar, si además de que son drogas relativamente nuevas se tiene en cuenta que van cambiando, sin dejar un espacio de tiempo para analizar sus posibles consecuencias.

Actualmente, el consumo tanto a nivel nacional, autonómico como provincial, quedan definidos por la temprana edad de inicio, el policonsumo y los fines con los que se consume, aunque no son los únicos problemas.

El hecho de romper con los estereotipos de los consumidores de drogas ha acarreado consecuencias positivas, como son la disminución de inseguridad ciudadana y la alarma social. No obstante, también ha contribuido a una irremediable normalización de las drogas tanto legales como ilegales. Si bien, antes los que consumían se asociaban con la marginalidad, actualmente son usadas incluso como materia de socialización.

Respecto a la percepción de riesgo, es evidente que hay una gran diferencia entre las drogas legales y las ilegales, hasta tal punto, que el alcohol y el tabaco a menudo no se consideran drogas como se indica en el I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008). Pienso que hay que prestar mucha atención a las drogas legales, ya que a menudo no constituyen el problema por sí solo, sino que funcionan como conducto hacia otras drogas ilegales. Además, es muy posible que los primeros consumos de estas drogas se den a raíz de conductas de imitación dentro de la familia, por lo que también hay que concienciar a los padres a cerca de este tema.

Por otro lado, que la temprana edad de inicio en el consumo sea una de las mayores problemáticas dentro del tema de las drogodependencias, no es más que otro motivo de peso para impartir una educación para la salud, en las escuelas, de calidad. Según los últimos resultados de ESTUDES (2012), a los 13 años se produce el inicio en el consumo del tabaco, alcohol e inhalantes volátiles, y a los 14 años del cannabis, heroína e hipnosedantes; ambos resultados corresponden a las edades de primer ciclo de secundaria.

Habiendo expresado las conclusiones a cerca de la problemática real y actual que estamos viviendo, se puede decir que la educación para la salud es un instrumento muy necesario en nuestra sociedad. Como se indica en el marco teórico, surgió en respuesta a una necesidad de mejorar el potencial de salud de los individuos. Actualmente a través de la misma se lleva a cabo la prevención de drogodependencias en las escuelas. Al

principio de su camino, servía como instrumento para dotar a los individuos de herramientas cognitivas que les ayudaran a enfrentarse a las enfermedades. Sin embargo, fue evolucionando hasta conseguir ser un instrumento que abarca tantos aspectos físicos, psicológicos, culturales y sociales, entre ellos la prevención de las drogodependencias. En conclusión, la educación para la salud tiene como función modificar aquellas conductas que sean necesarias para que se produzca una mejora en la salud del individuo.

El ámbito educativo es un espacio privilegiado a la hora de llevar a cabo la prevención de drogodependencias. No es muy común que en aulas de primaria se dé un consumo problemático de drogas, aunque si se pueden dar indicios que nos indiquen que se puede producir en un futuro una conducta problemática. Detectar los factores de riesgo para disminuirlos y los factores de protección para potenciarlos es la tarea más importante a llevar a cabo por el tutor. Hay que entender que en muchos casos el consumo de este tipo de sustancias se ve provocado y/o mantenido por determinados factores psicológicos o sociales, así como su mantenimiento. Como se ha nombrado anteriormente, en muchas ocasiones este consumo se usa como llave para acceder a un determinado grupo social. Por ello una detección precoz debe atender no solo a conductas que puedan dar lugar a un consumo de drogas, sino a aspectos relacionados con la pertenencia a un grupo, fracaso escolar o problemas familiares.

Respecto a la prevención y su evolución desde la creación del I PNSD (1985), todavía se pueden llevar a cabo algunas mejoras. Relacionado con quien se encarga en el aula de llevar a cabo esta tarea, los profesores, pienso que se precisa de una mayor formación, ya que está demostrado que muchos de ellos no imparten la prevención de una forma regular dado que consideran su formación insuficiente para emprender dicha tarea. Sin embargo, aquellos que califican sus conocimientos como válidos y suficientes, evalúan sus sesiones de prevención positivamente. Por otro lado, en mi opinión se hace necesaria una mayor coordinación entre los tutores y los profesionales externos para ofrecer un enfoque multidisciplinar desde distintos puntos de vista. Por último, se precisa que los tutores impartan con mayor regularidad la prevención a sus alumnos y por ente, que se muestre más responsabilidad a la hora de integrar estos programas en el proyecto curricular.

Dejando a un lado las posibles mejoras respecto al equipo docente, creo que hay otros aspectos que deberían mejorar. Por ejemplo, dedica más tiempo a este tipo de tareas, ya que está comprobado que las drogas constituyen uno de los mayores problemas de salud pública, y los individuos que están expuestos a iniciarse en el consumo se encuentran en nuestras escuelas. Por tanto, también creo que se debe de ofrecer un espacio de confianza dentro del centro educativo para que los alumnos puedan exponer sus problemas y así ofrecer una respuesta eficaz a los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Bandura, A. (1977) *Social learning theory*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Calafat, A., Armengual M., Farrés, C., Mejías, G y Borrás, M. (1992) *Tú decides*. Programa de Educación sobre drogas. 3ª edición. Mallorca: Sección de Promoción de la Salud. Servicio de acción Social y Sanidad. Consell Insular de Mallorca.
- Chatlos, J.C. (1996) Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- De la Fuente L., et al (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España. Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 505-520.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Zaragoza. *Acciones e investigaciones sociales*, 26, 161-187.
- Elkind, D. (1967) Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Plan Nacional Sobre Droga. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio del interior.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley.

Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*, 389-418. Washington, DC: American Psychological Association.

González, S. L., González, S. L. (2010). Tema 2. La Educación para la Salud (EpS). *OCW Universidad de Cantabria*. Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-1.-la-educacion-para-la-salud-eps>.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991) *Health Promotion Planning: an Educational and Environmental Approach*. Mountain View: Mayfield Pub. Co.

Hendry, L. B. (1983). *Growing up and going out: Adolescents and leisure*. Aberdeen: Aberdeen University Press.

Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977) *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academia Press.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Backman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2005) *Demographic subgroup trends for various licit and illicit drugs, 1975-2004*. (Monitoring the Future Occasional Paper No. 61) [On-line] Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

Kandel, D.B. (1975) Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.

Kaplan, H.B. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 345-377.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.

Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476.

Mead, G. H (1934) *Mind, Self & Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2012). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2013). *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Oetting, E.R. & Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.

Pandina, R.J.; Johnson, V.; and Labouvie, E.W. (1992) Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. In: Glantz, M., and Pickens, R., eds. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association

Peele, S. (1985): *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Massachusetts: Lexington Books

Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A.G. (Coordinadores) (2004) *Manual de Atención Temprana*. Psicología Pirámide. Madrid

Plan Nacional Sobre Drogas I. (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. I (2005). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública.

Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. II. (2011). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública.

Plan Municipal de Prevención y Otras Adicciones 2001-2017. Huesca: Ayuntamiento de Huesca.

Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. & Márquez, M.O. (1992). *El problema de la droga: Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro

Teoría de Campo de Kurt Lewin, publicada en 1963. En Díaz, R., y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Zaragoza. Acciones e investigaciones sociales, 26.

Vega Fuente, A. et al (2005). *La orientación escolar en centros educativos*. Madrid: Secretaría General Técnica.

Werch E., & DiClemente C. (1994) Modelo de Etapas con Componentes Múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con la etapa de uso de los jóvenes. *Health Education Research, Theory and Practice*, 9, 1-21.

ANEXO 1

Cumpliendo con el objetivo que se planteaba desde el PNSD (1985) de obtener información a partir de encuestas globales bienales, desde el año 1994 en España se cuenta con la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y con la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Para seguir haciendo la radiografía de la realidad en materia de drogas, analizaré el documento de ESTUDES (2012). Esta encuesta recoge datos de estudiantes entre 14 y 18 años correspondientes a Enseñanzas Secundarias.

Respecto a la prevalencia en el consumo de drogas, las sustancias que más consumen los estudiantes, estando en concordancia con las más consumidas por la población general son el alcohol, tabaco y cannabis. Dentro de estas, la más relevante entre esta franja de la población es el alcohol, estando más extendida en comparación con el informe anterior del año 2010. La edad media de inicio en el consumo de estas sustancias son 13,6 en el caso del alcohol, 13,9 en el caso del tabaco y 14,9 en el del cannabis, es decir, se corresponde con el primer ciclo de educación secundaria, lo cual hace más evidente el hecho de ejercer la prevención desde el ámbito educativo. Además, la edad de inicio en el caso de los inhalantes volátiles también se sitúa en esta franja (13,4). En general, para todas las drogas, el consumo va acorde con la edad: a más edad mayor consumo. Como dato a la hora de reconocer la población con mayores factores de riesgo hacia el consumo de drogas, desde ESTUDES (2012) se informa de que para todos los tramos temporales las mujeres representan un porcentaje más elevado a la hora de consumir sustancias legales, mientras que los hombres lo hacen al consumir sustancias ilegales.

Para seguir con el análisis de la prevalencia del consumo de drogas, tras hablar de las sustancias que se consumen mayoritariamente y las que tienen las edades de inicio más tempranas, se procede a estudiar cada sustancia por separado.

Para el alcohol, como se viene observando desde el principio del documento, el porcentaje es muy elevado alcanzando el 81,9 % si hablamos de probarlo por lo menos en una ocasión en su vida. Es decir, se corrobora que es la sustancia más consumida. Respecto a la anterior edición de ESTUDES, en el año 2010, los porcentajes de han

visto aumentados, destacando el indicador temporal referido al consumo en el último mes, el cuál a ascendido 11 puntos, lo cual es preocupante.

Respecto al patrón de consumo, se observa que se ha producido una generalización en la ingesta de alcohol dentro de la franja de edad que trata la encuesta. Dentro de esa generalización, hay personas que no sólo consumen alcohol, sino que lo hacen intensivamente en un corto periodo de tiempo aumentando sus efectos y sus consecuencias negativas. Hay que recordar que se encuentran inmersos en sus procesos madurativos, que se pueden ver afectados por estos consumos. Este patrón se sitúa dentro de una tendencia ascendente desde los informes de 1994, aunque parece que en el año 2012 se estabiliza. Dentro del documento ESTUDES (2012), se dedica un apartado exclusivamente a las intoxicaciones etílicas agudas, dada la generalización del consumo intensivo de alcohol en espacios de ocio y otro a lo que se denomina *binge drinking*, definido por ESTUDES (2012) como "el consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo de tiempo no superior a dos horas". Es decir, es un patrón extendido y generalizado entre los jóvenes de 14 a 18 años, por lo que se encuentra en el punto de mira, aunque al igual que en el caso del consumo de alcohol parece haberse estabilizado. No obstante, afirman que está por comprobar si este dato forma parte de una tendencia decreciente que está por llegar o simplemente es un despunte. También el botellón se incluye entre los patrones de consumo, como novedad, en esta edición de ESTUDES. El porcentaje de personas que no realizan es muy elevado, representado un 43,4% de los jóvenes entre 14 y 18 años.

Si hablamos de los lugares en los que se consigue y consume alcohol, la mayoría de personas entre 14 y 18 años lo hacen en locales de ocio (41,6% en pubs y 35,4% en discotecas), aunque el porcentaje es muy elevado cuando hablamos de los consumos en lugares públicos como plazas, calles, parques, etc. Respecto a los puntos de compra de la sustancia, perfilada como ilegal para esta franja de edad, el porcentaje más alto se lo llevan los supermercados con un 61,8%, siendo en el 41,8% de los casos cuando el propio menor de edad es el que va a comprar la bebida alcohólica.

Por último, el apartado de “conductas de riesgo asociadas al alcohol” ESTUDES (2012), engloba la conducción bajo los efectos del alcohol, siendo el individuo el pasajero o el piloto. Según los resultados, 1 de cada 4 personas entre 14 y 18 años ha viajado en un vehículo conducido por una persona bajo los efectos del alcohol,

indicando una baja percepción de riesgo ante estas conductas. Por otro lado, un 5,3% afirma haber conducido tras haber ingerido alcohol, porcentaje que parece bajo. Sin embargo hay que tener en cuenta las edades de los encuestados, de 14 a 18, lo cual indica que muchos de ellos no tienen carnet de conducir.

El tabaco es la segunda sustancia más consumida por los individuos de esta franja de edad. Su porcentaje es de 43,8% para los que han fumado al menos en una ocasión en su vida. Comparando los porcentajes con el año 2010, se observa un ascenso de 4 puntos porcentuales. Sin embargo, el porcentaje correspondiente al consumo diario de tabaco es de 12,5%, siendo 12,3% en el año 2010.

En el informe se aportan datos a cerca del entorno en el que conviven los jóvenes que fuman diariamente. Primeramente, se habla de haber visto fumar a profesores y otros alumnos dentro de los centros educativos (54% y 73,6% respectivamente). Esto por un lado indica una violación de las normas dirigidas a la promoción de la salud pública en los centros educativos, y por otro lado la aportación de un modelo, por parte de los profesores erróneo que poco ayuda a la prevención en materia de drogas. Tras estos datos, se incluyen aquellos correspondientes a las unidades familiares: la mitad de los encuestados conviven con personas que fuman a diario, y respecto a este apunte, es más común que los estudiantes que fuman a diario convivan con padres o madres fumadoras también. Es decir, el entorno ejerce cierta influencia sobre ellos.

Respecto a los hipnosedantes con o sin receta, ha evolucionado de diferente forma en cada indicador temporal: el consumo en alguna ocasión en la vida ha descendido (1,5 puntos porcentuales), y el consumo en el último año y el último mes han experimentado un ascenso (0.2 y 0.64 puntos porcentuales respectivamente). Tras estos datos, se puede deducir que se reduce el número de consumidores nuevos o el consumo experimental, pero se afianzan los casos de consumo continuado a lo largo del tiempo. En este caso, son las chicas las que más los consumen, con un porcentaje del 40%.

La droga ilegal con mayor prevalencia para la franja de edad estudiada sigue siendo el cannabis. Respecto a su consumo una vez en la vida, ha subido de un 33% a un 33,6% respecto al año 2010. El mayor cambio se ha dado en el indicador temporal de consumo en el último mes, el cual ha descendido un 1.1%. Es decir, en este caso lo que ocurre es lo contrario que en los hipnosedantes: el consumo ocasional y experimental

tiene más importancia y le corresponde un porcentaje mayor, pero los individuos que consumen continuamente en el tiempo van descendiendo. La edad de inicio se sitúa a los 15 años, no estando incluida pues como las sustancias con edades de inicio más bajas.

Atendiendo a la cocaína, los porcentajes son mucho menores que en anteriores sustancias: un 3,6% la ha consumido una vez en la vida al menos, 2,5% en el último año y 1,5% en el último mes. El consumo de esta sustancia se encuentra estabilizado, observándose desde 2004 un descenso. La edad de inicio se ha retrasado respecto a 2010, pasando de estar en los 14,9 a estar en los 15,5. Respecto a los patrones de consumo, el experimental sigue descendiendo y respecto al patrón de consumo continuado sigue estable respecto a los últimos años.

Continuando con el análisis desde las sustancias con prevalencias de consumo más altas en la franja de edad que abarca desde los 14 a los 18 años, hasta las que representan menor prevalencia, se estudia el éxtasis referido a sustancias derivadas de la feniletilamina con acción estimulante. Desde 1994, ha sufrido altibajos muy bruscos, es decir que su consumo nunca ha estado estabilizado. Actualmente, comparando los resultados de 2012 con los de 2010, se observa un ascenso para todos los indicadores temporales de entre 0.2 y 0.5%. Tras hacer el análisis del gráfico de consumos, se puede observar que esta sustancia se asocia a un patrón de consumo esporádico. Respecto a la edad de inicio, se mantiene muy estable desde el año 1994, situándose en los 15 años variando únicamente algunas décimas (actualmente se sitúa en 15,8).

Respecto a las anfetaminas, tuvieron las prevalencias más altas en los años 1996 y 2002, año desde el cual se ha mostrado una tendencia decreciente exceptuando el año 2008 en el que hubo un repunte. Del año 2010 al año 2012 se ha experimentado un ascenso del 01% para los consumos continuados y un descenso del 0.2% en el consumo esporádico. Al igual que en el caso del éxtasis, la edad de inicio en el consumo se sitúa en 15 años a lo largo de todas las ediciones de ESTUDES, desde el año 1994. Actualmente se sitúa en los 15,5 años.

Refiriéndose a los alucinógenos, se incluyen también nuevas sustancias como la “ketamina” o las “setas mágicas”. Muchos de los encuestados no saben en realidad lo que están tomando, no sabiendo a qué grupo genérico pertenecen y englobándolas en el

grupo de la “ketamina” y de “setas mágicas”, lo cual da lugar a una prevalencia más alta en estas sustancias. El consumo esporádico de estas sustancias ha experimentado un descenso del 0.4%, y el consumo continuado parece haberse estabilizado. La edad de inicio se mantiene estable desde 1994 siendo actualmente de 15,4 años.

Se confirma que la heroína ha sufrido un cambio radical desde su protagonismo en la década de los 80 hasta ahora. Actualmente, es la sustancia menos consumida junto con las “nuevas sustancias” entre los estudiantes de 14 a 18 años. Para todos los indicadores de consumo, el porcentaje no supera el 1%, y respecto a ediciones anteriores de ESTUDES, se puede decir que su consumo está estabilizado. La edad media es más baja que las anteriores, situándose por debajo de los 15 años, concretamente en los 14,4 años de media, suponiendo un problema a tratar dentro del primer ciclo de educación secundaria.

Haciendo referencia a los inhalables volátiles, un 1,9% representa el consumo experimental y un 1,2% y un 0,8% representan el consumo en el último año y en el último mes respectivamente. Comparando los resultados con el año 2010, se observa que el primer tipo de consumo experimenta un descenso y el consumo continuado se encuentra estabilizado. Tanto en este caso como en el de la heroína, son las dos únicas sustancias cuyo consumo no se ve aumentado con la edad. La edad media es muy baja, situándose en los 13,4 años. Cabe destacar que las chicas empiezan a consumir este tipo de sustancias a los 12,6 años, edad correspondiente con la etapa de educación primaria. Este inicio temprano puede tener lugar debido a la facilidad con la que se consiguen estas sustancias.

Por último, se dedica un apartado únicamente a las denominadas “nuevas sustancias psicoactivas”, las cuáles empezaron a formar parte de este tipo de encuestas por primera vez en 2010. Estas sustancias son, tal y como se cita en el informe de ESTUDES (2012) “ketamina, *spice*, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals*, *legal highs*, salvia y esteroides anabolizantes (estas dos últimas sustancias se introducen por primera vez en la encuesta ESTUDES 2012)”. Es decir, con esto se comprueba que cada año aparecen más nuevas sustancias que se deben identificar y estudiar para ver sus efectos y consecuencias. Los porcentajes que representan el consumo de cada una de las sustancias, colocan a las setas mágicas, *spice* y ketamina como las más consumidas, y a las piperazinas, *research chemicals*, *legal*

highs como las menos extendidas. No obstante, se debe de tener en cuenta que las respuestas de los encuestados pueden no ser del todo verídicas, por lo que se ha explicado anteriormente.

Para obtener datos más fiables, se puede tomar como referencia el consumo de por lo menos una ocasión en la vida, ya que debido a la edad de la muestra y el historial de consumo, los indicadores temporales se pueden solapar. Por tanto, el porcentaje es del 3,9%. Como en el resto de sustancias, el consumo se incrementa con la edad, habiendo un salto importante en este aspecto al cumplir los 16 años.

Este grupo de sustancias no representan un porcentaje demasiado elevado en nuestro país y además no se puede ni descartar ni corroborar que este tipo de droga sea causa directa de muertes o intoxicaciones. No obstante, se debe de prestar más atención a dichas sustancias, dado que aún se desconocen las consecuencias a largo plazo de las mismas.

Respecto a la percepción de riesgo de estas sustancias, es mayor a medida que el consumo es más continuado. Un 80% afirma que tienen consecuencias negativas si se consumen en un intervalo de tiempo continuado. Ante un consumo esporádico, sobre todo en el caso de las setas mágicas y esteroides, la percepción de riesgo es menor, siendo el porcentaje correspondiente a aquellos que sí ven el peligro en estas conductas de 65,3%. Existen casos en los que los estudiantes desconocen las sustancias, por lo que no tienen una percepción de riesgo hacia las mismas, representando diferentes porcentajes dependiendo de la sustancia, siendo las menos conocidas *research chemicals* y *legal highs*, desconocidas por un 71,3 % y 72,4% respectivamente. Las más conocidas son los esteroides anabolizantes y las setas mágicas, siendo el porcentaje de aquellos que las desconocen de 42,1% y 42,6%.

En relación a la facilidad a la hora de conseguir una determinada sustancia en 24 horas, realizaron la encuesta entre un 66% y un 26% dependiendo de la sustancia analizada, unos por no conocerla y otros por no querer contestar. Tras la obtención de los datos, se concluye diciendo que la sustancia más fácil de conseguir para ellos era una de las más conocidas, los esteroides anabolizantes (53,9%), seguida de las setas mágicas (52%) y de las metanfetaminas (43,6%). Es decir, las sustancias más conocidas son aquellas que se perciben como más fáciles de conseguir en un intervalo de 24 horas.

Relativo a esos puntos de obtención de la sustancia, un 31% afirma conseguirlas a través de un amigo, un 25% a través de un vendedor, un 21,8% en zonas de ocio y un 12% en las *smart shops/head shops*. El menor porcentaje se lo lleva Internet, representando en España un 9,4%. No es así en la Unión Europea, donde Internet se ha convertido en una vía de difusión de estas nuevas sustancias y en una vía de acceso a las mismas con ofertas más asequibles de las que se encuentran en las calles.

Por último, recalcar el policonsumo como patrón común en el consumo de estas drogas. En ESTUDES (2012), se obtienen resultados que afirman que prácticamente todos aquellos individuos dentro de la franja de edad estudiada (un 98,4%), han consumido otro tipo de sustancia legal aunque fuera una sola vez en la vida. Es decir, no es la primera sustancia psicoactiva que se consume. Respecto al policonsumo con drogas ilegales, para el mismo indicador temporal, el porcentaje es de 85,5%. Con el alcohol y en concreto con el *binge drinking*, es con la droga legal que más se relaciona el consumo de nuevas sustancias: un 80,9% afirma haber hecho *binge drinking* antes de iniciarse en el consumo de nuevas sustancias.

Tras analizar todas las sustancias que conforman el contexto de las drogas para la franja de edad citada, se procede a estudiar más a fondo los patrones de consumo. El policonsumo, aquel consumo que combina diferentes drogas tanto legales como ilegales en un determinado periodo de tiempo. Suele producirse en zonas de ocio y con objetivo lúdico. Acarrea consecuencias muy negativas, como son los solapamientos de efectos de unas y otras sustancias provocando reacciones no esperadas en el cuerpo. Además, incrementa el riesgo de que la adicción se afiance dificultando la solución y la intervención.

Un 44,3% de los estudiantes lo han practicado en el último año, conformando un patrón frecuente entre estos individuos. El policonsumo aumenta con la edad, alcanzando su mayor prevalencia al cumplir los 18 años. En concreto, el porcentaje que nos encontramos al analizar a aquellos estudiantes de 18 años que han consumido tres o más sustancias en el último año es 5 veces mayor que el que corresponde a aquellos que no consumen ninguna sustancia psicoactiva. Es decir, es más común encontrar a estudiantes consumidores.

El 98,6% de los estudiantes que han consumido dos sustancias en el último año, afirman que una de ellas era el alcohol. Para quienes han consumido tres sustancias el porcentaje es de 99,7% y para quienes consumen cuatro un 99,9%. De esta manera, se confirma que “es la sustancia psicoactiva con mayor presencia en el policonsumo” ESTUDES (2012). Esta relación de sustancias es frecuente en ambientes en los que se realiza *binge drinking*. Respecto a la relación del alcohol con sustancias concretas, un 19,6% ha consumido en el último año cannabis y alcohol, siendo el porcentaje más alto. Un 1,6 % lo representa la asociación del alcohol con la cocaína en el último año. La última relación de policonsumo que se establece en ESTUDES (2012), es la del tabaco con el cannabis. 20,9% de la población estudiante los ha consumido en el último año.

Dejando de lado el policonsumo, se establece una relación entre las salidas nocturnas y horas de llegada con el consumo de drogas. Dado que el consumo de este tipo de sustancias se produce en ambientes de ocio, se dedica un apartado a estudiar dichos ambientes y sus variantes, referidos a la “frecuencia de las salidas nocturnas en los últimos 13 meses y la hora de llegada a casa la última vez que se salió por la noche por diversión” ESTUDES (2012).

El consumo de drogas ilegales va ligado a la frecuencia con la que se realizan las salidas, la cual aumenta con la edad. Esto se comprueba extrayendo los porcentajes de la encuesta: un 30,5% de los que salen una noche a la semana las consumen, un 39,3% los que salen dos noches por semana y 45,9% los que salen entre 3 y 4 noches semanales. Si se presta atención a cada sustancia por separado, se ve que en el caso del alcohol está tan generalizado que el porcentaje de los consumidores que lo ingieren no varía con la frecuencia en la que salen. Es decir, aunque sólo salgan una vez al mes lo siguen consumiendo. Otro dato corrobora el hecho de que esta sustancia está ligada a las zonas de ocio y tiene un fin lúdico: un 66,7% de los individuos que no han salido en el último año, no lo ha consumido. En el caso del tabaco, cocaína y del cannabis sí se cumple la regla de proporcionalidad directa: a más frecuencia de salidas mayor prevalencia de consumo.

La hora de llegada a casa puede suponer un factor de riesgo, tal y como se indica en ESTUDES (2012). Primeramente porque el mero hecho de integrarse en las zonas de ocio ya supone un acercamiento a dichas sustancias, y además porque muchos individuos las consumen para aguantar largas jornadas de fiesta o para paliar efectos no

deseados de otras drogas. Los datos afirman que cada vez los adolescentes salen hasta más tarde: el dato más significativo es representado por el porcentaje de personas que vuelven después de las 4 de la madrugada, que se correspondía con un 25,9% en 2006, y actualmente alcanza el 33,8%. Como en el caso del consumo de drogas, a medida que el individuo aumenta su edad la hora de llegada es más tarde, y con ello la prevalencia del consumo aumenta también. De los estudiantes de 14 años que llegaron entre las 4 y las 8 de la mañana, un 90% había consumido drogas ilegales, mientras que el porcentaje de consumidores de drogas que llegaron antes de las 12, es de 56,5%. En relación con el policonsumo, sólo un 23,3% de los jóvenes que volvieron a casa a partir de las 8 de la mañana afirma haber consumido únicamente una sustancia. Es decir, a mayor hora de llegada más probabilidad de policonsumo.

Por último, hablar de las percepciones y las opiniones sociales a cerca de las drogas. La percepción de riesgo puede convertirse en un factor protector o en uno de riesgo. A mayor percepción de riesgo, se convierte en factor de protección de protección. Por ello, es un punto sobre el que es necesario trabajar para prevenir. Respecto al riesgo percibido ante el consumo de diferentes sustancias, el alcohol es la droga vista como menos peligrosa. Sólo un 47,5% de los estudiantes piensa que el hecho de tomar 5 o 6 bebidas alcohólicas los fines de semana ocasiona problemas de salud. Por su parte, la heroína, cocaína y éxtasis son las sustancias percibidas como más peligrosas por un 96% de dichos estudiantes. El tabaco se sitúa como tercera droga más peligrosa cuando se habla del consumo de un paquete al día, dado que se puede afirmar que este riesgo está muy arraigado en nuestra sociedad y que el riesgo percibido es un factor dentro de una tendencia ascendente. También comparando con resultados anteriores se observa que la percepción de riesgo es proporcionalmente indirecta a la edad: a mayor edad menos percepción de riesgo.

En relación a la percepción de disponibilidad, es decir, la dificultad o la facilidad que los estudiantes perciben a la hora de conseguir una determinada sustancia. Obviamente, las que más percepción de facilidad obtienen son las legales (9 de cada 10), seguido del cannabis (69,4%) y los hipnosedantes (53,3%). Es decir, son las drogas más consumidas por los jóvenes entre 14 y 18 años. Esta percepción de disponibilidad ha ido evolucionando desde que se publicó la primera edición de ESTUDES, en 1994. En el caso del alcohol el porcentaje es elevado y estable en el tiempo. El cannabis por su

parte, ha aumentado el porcentaje de aquellos que piensan que se consigue con facilidad 38,4 puntos porcentuales, es decir, se ha generalizado su consumo y por ende su tráfico. La cocaína se encuentra dentro de una tendencia descendente en cuanto a la facilidad en su compra desde 2004. También se encuentra estable la heroína en este aspecto, contando desde el paso de su epidemia de los años 80 hasta la actualidad. Por último, el éxtasis y las anfetaminas están considerados como menos accesibles, disminuyendo 20 y 15 puntos respectivamente desde 1994.

La relación entre el riesgo percibido, la percepción de disponibilidad y la prevalencia del consumo es clara. Las sustancias más disponibles son las que más se consumen, y aquellas sobre las que el riesgo percibido es menor, como el caso del alcohol.

Para acabar con el análisis del documento, se recurre a observar las vías de información acerca de las drogas con las que cuentan los adolescentes. Aunque la mayoría de ellos sienten que ya están informados (72,8%), es necesario conocer mediante qué vías les llega información para poder saber si es válida o está distorsionada, además de conocerlas para llevar a cabo una correcta prevención. A medida que se van haciendo mayores, el sentimiento de estar informados crece. Estas vías de información se corresponden con las charlas o los cursos, familiares, profesores y medios de comunicación, y aquellos que son percibidos como los mejores para proporcionar una información de calidad son los profesionales sanitarios mediante charlas y cursos y las personas que han tenido contacto con las drogas, y después los organismos oficiales e Internet. Partiendo de estos datos, para llevar a cabo una buena prevención es necesaria una mayor implicación del sector sanitario en la vida de los adolescentes, mediante su participación en los centros escolares por ejemplo, a la par que la participación de personas que hayan experimentado con las drogas. Como dato, disminuye la fiabilidad de la información proporcionada por los amigos, lo cual puede significar una disminución de la influencia de los mismos en la prevalencia del consumo o en su inicio. También disminuye la figura del profesor y de la familia como informadores.

