



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Título del trabajo: “Prevención de
drogodependencias en el ámbito educativo”

Autor/es

Ana Puértolas Pesquer

Director/es

Rafael Díaz Fernández

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

2016

Índice

Introducción	5
Justificación	6
Metodología	6
Antecedentes de la Educación para la salud	6
Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia.....	7
Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas	8
Factores de riesgo y protección	15
Factores de riesgo y protección en la escuela	18
El ámbito escolar: espacio importante para la prevención de las drogodependencia	20
Características evolutivas de la etapa de 6 a 12 años	22
I Plan nacional sobre drogodependencia (1985).....	24
Análisis de la realidad	24
Prevención en el ámbito educativo	25
Estrategia nacional sobre drogas (2000-2008).....	26
Análisis de la realidad.	26
Nuevas drogas y nuevos patrones de consumo	26
Las principales tendencias de consumo de drogas	27
Alcohol	27
Tabaco	27
Cánnabis	28
Prevención en el ámbito educativo	28
Estrategia nacional sobre drogas (2009-2016).....	29
Análisis de la realidad	30
Prevención en el ámbito educativo	30
Informe del observatorio español sobre drogas 2015	32
Encuesta EDADES 2013.....	32
Alcohol	33
Tabaco	34
Cannabis	35
Encuesta ESTUDES 2014.....	36
Alcohol	36
Tabaco	37

Cannabis	38
Primer plan autonómico sobre drogodependencia (2005-2008).....	39
Análisis de la realidad	40
Prevención en el ámbito educativo	40
Segundo plan autonómico sobre drogodependencia y otras conductas adictivas (2010-2016)	41
Análisis de la realidad	43
Prevención en el ámbito educativo	44
La tarea docente y el currículo en la educación primaria	47
Plan de prevención sobre drogodependencia, ayuntamiento de Huesca (2011-2017).....	48
Análisis de la realidad	49
Prevención en el ámbito educativo	50
Conclusiones	52
Referencias bibliográficas.....	53

“Prevención de drogodependencias en el ámbito educativo”

“Drug addiction prevention in education”

- Elaborado por Ana Puértolas Pesquer.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2016.
- Número de palabras: 17.918.
- **Resumen**

La escuela es un gran agente de socialización en el que los niños y niñas maduran y desarrollan sus capacidades cognitivas así como sociales. Por ello, tanto el profesor como el centro juegan un papel importante a la hora de prevenir conductas problemáticas como el consumo de sustancias. Esta intervención puede ser realizada desde edades tempranas promoviendo la Educación para la Salud con el objetivo de inculcar autonomía y actitud crítica ante este tipo de situaciones que provocan adicción. Por ello, realizaré un análisis de cómo abordar estos aspectos desde el aula de Primaria así como un recorrido histórico sobre el consumo de sustancias a nivel nacional, local y autonómico y un estudio de los factores de riesgo y protección que llevan a estas conductas, añadiendo una detenida explicación de las diferentes teorías relacionadas.

Palabras clave

Educación para la salud, escuela, factor de riesgo, factor de protección, drogodependencia, prevención.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo valorar la importancia del contexto escolar como herramienta para evitar problemas de drogodependencia que, desafortunadamente, están a la orden del día en nuestra sociedad actual.

Para poder realizar esto de una forma estructurada, se ha comenzado con el análisis de los antecedentes de la Educación para la Salud, así como el de las teorías y modelos explicativos en relación con la drogodependencia. Tras esto, se ha hecho un estudio de los factores de riesgo y protección que llevan al consumo de sustancias y de la evolución que el individuo experimenta durante las etapas de Educación Primaria.

Debido a que el objetivo del trabajo es el estudio de la prevención desde el ámbito educativo, se ha realizado un recorrido histórico acerca de las leyes que sustentan el tema de la drogodependencia en nuestro país. Se ha comenzado a nivel nacional con el análisis de El Plan Nacional de 1985, La Estrategia Nacional 2000-2008 y Estrategia Nacional 2009-2016 y a nivel autonómico, en la Comunidad Autónoma de Aragón, con el análisis del I Plan Autonómico Sobre Drogodependencia (2005-2008), así como el II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2010-2016), y por último, a nivel municipal en la ciudad de Huesca con el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017).

Estas Estrategias y Planes estudiarán, en primer lugar, el análisis de la realidad en la que nos encontramos en ese momento y posteriormente la prevención que se da según el Plan en el ámbito educativo.

Además, para conseguir datos y estadísticas acerca del tema, se ha tenido en cuenta el Informe del Observatorio sobre Drogas de 2015, el cual contiene la encuesta EDADES 2013 (Encuesta sobre alcohol y drogas en España) y ESTUDES 2014 (Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias) a partir de las cuales se ha analizado el consumo de tres sustancias en concreto: alcohol, tabaco y cannabis, por su proximidad en el consumo desde edades tempranas.

Para acabar con este trabajo, se ha analizado el currículo y su implicación con respecto a la Educación a la Salud y la prevención de drogodependencias.

JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias en nuestro país se ha convertido en un problema que afecta a toda la sociedad. La edad media de contacto con sustancias adictivas es cada vez más baja, alcanzando en sustancias como el alcohol y tabaco un comienzo por debajo de los 14 años. La adicción a sustancias legales puede derivar en un consumo de sustancias ilegales y en patrones de consumo problemáticos desde edades tempranas.

Debido a esto, nos encontramos ante un problema social de gran índole, el cual se debe erradicar lo antes posible, poniendo en práctica diferentes recursos y prevenciones, así como concienciando a la sociedad de la gravedad que implica el consumo de sustancias.

Por todo esto, como docentes, tenemos la gran responsabilidad de educar a las nuevas generaciones incidiendo en los factores de protección ante este problema. Tenemos la suerte de trabajar en un lugar que es un gran agente de socialización para nuestros alumnos/as y es nuestra labor educar desde la salud, contando con información de calidad y recursos fiables que nos lo permita. En definitiva, es nuestra tarea ofrecer a los estudiantes una educación integral que les permita adquirir estrategias suficientes para poder actuar con criterio ante situaciones problemáticas que puedan enfrentar en un futuro en relación al consumo de sustancias.

METODOLOGÍA

Esta investigación se ha llevado a cabo a través de un proceso de indagación y búsqueda de evidencias científicas y revisión de fuentes bibliográficas, primarias y secundarias.

Con esta investigación, se ha pretendido conocer la situación actual sobre la prevención de drogodependencias en los centros educativos de Educación Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.

ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) fue fundada en el año 1945 y un año después (1946) nace, en este mismo contexto, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) cuyo objetivo es considerar a la salud como un recurso preciado que va más allá, dando lugar a programas de prevención además de programas de asistencia.

La salud es valorada como derecho primordial para todas las personas según la OMS (Organización Mundial de la Salud), lo que implica que toda la sociedad debe tener acceso a recursos sanitarios básicos.

En 1986, se presenta la “Carta de Ottawa” (Canadá), la 1º Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en la que se relacionan las condiciones sociales y económicas, la salud, los estilos individuales y el entorno físico. Según esta misma carta, se define la promoción de la salud como el proceso por el cual las personas son capaces de controlar su salud con el objetivo de mejorarla.

En 1997 la Declaración de Yakarta (Indonesia) establece cinco preferencias para promover la promoción de la salud en el siglo XXI. Estas preferencias son las siguientes: “aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, suscitar la responsabilidad social, propagar la colaboración para la promoción de la salud, aumentar la capacidad de la comunidad y por último, garantizar una infraestructura para la promoción de la salud”.

Por todo esto, la promoción de la salud permite prevenir la drogodependencia con la ayuda de la Educación para la Salud, a través de la cual los individuos son capaces de desempeñar un adecuado control sobre los aspectos de carácter ambiental así como personal.

TEORÍAS QUE SUBYACEN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA

Para poder realizar una prevención significativa es importante comprender el consumo de drogas y trabajar a partir de un marco teórico general que nos ofrezca información y conocimiento acerca de este tema. Este modelo se basa en la causas del consumo y puede resumirse en tres fundamentos básicos según Becoña (2001) y (2002: 48)

1. Elementos que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo.
2. Secuenciación del consumo de drogas legales a drogas ilegales.

3. Las distintas variables de carácter biológico, sociocultural y psicológico de las cuales depende el inicio del consumo, su mantenimiento y su aumento o no del propio consumo.

El objetivo de establecer estos fundamentos básicos es el de analizar los motivos por los que unas personas consumen drogas y otras no, y de esta manera, poder aplicar estrategias de carácter preventivo.

Un modelo que aboga por la prevención de las drogodependencias es el de la “escalada del consumo de drogas” que mas adelante explicaré.

A su vez, este modelo ha sido confirmado en los estudios de Kandel, 2002 en EEUU y además, ha sido demostrada en España debido a los trabajos de Recio en 1995. Así mismo, Becoña (2002) afirma que:

“Aunque el uso de una droga previa no indica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, si que de aquellos que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana”.

TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Según Becoña (2002), los modelos de consumo y prevención de drogas se pueden clasificar en tres bloques de teorías:

1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.
2. Teorías de estadios y evolutivas.
3. Teorías integrativas y comprensivas.

Las teorías parciales o basadas en pocos componentes están caracterizadas por explicar el consumo de sustancias con muy pocos factores. En este grupo podemos encontrar:

-La teoría o modelo biológico, que consideran la adicción como una causa biológica.

-*La hipótesis de la automedicación*, según la cual se consume la sustancia debido a una necesidad de autorregulación del organismo dada por un consumo previo, (Casas et al., 1992).

-*El modelo de creencias de salud y de competencia*, el cual deriva del modelo de promoción de la salud y de la salud pública. Este modelo tiene dos finalidades: promover la capacidad individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Costa y López, 2000). Además, es un modelo que defiende la importancia de la conducta y su propia regulación para evitar actos de consumo y vulnerabilidad hacia las drogas.

-*Teorías actitud-conducta; teoría de la acción razonada* de Fishbein y Ajzen (1975) y *teoría de la conducta planificada* (Ajzen, 1988). Estas teorías se basan en la demostración de conductas a partir de la condición y creencias del propio sujeto o desde elementos anteriores o intenciones previas relacionadas con su conducta.

-*Teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de estima* de Kaplan (1986) y *la teoría integrativa de la conducta desviada* de Kaplan et al. (1996) y por último, *el modelo basado en la afectividad* (Pandina et al. 1992). La primera teoría, asegura que los adolescentes pueden percibir sentimientos de auto rechazo y un malestar psicológico cuando su conducta es contraria a las expectativas que las personas importantes que le rodean tienen y esto puede crear una necesidad por su parte de respuestas de carácter correctivo y de compensación.

La segunda teoría, sostiene que realizar una acción en contra de la norma es visto como adaptativo por esa persona y esto a su vez, provoca que la persona se involucre en actividades equivocadas que le lleven a disfrutar de estilos de vida y refuerzos que pueden envolver la ejecución de actos de carácter ilegal y una separación de los adultos.

La tercera, asegura que la afectividad es un elemento crucial para poder prevenir el consumo de sustancias puesto que este mismo consumo es explicado por la existencia de una estrecha correspondencia entre el afecto negativo y la vulnerabilidad al abuso de sustancias. Por lo que aquellas personas que estén privadas de refuerzo positivo son más propensas a considerar interesante el consumo de sustancias ilegales.

-*Las teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos*: afirma que el consumo de sustancias puede derivar de trastornos en el sistema familiar o consumo de sustancias por parte de algún miembro de la familia. (Waldrom, 1998).

-*Modelo social de Peele* (1985): asegura que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino la forma en el que la persona experimenta la práctica y su respuesta hacia ella. Este autor afirma que la adicción es vista por los consumidores como una forma de escapar de situaciones impuestas por la propia sociedad.

En el segundo grupo de teorías, encontramos las teorías de estadios y evolutivas. Estas teorías están basadas en la evolución de la persona con respecto a su madurez para poder explicar el consumo de sustancias. En este grupo podemos encontrar las siguientes teorías:

-*El modelo evolutivo de Kandel* (1975), conocido como el de la escalada, en el que se explica que el consumo de sustancias ilegales sigue unos pasos sucesivos, empezando con el consumo de drogas legales y sustancias de iniciación y acabando con el consumo de sustancias ilegales. Este modelo proviene de la teoría de la socialización y se destacan cuatro fases por las que los consumidores de drogas ilegales pasan antes de llegar a consumirlas: 1) Consumo de cerveza o vino; 2) Cigarrillos o licores; 3) Marihuana; 4) Otras drogas ilegales (Becoña, 2002: 140). Por lo que se afirma que el camino al consumo de sustancias ilegales comienza con el consumo de sustancias legales aunque esta secuencia no es siempre igual. Además de esta sucesión, también se relaciona el consumo con dos factores importantes en la vida del individuo como son el ámbito familiar y el grupo de iguales.

-*El modelo de estadios o etapas* de Werch y Diclemente (1994): este modelo está basado en una secuencia de estadios: 1) Cuando no se contempla utilizar drogas; 2) Cuando se piensa iniciar el consumo; 3) Cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) Cuando se produce el inicio del consumo; 5) Cuando se continua consumiendo. Este modelo pretende que la prevención se base en procurar que los individuos no superen el primer estadio (cuando no se contempla utilizar drogas) o bien que no sobrepasen el estadio cuatro (cuando se produce el inicio del consumo), es decir,

que los individuos nunca sobrepasen la etapa de experimentación dando lugar a un consumo habitual.

-*El Modelo transteórico del cambio* de Prochaska y Diclemente (1992), explica los diferentes estadios que una persona supera en el proceso de cambio de una conducta. Este modelo se ha aplicado al ámbito de las drogodependencias así como a otros ámbitos como el de la violencia de género. Los estadios propuestos son los siguientes:

-Pre-contemplación: es la primera etapa y en ella, el sujeto no es consciente de su situación por lo que se dan actitudes de negación de la conducta problema.

-Contemplación: la persona comienza a ser consciente de su problema pero sin embargo, no se plantea ninguna solución a su conducta desviada.

-Preparación para la acción: es el estadio en el que la persona comienza a plantearse soluciones a su problema y por tanto decide hacer algo al respecto.

-Acción: se comienzan a llevar a cabo distintas acciones para abordar el problema y conseguir objetivos.

-Mantenimiento: la nueva conducta comienza a ser un hábito y por tanto permanece en el tiempo. En este estadio se deben utilizar diferentes recursos para evitar la reincidencia de la conducta problema.

-Finalización: la conducta problema es erradicada y el problema se da por solucionado.

-*El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes* de Kim et al. (1998) o *efecto Pigmalión* o *modelos de comunicación de expectativas*, estos modelos aseguran que la familia es un factor primordial en la socialización del individuo pero no es el único, puesto que también interviene la unión del individuo con la sociedad. Esta vinculación con la sociedad se da a partir del aprendizaje social y de los estados-expectativas. La teoría del aprendizaje social se basa en la imitación (condicionamiento vicario) acompañado de los procesos de reforzamiento y castigo. La teoría de los estados-expectativas da respuesta a la relación entre el modo en el que pensamos y la forma en las que somos vistos y tratados por los demás.

-*El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas* de Labouvie (1996), se basa en la autorregulación. Sus elementos claves son el control personal y la eficacia. Si estos elementos clave fallan o si el individuo no presenta metas personales factibles, se puede dar lugar a sentimientos de carácter depresivo o frustrante, por lo que el individuo se puede encontrar vulnerable con respecto al consumo de sustancias. Este modelo demuestra que con el paso del tiempo, existe un descenso en el consumo de sustancias por parte del individuo, en sus amigos y un aumento de parejas que se casan, por lo que el consumo de sustancias se reduce debido a un proceso de madurez al que se tiende conforme se avanza en edad.

-*La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz* de Newcomb (1996), afirma que asumir roles adultos durante la adolescencia puede conducir al individuo a una adquisición de habilidades psicosociales y por tanto, esto interferirá en el éxito de estos roles cuando el individuo sea adulto. En esta teoría se dan dos momentos de vital importancia en el desarrollo del individuo: la transición de la infancia a la adolescencia y el cambio de la adolescencia a la adultez temprana, por lo que el factor biológico cobra gran importancia en esta teoría.

-*El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas* de Glantz (1992), se fundamenta en los factores de riesgo en relación con el origen del abuso de sustancias. Difiere de otros modelos en su orientación psicopatológica y la introducción de los antecedentes de su primera infancia. Glantz asegura que muchos individuos que reúnen varios factores de alto riesgo, nunca llegarán a ser consumidores porque también pueden experimentar un conjunto de factores de protección que contrarresten los factores de riesgo. Glantz aboga por la prevención efectiva y las intervenciones de tratamiento tempranas.

-*El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas* de Chatlos (1996), se trata de un modelo que tiene en cuenta tres factores que actúan de forma separada en distintos puntos del tiempo: en la predisposición o antecedentes (genéticos, constitucionales, psicológicos y socioculturales), en el uso de drogas (de iniciación o progresión) y en un sistema permitido. Por lo tanto, la prevención se daría teniendo en cuenta estas etapas.

-*La teoría de la socialización primaria* de Oetting et al. (1998), teoría que surge para resolver limitaciones de teorías anteriores ya que no se indican los elementos de unión entre unos elementos y otros. Esta teoría está centrada en las conductas problemas siendo el consumo de drogas una de ellas. Parte de la base de que todas las conductas sociales pueden ser aprendidas aunque la base biológica de la conducta humana sea irrefutable. El uso de drogas forma parte de las conductas sociales desviadas y es aprendido en el proceso de socialización primaria.

Por último, el tercer gran grupo de teorías son las Teorías integrativas y comprensivas. Las teorías integrativas son las que se basan en la integración de diversos elementos de distintas teorías y las teorías comprensivas son las que permiten explicar por sí solas el problema. Dentro de este grupo encontramos las siguientes:

-*La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social* de Bandura (1986), el componente principal de esta teoría es la autoeficacia, y de esta manera, explica la conducta teniendo en cuenta diferentes aspectos como la adquisición, el mantenimiento y el cambio de la misma. Por lo que el individuo depende de la interacción de la conducta, los factores personales y su relación con el ambiente. Se trata de una de las teorías más importantes en cuanto a la realización de programas de prevención de drogodependencias.

-*El modelo de desarrollo social* de Catalano, Hawkins et al. (1996), este modelo propone que la conducta prosocial así como la conducta antisocial parte de procesos de desarrollo similares. Se da una gran importancia a los factores de riesgo y protección. Se asume que el ser humano realiza actos con el objetivo de obtener satisfacción e integra la teoría del control, teorías del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial.

-*La teoría interracional de Thornberry* (1987), combina la teoría del control social y la teoría del aprendizaje social. Esta teoría afirma que la conducta desviada es el resultado de la débil unión del sujeto con la sociedad convencional, además de un pobre ambiente social donde esta conducta puede verse aprendida y reforzada. Si el sujeto tiene relaciones convencionales con su familia, su grupo de iguales y un buen desempeño académico es menos probable que caiga en la conducta problema.

-*La conducta problema* de Jessor y Jessor (1977), esta teoría ha servido de punto de partida para la elaboración de la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, la cual considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. La pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación conducen a una parte de la población adolescente a estar “en riesgo”. Por lo que se pretende reducir los factores de riesgo y a su vez, acrecentar los factores de protección abogando por un cambio en el estilo de vida. Desde esta teoría, se elimina gran carga de responsabilidad al individuo y se responsabiliza también al contexto social por contener conductas de riesgo.

-*El modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan* de Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992), de esta teoría surge un programa de prevención de la drogodependencia, el cual es muy usado en España. El programa se llama “Tú decides” y se basa en los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias, además de incluir distintos elementos que han resultado eficaces en la última década. Este modelo considera que la droga es un elemento pero no es lo único que nos debe preocupar, puesto que dentro de los factores de riesgo podemos incluir la coherencia social, los hábitos de consumo de la sociedad, familia, escuela, compañeros, personalidad y actitud y experiencia con otras drogas y su consumo. Por ello, la prevención está orientada a actuar sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma.

-*La teoría de la influencia triádica* de Flay y Pretraitis (1995), se trata de una teoría comprensiva, la cual considera distintos niveles para poder explicar las causas de la conducta. Estos niveles van de los más cercanos a los más lejanos, relacionándolos con tres grupos de influencia: 1) Las influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, 2) Las influencias contexto-situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo las creencias sociales normativas; y, 3) Las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia. Además, entre estos grupos de influencia existen diferentes interacciones. Por lo que mediante esta teoría se afirma que la conducta es resultado de la persona, el ambiente y la situación.

- *Programa de las habilidades para la vida* de Botvin y cols. (1998) y Hannsen, (1992), se trata de un programa que hace especial hincapié en la adquisición y mejora de diferentes habilidades y estrategias para poder afrontar situaciones. Un ejemplo de ello es el trabajo y desarrollo de la aserción, adquisición de habilidades para la solución de problemas, técnicas de relajación y toma de decisiones.

-*El modelo de autocontrol* de Santacreu et al. (1991-1992), se basa en el autocontrol y parte del modelo biológico, psicológico y social (bio-psico-social). Se considera que el problema proviene de la necesidad del adolescente de conseguir otros tipos de refuerzos externos a los que ya tiene, refuerzos diferentes al refuerzo paterno y de esta manera, conseguir cierta capacidad de autocontrol.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Antes de elaborar cualquier programa de prevención de drogodependencias es necesario analizar y conocer los factores de riesgo y protección como punto de partida para elaborar programas de prevención efectivos. De esta misma forma, al elegir un programa de prevención, también debemos prestar especial atención a la situación de un modo realista y objetivo, para así, poder actuar conforme a las necesidades particulares.

Se considera factor de riesgo a “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992: 15). Sin embargo, un factor de protección es “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992: 16).

Por lo tanto, los factores de riesgo y protección podrían estudiarse desde distintos medios. El medio familiar ocupa un lugar destacado en la socialización del sujeto puesto que es donde la persona comienza a aprender, observar conductas y donde el individuo va a adquirir las normas sociales y valores para la vida. Este medio influye en el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente. Además de la familia, la escuela y los compañeros y amigos continúan con el proceso de socialización hasta la adolescencia.

Durante esta etapa, el niño se va a encontrar con diversos factores de riesgo y protección que van a proceder de su propio ambiente y medio social, de su familia, de sus compañeros y amigos y de su sistema escolar, además de factores que serán inherentes a su persona. Por tanto, la prevención consiste en disminuir los factores de riesgo a la vez que se aumentan los factores de protección. El consumo de sustancias suele ir ligado a conductas problemáticas (conductas antisociales, problemáticas o desviadas) por lo que, identificar a aquellos adolescentes más vulnerables a estos problemas nos ayudará a prevenir el consumo de drogas, a la vez que se mejora el bienestar psicológico y social de la persona.

En definitiva, es en la adolescencia donde debería haber un gran desarrollo de factores de protección ya que, tal y como afirman Newcomb y Bentler (1986, 1988), el uso de drogas en la adolescencia temprana está relacionado a una asunción prematura de roles de adultos. Así pues, el consumo de drogas puede estar asociado al desarrollo precoz pero también puede estar ligado a la disfunción psicosocial unido a una falta de madurez y de habilidades.

El *modelo epidemiológico del uso de drogas* (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999), asegura que el consumo de sustancias está más influenciado por el número que por el tipo de factores de riesgo a los que la persona se enfrenta. Por lo que cuanto mejor conozcamos los factores de riesgo y protección, mejor conoceremos los motivos por los que la persona consume sustancias ilegales o no las consume.

Los factores de riesgo y protección más distintivos relacionados con el consumo de drogas pueden ser agrupados en seis: individuales, iguales, familia, escuela, comunidad y por último, sociedad. Gardner et al. (2001), publicaron un listado de factores de riesgo y protección elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention donde podemos encontrar lo siguiente:

Tabla 1. Factores de riesgo y protección

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
<u>Individual</u>	Rebeldía, amigos que se implican en conductas problemáticas, actitudes a favor de la conducta problema, iniciación temprana de la misma, relaciones negativas hacia los adultos y propensión a buscar riesgo o a la impulsividad.	Implicación prosocial, refuerzos y reconocimientos, creencias saludables, claros estándares de conducta, sentido positivo de uno mismo, actitudes negativas hacia sustancias y relaciones positivas con adultos.
<u>Iguales</u>	Asociación con iguales delincuentes que consumen sustancias, asociación con iguales que rechazan el empleo y susceptibilidad a la presión de los iguales negativa.	Implicación en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda u otras, la resistencia a la presión de grupo y la dificultad para ser influenciado por otros iguales.
<u>Familia</u>	Historia familiar de conductas de alto riesgo, problemas de manejo de familia, conflictos y actitudes parentales e implicación en la conducta problema.	Desarrollo del apego, creencias saludables y claros estándares de conducta así como altas expectativas parentales y un sentido de confianza básico y dinámica familiar positiva.
<u>Escuela</u>	Temprana y persistente conducta antisocial y fracaso académico desde la escuela primaria así como un bajo apego.	Implicación prosocial, refuerzos, oportunidades de implicación, creencias saludables, cuidado y apoyo por parte de los profesores y un clima instruccional positivo.
<u>Comunidad</u>	Disponibilidad de drogas, Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo, transición y movilidad y bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria.	Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad, descenso de la accesibilidad de la sustancia, normas culturales que otorgan altas expectativas para los jóvenes dentro de la comunidad.
<u>Sociedad</u>	Empobrecimiento, desempleo y empleo precario, discriminación y mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación.	Mensajes en los medios de comunicación de resistencia al uso de drogas, descenso de la accesibilidad, incremento del precio a partir de los impuestos, aumentar la edad de compra y acceso y leyes estrictas para la conducción bajo consumo de sustancias.

Es importante conocer los factores de riesgo y protección para poder realizar una prevención más significativa. Tal y como asegura (Becoña, 2002), cuanto más y mejor se conozcan los factores de riesgo y protección, no solo conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas sino que los programas preventivos serán cada vez más adecuados y eficaces.

Factores de riesgo y protección en la escuela

Dentro de la escuela, se pueden considerar diversos factores de riesgo más contextualizados a este ámbito. Los factores de riesgo que podemos hallar en la escuela son los siguientes: el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el tamaño de la escuela, el apego a la misma y la conducta antisocial en la escuela.

-Bajo rendimiento académico y fracaso escolar, es uno de los principales factores de riesgo que se dan desde la escuela pero, sin embargo, no está relacionado con la capacidad intelectual del individuo sino que en la mayoría de los casos se vincula al clima familiar, el barrio en el que se vive, el apego social etc. La familia juega un importante papel al transmitir unas expectativas u otras con respecto a su etapa escolar.

-Tamaño de la escuela: al igual que en una ciudad grande es más probable encontrar barrios y zonas marginales, el tamaño del colegio también influye en esta misma dirección. Un mayor tamaño de la escuela puede llevar a una falta de control de los profesores sobre todo sus alumnos o una falta de implicación y esto a su vez envuelve un mayor descontrol y una posible aparición de problemas o conductas problema que queden sin solucionar.

-Apego a la escuela: el bajo interés por la escuela es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas. Esto es así debido a que si el individuo no va a la escuela, utilizará ese tiempo en realizar otro tipo de conductas probablemente adultas o no normativas para su edad. Además, el individuo sentirá una gran libertad y puede implicarse en actividades de carácter antisocial. Por ello, el consumo de sustancias tanto legales como ilegales se hace más probable en este caso. Por lo que es importante que, tanto por parte de la familia como por parte de la escuela, se establezca un control de asistencia al aula puesto que en caso contrario, se puede entrar en un círculo vicioso del que luego es muy

complicado salir como es el abandono de la escuela y la realización de conductas problema.

-Conducta antisocial: este tipo de conducta en la escuela implica problemas importantes de comportamiento así como una falta de disciplina. En esta misma línea, este tipo de problemas puede conducirnos a un fracaso escolar, a una falta de autoestima y a un mal comportamiento. Además, esta conducta está estrechamente ligada con el consumo de drogas e incluso con una iniciación temprana de las mismas.

Desde la escuela, se pueden reforzar también los factores de protección que conllevan a la toma de decisiones con criterio ante el consumo de sustancias. Estos factores de protección deben ser trabajados y fomentados desde el ámbito escolar y todos ellos tienen que ver con hábitos saludables:

-La autoestima: el autoconcepto que uno tiene sobre sí mismo es una gran herramienta para poder abordar distintas situaciones y decisiones. Desde la escuela, se debe trabajar este factor de protección formando estudiantes seguros de sí mismos y con una autoimagen positiva. Esto se puede trabajar con el uso de refuerzos, apoyos y recompensas, reconociendo sus éxitos y tomando sus errores como un modo de mejorar para la realización de próximas tareas.

-La autonomía y la responsabilidad: la responsabilidad a la hora de tomar decisiones así como la autonomía juegan un importante papel en la prevención del consumo de sustancias. Poder enseñar a afrontar retos y posibles conflictos que puedan surgir en la vida cotidiana se convierte en un aprendizaje vital. La resolución de conflictos y el manejo de su autocontrol se convierten en factores de protección decisivos.

-Competencia para las relaciones interpersonales: para un óptimo desarrollo psíquico es necesario contar con un desarrollo social de calidad. El grupo social es un factor determinante para el consumo o no de sustancias. Por ello, trabajar desde el aula habilidades comunicativas proporciona el favorecimiento de relaciones interpersonales positivas lo que se vincula al desarrollo de habilidades para establecer relaciones satisfactorias con el entorno inmediato. Desde el colegio, se debe tener en cuenta que la sociabilidad no es algo innato, sino algo que se aprende, y como docentes tenemos la

responsabilidad de enseñar a nuestros alumnos y alumnas a adquirir esta competencia social con éxito.

EL ÁMBITO ESCOLAR: ESPACIO IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIA

Como afirman Díaz y Sierra (2008) en el documento “Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección”, la escuela es un importante ámbito en el cual desarrollar la prevención de drogodependencias. Esto es así porque la escuela es un agente de socialización en el que se realiza un importante proceso madurativo y en el cual se pueden detectar los principales factores de riesgo, que pueden llevar al consumo de sustancias desde edades tempranas. Además, es desde donde se puede promover la Educación para la Salud y por tanto realizar una prevención de valor.

La escuela no solo juega un papel importante a la hora de aprender y estudiar diferentes materias, sino que también es vital para desarrollar los procesos de evolutivos del propio individuo. Por ello, es en la escuela donde diversos factores de riesgo individuales pueden aparecer y determinar el consumo o no de sustancias ilegales. Los factores de riesgo individuales que pueden darse son los siguientes: baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, falta de autonomía, falta de responsabilidad y por último, dificultad para manejar la ansiedad.

-Baja autoestima: problemas como la baja confianza en uno mismo, la gran influenciabilidad y el fracaso escolar pueden ser factores de riesgo frente a las drogodependencias y es por ello, por lo que debemos trabajar estos aspectos en la escuela para poder mejorar la autoestima de nuestros alumnos reforzando sus éxitos, enseñándoles a valorar sus trabajos de forma positiva y valorando sus capacidades.

- Poca tolerancia a la frustración, debido a no saber asumir sus propios fracasos, no respetar las normas o reaccionar de forma agresiva en ocasiones. Todo ello debe ser trabajado desde la escuela promoviendo el hábito de trabajo en grupo, no haciendo públicos malos resultados o encargándoles tareas motivadoras.

-La falta de autonomía también debe ser mejorada en la escuela asignando responsabilidades claras y reforzando sus conductas de autonomía. Las personas con

falta de autonomía suelen ser incapaces de organizarse por sí mismas y esto puede conllevar estilos de vida poco saludables.

-Falta de responsabilidad, como elemento vital para el cumplimiento de las tareas diarias y la dificultad de hacerse cargo de los actos que uno mismo comete. Esto debe ser trabajado delegando en los alumnos cierta responsabilidad en sus tareas y redactando entre todo el aula normas de disciplina que se deben cumplir.

-Dificultad para manejar la ansiedad, que origina situaciones con respuestas agresivas e impulsivas así como un abandono frecuente de las tareas antes de finalizarlas. Por ello, desde el aula se debe trabajar la ansiedad mostrando actitudes tranquilas y relajadas hacia estas conductas agresivas y reforzando aquellas tareas que hayan sido terminadas.

Como ya se ha comentado anteriormente, es importante incluir la Educación para la Salud de forma transversal en el currículum de manera que, desde la escuela se puedan trabajar diferentes habilidades para promover estilos de vida saludables y de esta forma evitar factores de riesgo y potenciar factores de protección. Tal y como se afirma en el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016), “la educación para la salud debe estar incluida en diferentes niveles de la programación educativa como el Proyecto Curricular de Centro (PCC), la Programación General Anual (PGA) y el Plan de Acción Tutorial (PAT)”.

Uno de los programas escolares de Educación para la Salud ofrecido en la Comunidad Autónoma de Aragón y dirigido a alumnos y alumnas de Educación Primaria es “La Aventura de la Vida”, cuya finalidad es la prevención de las drogodependencias en el aula.

Este programa se puso en marcha en el curso 2005-2006 y está dirigido al alumnado de segundo y tercer ciclo de Educación Primaria. Está basado en trabajar el desarrollo de habilidades para la vida y en definitiva, ofrecer Educación para la Salud a los alumnos y alumnas con el objetivo de prevenir posibles factores de riesgo con respecto al consumo de sustancias. Este programa será posteriormente explicado en profundidad en el apartado del II Plan Autonómico de este mismo trabajo.

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS

La prevención de drogodependencias desde la escuela puede parecer una prevención muy temprana en la que los individuos implicados no se encuentran todavía en situaciones de contacto con sustancias. Sin embargo, cada vez es más común realizar prevenciones a este tipo de problemas sociales desde la escuela. Estas prevenciones se basan en desarrollar habilidades sociales y conciencia hacia su propio desarrollo saludable, el cual implicará la adquisición de factores de protección y por tanto, una toma de decisión responsable frente a la posibilidad de consumir sustancias en un futuro.

Por ello, es interesante conocer las diferentes características evolutivas por las que los niños y niñas de la etapa de Educación Primaria (de 6 a 12 años) pasan durante su escolarización, ya que se trata de un periodo en el que se producen importantes cambios en el desarrollo del individuo así como en su concepción social y su propia identidad.

Según Jean Piaget, el aprendizaje se basa en una construcción constante de nuevos significados y su teoría del desarrollo cognitivo (1960) da lugar a cuatro estadios o cuatro etapas; la etapa sensomotriz (de 0 a 2 años), la etapa preoperacional (de 2 a 7 años), la etapa de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años) y por último la etapa de las operaciones formales (de los 11 años en adelante).

Las etapas que interesan con respecto al presente trabajo son las correspondientes a la etapa de educación Primaria, es decir, la etapa de las operaciones concretas y la etapa de las operaciones formales.

Tal y como se afirma en el libro *Psicología del desarrollo para docentes*, capítulo 1, la naturaleza humana en la psicología del desarrollo, (Martín. C., Calleja. I., Navarro. J. 2009), la etapa de las operaciones concretas es el periodo en el que comienza el pensamiento lógico o lo que se llama el “uso de la razón” asociado a objetos concretos por lo que se desarrolla una inteligencia concreta.

La etapa de las operaciones formales da lugar a un pensamiento abstracto y a su vez a un pensamiento de carácter hipotético deductivo a partir del cual se van desarrollando de forma más amplia actitudes de respeto y tolerancia. Esta última etapa tiene gran importancia con respecto al tema que estamos tratando puesto que es en ella, en donde

se logra una formación continua de la personalidad así como una evolución de los conceptos de carácter moral del individuo.

Otra teoría de este mismo autor Jean Piaget a tener en cuenta con respecto a este trabajo, es la teoría de la Moral Heterónoma y la Moral Autónoma recogidas en su libro “Le jugement moral chez l’enfant”, (1973). Según esta teoría existe un tránsito entre la moral heterónoma (realismo moral) que se da entre los 5 y 10 años y la moral autónoma (relativismo moral) que se da desde los 11 años en adelante. Las características más importantes de estas dos etapas son las siguientes:

-Moralidad heterónoma (5-10 años): basada en la autoridad y la presión del propio adulto sobre el niño al imponer normas, inculcando la noción de justicia e injusticia vinculada al cumplimiento o no de estas normas y al castigo o recompensa que conllevan. Se trata de una moralidad que cobra valor en las relaciones del adulto con el niño.

-Moralidad autónoma (11 años en adelante): esta moral parte de la cooperación entre iguales. Se trata de una etapa de respeto mutuo y reciprocidad que conlleva el bienestar social común y en definitiva, se trata de la moral del adulto.

Por todo esto, la meta educativa en la etapa de Educación Primaria aborda aspectos intelectuales así como cognitivos y morales que afectarán al propio desarrollo del niño o niña a lo largo de su vida y es, desde el ámbito escolar, desde donde debemos trabajar diferentes aspectos socio-personales (autoestima, autonomía, responsabilidad y relaciones interpersonales) ofreciendo así una Educación Integral de calidad.

Debido a la necesidad de una Educación Integral en las aulas, existen diferentes Planes para abordar esta carencia. Un ejemplo de ello es El Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES, 1997) que ofrece actividades de prevención compatibles con las diferentes asignaturas y por tanto, se integra de forma completa en el currículo escolar. Este Plan propone la actuación en cuatro aspectos claves con respecto a la prevención del consumo: valores, actitudes, competencia individual para la interacción y toma de decisiones. La ventaja de este Plan es que se trata de un modelo que encaja en cualquier contexto escolar y a partir del cual la prevención se trabaja desde las actividades o

técnicas que mejor se adecuen a las necesidades de los alumnos y alumnas y del profesorado.

I PLAN NACIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIA (1985)

Análisis de la realidad

El Plan Nacional sobre Drogodependencia de 1985 se origina en un contexto en el que el tráfico de drogas, su consumo, así como la inseguridad ciudadana que esto provoca, va en aumento. Además, existe una importante insuficiencia de datos estadísticos y científicos acerca del tema y drogas como la heroína desencadenan el consumo de otro tipo de sustancias como la cocaína. Así mismo, el consumo del alcohol continúa siendo un grave problema y a esto se suma el consumo del cannabis considerado como droga de gran aceptación entre los más jóvenes y de consumo frecuente.

Tal y como afirma Torres, M.A en el libro “Historia de las adicciones en la España contemporánea”, la heroína es la sustancia más importante de la época y la que originó “el problema de la droga” en los años 70 y 80.

La falta de información acerca del consumo de sustancias es preocupante y por ello comienza a funcionar el sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías en 1987 (SEIT) así como el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías (SAIT) con el objetivo de hacer saber a la sociedad el problema en el que estamos inmersos. Además, se inició el Observatorio Español sobre Drogas en 1997 (OED) a partir de la recogida de información acerca de todas las sustancias psicoactivas que preocupaban a la sociedad. Cabe también destacar la insuficiencia de servicios sanitarios en el ámbito de la drogodependencia en esta época, los cuales fueron aumentando creándose servicios de carácter asistencial públicos.

Este Plan Nacional sobre Drogas de 1985 surge para dar respuesta al fenómeno global de uso y abuso de drogas en nuestro país así como para frenar y reducir el consumo de las mismas, que provoca inseguridad ciudadana y marginalidad. Sus ejes de actuación se basan en trabajar la prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción y evaluación.

Además, una de las ideas principales de este Plan es la de conseguir un extenso acuerdo social contando con la cooperación y coordinación interinstitucional e interterritorial para a partir de ello, crear una política coherente sobre la cual se pueda controlar y evaluar su eficacia. Debido a este Plan, cada Comunidad Autónoma tiene libertad de organización de aquellos objetivos y áreas propuestos por este Plan.

Prevención en el ámbito educativo

En cuanto a la prevención educativa, este Plan se realiza teniendo en cuenta la política de Educación para la Salud creándose diversas pautas de prevención e información. Entre ellas, cabe destacar:

- Información al profesorado dada por formación sobre el tema hacia monitores y profesores de Aulas Ocupacionales, creando materiales didácticos para la educación en este ámbito.
- Jornadas de trabajo sobre prevención de Drogodependencia en el medio escolar.
- Investigación llevada a cabo por estudios y dictámenes previos a las medidas de prevención en el medio escolar para poder adecuar la prevención a la realidad social en la que nos encontramos.
- Educación Compensatoria favoreciendo el empleo y la inserción social de los más jóvenes.
- Inclusión de la Educación para la Salud en el currículo para formar profesionales conscientes de este problema.

En resumen, este Plan, no solo se centra en la prevención educativa basándose en pautas de Educación para la Salud sino que es un Plan que también apuesta por la asistencia, rehabilitación y reinserción de aquellas personas inmersas en hábitos de drogodependencia así como en la ejecución de sistemas informativos sobre toxicomanías y en potenciar recursos para tratar de erradicar un problema que afecta a toda la sociedad de una forma u otra.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS (2000-2008)

Análisis de la realidad.

Durante los años 90 se produjo en España una década de cambios en donde la presencia de las drogas sufrió importantes transformaciones, lo que produjo situaciones diferentes y más complejas que en la década de los 80.

Anteriormente, la droga que requería más dedicación era la heroína. Sin embargo, durante esta época podemos observar una estabilización e incluso un descenso en su consumo. Lamentablemente, esto no quiere decir que su consumo o sus consecuencias se hayan erradicado puesto que se sufrirá durante años las consecuencias debidas a ella. Sin embargo, a pesar de que el consumo de drogas ilícitas siga presente en nuestro país, se está reduciendo paulatinamente por lo que la preocupación social relacionada a este fenómeno está disminuyendo.

Todos estos cambios en los patrones de consumo así como en el tipo de sustancias consumidas requerían una actualización del Plan Nacional Sobre Drogas anterior (1985) para dar lugar a un Plan actualizado con la sociedad en la que nos encontramos, lo que originó el Plan Nacional Sobre Drogas 2000-2008.

Nuevas drogas y nuevos patrones de consumo

Desde comienzos de los 90 aparece en nuestro país una nueva tendencia relacionada con patrones de consumo de nuevas sustancias.

Se ha dado una importante relevancia social a las que se denominan como drogas de síntesis puesto que su expansión ha sido muy notable en un corto espacio de tiempo.

Lo más llamativo de estas sustancias es su forma de consumo por los sectores más jóvenes. Estos consumos suelen darse durante el fin de semana, en espacios tanto locales como públicos y con el principal objetivo de divertirse. Esto provoca cambios en su rutina horaria a la hora de salir, así como consumos en la vía pública y diferentes conductas que ensalzan este fenómeno.

Un aspecto a destacar conforme al modelo anterior es que estos consumos no abarcan problemas de integración social o contracultural como puede ocurrir en el Plan Nacional sobre Drogas de 1985, sino que estamos ante nuevas formas sociales que

damnifican a grandes grupos de jóvenes cuyos ritmos de vida están relativamente regularizados y cuyas rutinas de fin de semana incluyen el consumo de distintas sustancias como base de su divertimento y socialización con sus iguales.

Las principales tendencias de consumo de drogas

Según la Estrategia Nacional sobre Drogas de 2000-2008, las principales tendencias en el consumo de drogas atendiendo a las tres sustancias que nos interesan analizar por su vinculación con la Educación Primaria y Secundaria son las siguientes:

Alcohol

El alcohol es una sustancia muy consumida de forma habitual por la población más joven. Según la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 1994-2006), entre los estudiantes de 14 a 18 años, el 79,6% lo habían probado alguna vez, un 74,9% lo habían consumido en el último año y un 58% de ellos, lo habían consumido en el último mes. Entre los más jóvenes, el consumo de alcohol posee unas características muy distintivas; se suele dar en lugares lúdicos y vías públicas produciéndose su consumo mayoritariamente en fines de semana. Haciendo que el alcohol forme parte de la socialización entre iguales y por tanto, se produzca un aumento de episodios de consumo extensivo o problemático entre los jóvenes que beben.

El alcohol es una sustancia que va de la mano de una gran tolerancia por parte de la sociedad y por ello, una insuficiente percepción del riesgo que conlleva. Todo ello, dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a su prevención.

Tabaco

El tabaco es la segunda sustancia más consumida por la sociedad española. Las generaciones más jóvenes de hoy en día se inician antes en el hábito de fumar. Según la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 1994-2006) en 2006, un 46,1% de los estudiantes afirmaban haber consumido tabaco alguna vez, un 34% en el último año y un 27,8% en el último mes. El consumo aumenta con la edad y está más extendido entre chicas y chicos en todas las

edades. A pesar de ello, se muestra un descenso importante en el 2006 con respecto a años anteriores.

Cánnabis

Esta sustancia es consumida cada vez más por la población juvenil durante estos últimos años. Se puede confirmar que ha habido una expansión de la misma así como un consumo extenso de derivados de esta droga como el hachís.

Según la Encuesta Estatal Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 1994-2006), el cannabis se convierte en la sustancia ilegal más consumida por los estudiantes de entre 14 a 18 años. En 2006, un 36,2% lo habían consumido alguna vez en la vida y un 29,8% en el último año. Por último, un 20,1% habían sido consumidores de esta sustancia durante los últimos 30 días. Por lo que el cannabis implica ser la droga ilegal más consumida en edades tempranas y la sustancia que puede desencadenar el consumo de otras drogas ilegales.

Prevención en el ámbito educativo

El Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008 establece sus bases prioritarias en prevenir consumos y consecuencias de sustancias como el alcohol, el tabaco y consumos derivados de ello con fines recreativos, por lo que los objetivos de este plan abarcan intentar inculcar una modificación de las conductas sociales que promueven el consumo de sustancias. La prevención se estructura teniendo en cuenta distintos principios de actuación, prioridades y objetivos.

Dentro de los ámbitos prioritarios de intervención encontramos el ámbito escolar. Las distintas actuaciones en este ámbito tienen como objetivo implicar al conjunto de la comunidad educativa, es decir, involucrar tanto a profesores como alumnos/as, padres y madres. Esta estrategia de actuación debe tenerse en cuenta desde la educación para la salud como material trasversal, según la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo español, LOGSE, 1990.

Además, todo ello deberá verse complementado con intensas intervenciones hacia aquellos grupos que estén afectados por el fracaso escolar.

Todas estas actividades se desarrollaran en el colegio, siendo dirigidas por el profesorado y serán integradas en actividades escolares y extraescolares como parte del centro. Es importante que estas actividades formen parte del proyecto educativo de centro y se realicen con continuidad durante el curso e incluso durante toda la escolarización, evitando que su actuación sea simplemente esporádica.

Se considera de vital importancia que los profesores cuenten con apoyo informativo de profesionales de este ámbito con el fin de abordar distintos problemas que puedan surgir durante la ejecución de estos programas.

También resulta de gran importancia que el profesor se vea apoyado por el uso de materiales de prevención que estén adaptados a la etapa en la que se aplican y que hagan especial hincapié en los riesgos que el consumo del alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos conllevan.

Por último, se debe trabajar de la misma forma actitudes hacia el cuidado de la salud, problema sociales y de presión de grupo, autoestima y otro tipo de indicadores que se consideran vitales para la prevención frente al consumo de drogas. Todos estos materiales deberán ser experimentados y anteriormente contrastados para ofrecer una prevención de la cual se puedan obtener resultados significativos.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS (2009-2016)

Tras la aplicación de la estrategia anterior (Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008), se configura una nueva Estrategia Nacional que servirá como marco de referencia para todas las organizaciones sociales y Administraciones públicas. Además, es una Estrategia que aspira a ser un importante punto de referencia para promover el interés común por lograr una disminución considerable del consumo de drogas.

Esta Estrategia, aporta cambios significativos con respecto a la evolución que ha habido en este tema; cambios en los perfiles de los consumidores, conocimiento de nuevas sustancias, incremento de trastornos mentales asociados a los consumos, las causas y consecuencias de consumidores del pasado, la creciente preocupación del trafico de drogas con respecto al crimen organizado, la necesaria investigación de la drogodependencia, y la necesidad de ampliar e individualizar los programas de actuación y programas preventivos con respecto a este tema.

La actual Estrategia presenta cambios de mejora en ámbitos de prevención y reducción de riesgos así como una especial atención a los factores de riesgo que se sitúan en personas de mayor vulnerabilidad. Por lo que esta Estrategia hace especial hincapié en el ámbito educativo.

Análisis de la realidad

Desde el comienzo del Plan Nacional sobre Drogas (a mediados de los 80) se ha experimentado una clara evolución en el perfil de las personas consumidoras de sustancias. Se comenzó con una especial alarma en la heroína cuyo perfil de consumidor era el de personas en situación marginal.

A mediados de los 90 estos perfiles cambiaron y se llegó a lo que se conoce como “consumo recreativo” ampliando el tipo de sustancias y su consumo a momentos de ocio entre los más jóvenes. Poco a poco, el consumo de drogas se comenzó a ver como la entrada a la vida adulta y a la integración con iguales.

Durante los años 2000-2008, periodo de vigencia de la segunda Estrategia Nacional sobre Drogas, los elementos más destacados con respecto al consumo fueron la estabilización del consumo de heroína y el aumento de frecuencia de consumos intensivos de alcohol entre los más jóvenes. Así como el cannabis pasó a ser la droga ilegal más consumida en España seguido de la cocaína.

Con respecto al tráfico de drogas y sus aspectos asociados podemos afirmar que España se encuentra en un lugar idóneo por su situación geográfica (ya que es un punto de entrada a Europa tanto por el continente africano como por América). Sin embargo, la producción de drogas en España es mucho menor que el tráfico que hay en ella. Actualmente, se ha registrado un mayor número de denuncias por posesión de drogas como el cannabis y la cocaína.

Prevención en el ámbito educativo

La prevención del consumo de sustancias propone desarrollar una conciencia social con respecto a la importancia de los problemas que su consumo acarrea así como aumentar las habilidades de resistencia a la oferta de drogas y conseguir retrasar la edad del contacto con las mismas. Así también, se considera importante diferenciar el

“consumo habitual” del “consumo ocasional” por sus diferencias a la hora de abordar el problema.

Por lo tanto, los programas y las actuaciones preventivas deben tener presente los distintos contextos y elementos que hacen que diversos grupos de población se conviertan en aquellos grupos con mayores factores de riesgo a la hora de consumir sustancias. También se promulga el apoyo a los Planes Autonómicos en el desarrollo de diferentes procesos basándose en resultados de distintas evaluaciones.

Así pues, la comunidad educativa juega un importante papel para evitar ciertos consumos. Para la eficiencia de esta comunidad es necesaria la implicación de tres elementos que la constituyen (alumnos, familias y profesorado) con una coordinación adecuada de los mismos, añadiendo diversos recursos sanitarios y sociales del propio territorio.

Por lo tanto, la Estrategia actual (2009-2016) con respecto al ámbito educativo resalta lo ya mencionado en la Estrategia anterior. Esta estrategia nos dice:

Para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación del sistema educativo, de los servicios sociales y sanitarios y, especialmente, del conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en el ámbito de la atención primaria. Su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible. (Estrategia Nacional Sobre Drogas, 2009-2016, p.67).

Como se ha dicho, el ámbito de actuación recoge diversos tipos de intervenciones de las cuales debemos asegurarnos que todas ellas sean de calidad. Por ello, desde esta Estrategia, también se desarrollan las competencias profesionales de los distintos grupos, especialmente aquellos grupos que promocionan estilos de vida saludables y un mejor desarrollo de la salud para la comunidad (centros educativos entre ellos). Por lo tanto, esta Estrategia propone:

Facilitar al profesorado formación e información fiable que incluya criterios de valoración, así como de aplicación de contenidos y métodos apropiados a cada etapa evolutiva. Complementariamente, es conveniente promover y facilitar la implicación

voluntaria de adolescentes con interés en participar en intervenciones de prevención entre iguales. (Estrategia Nacional Sobre Drogas, 2009-2016, p.88).

INFORME DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS 2015

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) tiene como objetivo aportar una perspectiva global de la transformación y características del consumo de sustancias ilegales y los problemas vinculados a ello en España y de esta forma, poder ser conscientes de la realidad en la que nos encontramos socialmente con respecto al tema de las adicciones y poder actuar conforme a ello. Toda esta información viene de la mano de dos encuestas relevantes: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2013) y la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2014), ambas realizadas de forma bienal.

Encuesta EDADES 2013

La encuesta EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España) se realiza en España teniendo en cuenta a la población residente en hogares de 15 a 64 años y se lleva a cabo en el domicilio. Su objetivo es conseguir información relevante para posteriormente poder plantear y evaluar medidas concretas de prevención del consumo de sustancias ilegales.

A través de esta encuesta se puede afirmar que en 2013, las sustancias con mayor prevalencia de consumo en el último año son el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%) seguidas del cannabis (9%) y por último la cocaína (2%). La edad media de consumo se mantiene estable siendo el inicio más precoz el dado por el alcohol (17 años) y por el cannabis (19 años).

En cuanto a las diferencias según el sexo del consumidor, son los hombres los que realizan un mayor consumo de sustancias exceptuando el consumo de hipnosedantes. Cabe también destacar la gran diferencia entre hombres y mujeres con respecto al consumo de cocaína (los hombres llegan a consumir tres veces más esta sustancia que las mujeres) y el cannabis cuya diferencia es de 8 puntos porcentuales.

A continuación, voy a realizar un análisis de las tres sustancias que más nos interesan siguiendo la línea del presente trabajo por su relación y consumo desde edades tempranas: el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Alcohol

El alcohol continúa siendo la sustancia de carácter psicoactivo más consumida por la sociedad. Su prevalencia es estable presentando niveles altos desde los años 90. Se estima que al menos un 5% de la población tiene un consumo de alcohol de riesgo.

Además, con respecto a esta sustancia existen diferentes patrones de consumo como pueden ser los consumos intensivos, concentrados mayoritariamente entre la población de 15 a 34 años entre los que 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado alguna vez durante el último año. Otro tipo de consumo que se ha vuelto común a lo largo de los últimos años es el consumo en atracón de alcohol (binge drinking). Aun considerando que en el año 2013 su prevalencia se ha mantenido estable con respecto al año 2011, este consumo se ha triplicado en la última década y este tipo de ingesta suele darse entre los grupos sociales de entre 20 a 29 años, relacionándolo con un consumo recreativo del mismo. Además, se observa que aquellos jóvenes que han realizado botellón durante los últimos 30 días, presentan una mayor prevalencia en el consumo de otro tipo de sustancias como pueden ser el cannabis o la cocaína.

Por lo que con respecto al alcohol podemos observar la siguiente evolución, teniendo en cuenta las distintas prevalencias en el consumo y el paso de los años:

Tabla 2. Prevalencia en el consumo de alcohol

Prevalencia / Año	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3
Últimos 30 días	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4

Por lo que se puede afirmar que el consumo de alcohol ha permanecido constante con respecto a años anteriores.

El alcohol es una sustancia a la que en general, no se percibe como peligrosa. Cabe destacar que solo la mitad de la población de entre 14 y 18 años considera que beber 5 o 6 combinados/cañas durante el fin de semana puede conllevar diversos problemas.

Tabaco

El tabaco es una de las sustancias más consumidas por la población. El 31% de los encuestados han consumido esta sustancia en el último mes. Aunque se puede observar una estabilización desde el año 2007 de entre el 30% y 31% para fumadores de consumo diario. En 2013, se registró que casi 150000 personas comenzaron a fumar, siendo preocupante el dato de personas que comienzan a fumar en edades tempranas con una tasa de 62,3/1000 habitantes en personas menores de 18 años.

El progreso en el consumo del tabaco en los últimos 30 días se ha visto disminuido con respecto a años anteriores (desde 1997 hasta 2013). Sin embargo, su consumo sigue presentando cifras elevadas y preocupantes.

Tabla 3. Prevalencia en el consumo de tabaco

Prevalencia / Año	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1
Últimos 12 meses	46,8	44,7	46	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7
Últimos 30 días	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3

Esta sustancia sigue consumiéndose en la sociedad. Sin embargo, la percepción del riesgo asociado a su consumo cada vez es mayor y casi la totalidad de la población joven (>90%) afirma que los cigarrillos pueden ocasionar diversos problemas de salud. Esto implica que al haber una mayor percepción del riesgo, su prevalencia en el consumo disminuya.

Cannabis

El cannabis es la tercera sustancia más consumida por la población y la droga ilegal más consumida por los jóvenes. Su consumo presenta una estabilización en el consumo diario. Sin embargo, es importante recalcar que la edad media de inicio de esta sustancia se sitúa en los 19 años y que su prevalencia de consumo se encuentra entre las personas de entre 15 y 34 años, habiendo un mayor consumo entre personas de 15 a 24 años. Lo que implica que se trata de una sustancia que afecta a la sociedad en general, pero sobre todo a aquellos grupos sociales más jóvenes, habiendo una mayor proporción de consumidores problemáticos entre ellos (4,4% de 15 a 24 años y 3,5% de 25 a 34 años). Además, otro dato interesante es que en 2013 hubo más personas que se iniciaron en el consumo de cannabis que en el consumo de tabaco. La evolución en el consumo de esta sustancia se ha realizado del siguiente modo:

Tabla 4. Prevalencia en el consumo de cannabis

Prevalencia / Año	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4
Últimos 12 meses	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,4
Últimos 30 días	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6

Como ya he mencionado anteriormente, esta sustancia es consumida por grupos sociales desde edades tempranas. Además, la juventud tiene una ínfima percepción del riesgo que consumir esta sustancia implica, a pesar de presentar consecuencias físicas, sociales y psicológicas.

En cuanto a la edad y sexo relacionadas con el consumo de sustancias, podemos observar que las sustancias legales son más consumidas por la población de entre 35 a 64 años. Sin embargo, aquellas sustancias de carácter ilegal son más consumidas por los colectivos más jóvenes por ser asociadas en muchas ocasiones a consumos recreativos y modos de socialización e integración. En estos últimos años, el consumo de sustancias

se da en mayor medida entre las personas de 15 a 34 años exceptuando el consumo de hipnosedantes.

Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres también son notables puesto que en general, los hombres consumen mayor cantidad de sustancias que las mujeres. Por ejemplo, en 2013, un 37,2% de las mujeres han consumido tabaco en el último año frente a un 44,2% de los hombres. Esto ocurre también con el alcohol; un 73,4% de las mujeres han consumido alcohol en el último año en comparación con un 83,2% de los hombres. Esto es así con todas las sustancias analizadas exceptuando los hipnosedantes que duplican el consumo para el último año en mujeres (16%) frente a un 8,5 % de los hombres.

Encuesta ESTUDES 2014

La encuesta ESTUDES (Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, 1994-2014) tiene como finalidad realizar un estudio de la realidad actual y su evolución en cuanto a los consumos teniendo en cuenta edades de inicio, riesgo de cada sustancia y los tipos de prevención que los estudiantes valoran como más efectivos, así como las consecuencias que el consumo de diversas sustancias conlleva. La encuesta se realiza a estudiantes de Educación Secundaria de entre 14 y 18 años.

La encuesta ESTUDES nos permite analizar el consumo de las tres sustancias que nos interesan (alcohol, tabaco y cannabis) con respecto a la población más joven. En general, se puede observar como el consumo de sustancias ha disminuido con respecto a encuestas anteriores, aunque su consumo sigue siendo un problema que urge abordar.

Alcohol

Aunque es cierto que el consumo general de sustancias ha disminuido, el consumo de alcohol presenta una tendencia preocupante y estable. Sin embargo, el consumo intensivo del mismo ha ido a menos. Con respecto a esta sustancia, existen diversos modos de consumirla y centrándonos en la población más joven, es habitual que se den consumos como el botellón, binge drinking, borracheras e incluso consumos de riesgo asociados al fin de semana. En cuanto a los distintos modos de consumo y la edad en la que se realiza podemos observar lo siguiente:

Tabla 5. Modos de consumo del alcohol según la edad

Modo de consumo / Edad	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Binge drinking (últimos 30 días)	14,2	24,6	37,1	44,2	50,6
Borracheras (últimos 30 días)	7,6	14,9	26,4	33,1	37,5
Botellón (últimos 12 meses)	34,9	51,2	64,3	72,0	71,9
Consumo de riesgo (fin de semana)	14,4	24,2	37,2	44,0	47,6

Estas cifras nos permiten afirmar que el alcohol es una sustancia popular entre los más jóvenes y que sus consumos se realizan durante la semana, habiendo un pico de prevalencia en el fin de semana, cuando se realizan más consumos de riesgo.

Tabaco

En cuanto al consumo de tabaco, se puede afirmar que nos encontramos ante mínimos históricos y su tendencia de consumo desciende de forma mantenida. Además, los consumidores habituales de tabaco también han reducido su consumo pasando de 6,2 cigarrillos de media al día en 2012 a 5,6 cigarrillos en 2014.

Es importante señalar que también se ha reducido el porcentaje de estudiantes que viven en hogares donde se fuma habitualmente, dándose un descenso de hasta 18 puntos porcentuales desde 1994 hasta el 2014, lo que implica que se disminuirá esta conducta en estudiantes de cierta manera.

El consumo de tabaco de la siguiente tabla va desde el año 1998 hasta el 2014 para poder analizar el consumo a partir de la nueva década teniendo en cuenta distintas prevalencias:

Tabla 6. Prevalencia en el consumo del tabaco

Prevalencia/ Año	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Alguna vez en la vida	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4
Últimos 30 días	31,9	32,1	29,4	28,7	27,8	32,4	26,2	29,7	25,9
Diariamente en últimos 30 días.	23,1	23	21	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5	8,9

Fuente: ESTUDES 2014 (Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias)

Como ya he comentado anteriormente, el consumo de tabaco presenta cifras claramente descendentes en todas sus prevalencias a lo largo de los años. Además, se puede observar como los consumidores de esta sustancia de forma diaria han ido disminuyendo y en 16 años ha disminuido su consumo hasta 14 puntos porcentuales.

Cannabis

El consumo de cannabis presenta una tendencia descendente pero sin embargo, sigue habiendo grupos de estudiantes (de entre 14 a 18 años) que comienzan a consumir esta sustancia (146.200 en 2014). El consumo de esta sustancia es más predominante en hombres que en mujeres para todos los grupos de edad y sus características de consumo pueden ser muy variadas. Un 65,6% de los consumidores, fuman principalmente marihuana y un 9% consumen hachís. Sin embargo, existe un 24,4% que fuma de ambos tipos y un 86,5% que mezclan el cannabis con el tabaco.

La evolución que el consumo de cannabis ha seguido en esta última década en función de sus prevalencias en el consumo ha sido la siguiente:

Tabla 7. Prevalencia del consumo de cannabis

Prevalencia / Año	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Alguna vez en la vida	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33	33,6	29,1
Últimos 12 meses	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6	25,4
Últimos 30 días	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1	18,6

Fuente: ESTUDES 2014 (Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias)

Por lo que se puede observar como en el año 2004 se dio un pico en el consumo para todas las prevalencias. Sin embargo, es a partir de este año cuando los consumos de cannabis se han ido reduciendo poco a poco. Aunque es preocupante observar como aumentan los consumidores habituales de cannabis así como los consumos de riesgo que esta sustancia implica. El consumo problemático de cannabis es más extendido por los varones que por las mujeres y va aumentando con la edad (7,9% de 14 años y 18,2% de 18 años).

PRIMER PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIA (2005-2008)

En la Comunidad de Aragón, como en el resto de España, se dio una preocupación acerca del consumo de sustancias desde la década de los 80 con el consumo de heroína y en los años siguientes con nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo que iban apareciendo en nuestra sociedad. Fue a partir del Primer Plan Nacional sobre Drogas (1985) cuando las Comunidades Autónomas se vieron financiadas para crear redes asistenciales propias con el objetivo de subsanar el problema que la drogadicción estaba generando en nuestro país.

El Primer Plan Autonómico sobre Drogodependencia ha sido generado con el objetivo de atender y prevenir conductas adictivas en la Comunidad de Aragón, valorando los problemas sociales que derivan del consumo desde distintos ámbitos, y teniendo en cuenta las características propias del territorio así como su sociedad.

Análisis de la realidad

En estos años, se presenta en Aragón una gran preocupación por el uso y abuso de diferentes sustancias. El consumo de alcohol sigue siendo un hábito que presenta un gran problema en la Comunidad de Aragón. Junto a él, se añade el consumo de tabaco que aunque se ha estabilizado, los niveles en los cuales se encuentra estable siguen siendo muy preocupantes. Además de ello, se suman sustancias como la cocaína, anfetaminas o el cannabis que han aumentado su consumo durante estos últimos años. Un consumo ligado a un consumo experimental que proviene de la población más joven.

Con respecto a la población más joven (de 14 a 18 años), es preocupante observar como la percepción de riesgo en relación al consumo de sustancias es muy baja (excepto con la heroína), por lo que existe una predisposición y una falta de rechazo que se traduce en un factor de riesgo importante. A esto se suma la facilidad del acceso de sustancias en espacios públicos de ocio y la falta de valoración por parte de los jóvenes sobre la información que reciben acerca de las drogas.

Prevención en el ámbito educativo

Los objetivos y actuaciones de este Plan abordan diferentes ámbitos. Uno de ello y de gran importancia, siguiendo la línea de este trabajo, es el ámbito educativo. La escuela es un lugar idóneo para promover la Educación para la Salud, y este tipo de educación debe ser integrada en el currículo. La prevención es un objetivo fundamental dentro de este ámbito y esta prevención debe ser incluida en el proyecto educativo y curricular del centro. Además, es de gran importancia contar con el apoyo del profesorado y la colaboración de toda la comunidad escolar (padres, madres y alumnado) para poder conseguir una conciencia y unas habilidades y estrategias que promuevan la salud.

Este Plan establece objetivos fundamentales con sus diversas actuaciones para que éstos puedan ser cumplimentados:

-El primer objetivo se fundamenta en la necesidad de integrar la Educación para la Salud dentro del currículo y sus actuaciones estarán basadas en integrar contenidos y conductas de prevención dentro de la Ley Educativa de la propia Comunidad

Autónoma, incluyendo programas educativos adaptados, que nos ofrezcan la posibilidad de ampliar los factores de protección y que promuevan la Salud.

-El segundo objetivo se basa en la importancia de que exista un enlace entre la Educación y los Departamentos de Salud. De esta forma, se pretenderá que exista mayor información y coordinación de la iniciativa de prevención de drogodependencias dentro de la escuela de las diferentes provincias (Huesca, Zaragoza y Teruel).

-El siguiente objetivo tiene como prioridad la detección temprana y la actuación asistencial al alumnado con problemas de adicción. Para poder abordar este objetivo, se pretende que los tutores así como el centro en general, puedan manejar suficiente información como para orientar este tipo de situaciones complicadas en relación al consumo de sustancias.

-Otro objetivo importante es el de asegurar que el personal del centro educativo tenga la oportunidad de manejar información detallada acerca de la prevención de drogodependencias. Para ello, existe un Plan de Formación Anual del Profesorado, en el cual se realizan actividades de prevención de drogodependencias y otro tipo de adicciones. También, se ofrece apoyo a los Centros de Profesores y Recursos (CPR), para que puedan llevar a cabo programas de prevención de adicciones en la escuela, mediante asesores de la Educación para la Salud.

-Además, otra finalidad importante es promover la salud de los adolescentes a partir de sus propias actitudes, estrategias, habilidades sociales, recursos propios y pensamiento crítico y de esta manera, ofrecer también actividades de ocio saludable.

-Por último, se debe otorgar importancia a la necesidad de que exista una coordinación y participación entre todas las instituciones que intervienen, creando así vínculos entre la comunidad educativa y los recursos de drogodependencias, a nivel comarcal así como municipal

SEGUNDO PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIA Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS (2010-2016)

Este Plan está sumido en la Ley 3/2001 de reinserción social, prevención y asistencia de drogodependencias, que constituye un cuadro básico de actuación a partir del cual se

afronta el consumo de sustancias psicoactivas y el desarrollo de patologías adictivas. El objetivo principal de esta Ley es conseguir planificar, y coordinar los recursos y actuaciones que se llevan a cabo en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón y que tienen que ver con las drogodependencias.

El Plan Autonómico anterior (2005-2008) fue realizado con el objetivo de darle prioridad a la prevención, dentro de un marco de promoción a la salud y ajustando la asistencia a los nuevos patrones de consumo y problemas ocasionados por ellos. Por lo que, desde este primer Plan se promovía la promoción de los hábitos saludables, la necesidad de intervenciones cuyos objetivos fuesen la prevención y la importancia de incluir dicha prevención en ámbitos como el sistema educativo, comunitario y sanitario.

El Plan Actual (2010-2016) tiene la ventaja de poder añadir la experiencia de lo realizado anteriormente durante el Primer Plan (2005-2008), conservando una perspectiva de Salud Pública y estableciendo aquellos criterios que deben tenerse en cuenta en la Comunidad Autónoma de Aragón hasta el 2016. Además, este Plan se realiza a conciencia simultáneamente con la última Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016).

El presente Plan propone cuatro áreas de actuación que serán las siguientes: prevención, asistencia, sistemas de información e integración social y considera la situación acerca de las adicciones que nuestra Comunidad Autónoma presenta, la evaluación que se dio durante el Primer Plan Autonómico (2005-2008) y la experiencia que el desarrollo de los Planes anteriores otorga.

Además, este Plan incluye como propuesta de prevención distintos consumos de carácter problemático, así como adicciones no ligadas a sustancias que también pueden ocasionar problemas sociales y de salud. Este tipo de adicciones son muy comunes en la sociedad actual y están basadas en el consumo y adicción a las pantallas como es el caso de los teléfonos móviles, Internet o televisión, que en particular se centran entre los grupos más jóvenes de la población y también incluye la ludopatía o las relaciones eróticas de riesgo. Todas estas adicciones podrán ser tratadas desde una misma perspectiva biopsicosocial y por lo tanto, abordadas desde un mismo punto preventivo y terapéutico.

Otra de las características de este Plan es su priorización en cuanto a sus actuaciones de prevención, asistencia y reducción de daños, tratando de realizarlas de forma equitativa dentro de la sociedad y atendiendo a toda la población de la misma manera, incluyendo los sectores más desfavorecidos.

Análisis de la realidad

Para poder analizar la situación que se da en un territorio, se debe contar con diferentes indicadores (directos e indirectos) que nos puedan aportar información fiable y de esta manera, poder realizar una actuación y prevención de calidad. Las cuatro encuestas que nos aportan los indicadores directos para la investigación en la Comunidad Autónoma de Aragón según el Plan Nacional Sobre Drogas son las siguientes:

- (EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España) de 2007.
- (ESTUDES: Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias) de 2006 y 2008.
- Encuesta nacional de salud 2006.
- Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) de 2006.

Los indicadores indirectos están basados en las admisiones de tratamiento en la red asistencial así como las urgencias en hospitales relacionadas con este tema y el número de muertes por abuso de sustancias.

En cuanto al consumo de drogas en Aragón, es preocupante observar como el perfil de consumidor de sustancias ha ido variando desde la década de los 90, en la que la heroína era la droga de ingesta habitual entre los grupos marginales. Actualmente, el perfil del consumidor se basa en jóvenes que consumen desde edades tempranas como parte del proceso de socialización e integración con el grupo de iguales. Este consumo recreativo es, hoy en día, el consumo prioritario para ser analizado. Además, se añaden patrones de consumo como es el policonsumo, o el consumo en forma de “atracción” que se da mayoritariamente con el alcohol.

Afortunadamente, se ha producido una menor prevalencia en el consumo de sustancias a partir de mediados de la década en sustancias como la cocaína y el cannabis, particularmente entre los más jóvenes. Aun con ello, el cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida por los grupos más jóvenes de la sociedad, contando con una prevalencia de “alguna vez en la vida” preocupante y su consumo está a la vez muy relacionado con el consumo de tabaco.

En general, Aragón es un territorio en el que el alcohol es la sustancia más consumida por los jóvenes (84,8% la han consumido alguna vez en la vida), seguida del tabaco (53,1% han experimentado su consumo alguna vez) y por último, es el cannabis la sustancia ilegal más extendida (un 29,5% de la población la han consumido en el último mes) y además, es la sustancia ilegal que tiene más fácil acceso junto con los hipnosedantes.

Debido al problema que el consumo de sustancias provoca en nuestro territorio, se establecen unos criterios de actuación desde distintos ámbitos así como unos objetivos de este II Plan para poder abordar el problema. La finalidad es poder reducir los daños causados por el consumo de sustancias así como reducir el consumo de las mismas para poder asegurar calidad de vida y bienestar a la sociedad en su conjunto.

Una de las áreas de actuación que es II Plan nos ofrece, es la prevención desde el ámbito educativo con diferentes finalidades así como recursos y proyectos.

Prevención en el ámbito educativo

La prevención establecida para el ámbito educativo por el Plan anterior (Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008) estaba basada en “la promoción de hábitos saludables, la prevención de conductas adictivas y la integración y coordinación de los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales de la Comunidad Autónoma”.

Más tarde, La Estrategia Nacional sobre Drogas de 2009-2016 explica la importancia de trabajar las habilidades sociales y personales para reducir los factores de riesgo que se asocian con el consumo de sustancias, y de esta manera, poder retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas así como reducirla. Además, se hace hincapié en la necesidad de formar a docentes para poder trabajar este tema desde el conocimiento.

Este II Plan sigue la misma línea y propone la ampliación y trabajo a partir de la estrategia de Red de Escuelas Promotoras de Salud, dando la posibilidad a las escuelas de incluir la Educación para la Salud en su proyecto educativo así como curricular. Además, desde la escuela se propone tratar la prevención tanto universal como selectiva, y de esta forma, poder atender a aquellos alumnos o alumnas que puedan presentar más factores de riesgo.

Como ya he comentado anteriormente, es de vital importancia poder incluir la Educación para la Salud en todos los niveles de la programación educativa del centro y esto será llevado a cabo desde distintos planes y estrategias:

- Estrategia de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, para poder mejorar los recursos existentes y el perfeccionamiento de la práctica.

- Comisión Mixta Salud-Educación y Comisiones Provinciales para poder coordinar mejor las mediaciones acerca de la prevención en la propia escuela.

- Planes de Formación del Profesorado y de las Federaciones de padres y madres, con el objetivo de informar a la comunidad educativa en su totalidad (padres, madres y profesorado) acerca del problema del consumo de sustancias y su prevención.

- Red de Universidades Saludables para dar lugar a la prevención de la mano de la Universidad de Zaragoza.

Por lo tanto, se puede decir que en general, se aboga por una prevención comunitaria que se realiza teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad y que pretende provocar la participación de colectivos para poder crear redes de información y experiencias. Los ámbitos en los que se da esta intervención comunitaria son espacios de socialización donde se desarrolla el ocio y el tiempo libre. Estos lugares son idóneos para desarrollar actuaciones puesto que es a partir de ellos donde pueden derivar los consumos problemáticos de sustancias o las adicciones de las mismas.

Desde este Plan, se proponen cuatro niveles de prevención: universal, selectiva, indicada y determinada. La prevención universal se basa en trabajar los factores de protección para poder fomentar hábitos saludables y de esta forma, intentar reducir daños en menores de edad y retrasar el consumo precoz. La prevención selectiva está

centrada en aquellos colectivos más vulnerables al consumo de sustancias. La prevención indicada reduce los factores de riesgo para evitar usos problemáticos en aquellos colectivos muy vulnerables y, por último, la prevención determinada tiene como finalidad reducir los daños de las personas que ya padecen una drogodependencia.

Dentro del ámbito educativo, existen múltiples colaboraciones para poder llevar a cabo la puesta en marcha de programas escolares preventivos acompañados de apoyo formativo y actuaciones. El Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es el centro de la Dirección General de Salud Pública y es donde se elaboran y evalúan los programas preventivos de drogodependencias. La Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón junto con la Dirección General de Salud Pública así como la Dirección General de Política Educativa, nos ofrecen diversos programas de prevención de drogodependencias aplicables al ámbito educativo.

Los Programas Escolares de Educación para la Salud son programas educativos que se ofrecen a las escuelas de la Comunidad de Aragón para poder prevenir drogodependencias entre la población más joven. En nuestra Comunidad podemos encontrar los siguientes:

-Órdago: es un programa puesto en marcha en el curso escolar 2004-2005 en Educación Secundaria para poder aportar al alumnado suficiente información y habilidades como para poder afrontar la presencia de drogas y otro tipo de situaciones que pueda crear jóvenes dependientes. Este programa será posteriormente explicado de forma más detallada en el Plan de Prevención de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca.

-Cine y salud: programa puesto en marcha en el año 2000-2001, dirigido a Educación Secundaria. Tiene como objetivo trabajar la educación para la salud y la prevención desde el cine, fomentando el pensamiento crítico y trabajando desde la dimensión social que es donde es más común el consumo.

-La Aventura de la Vida: aparece en el curso 2005-2006 y va dirigido al alumnado de segundo y tercer ciclo de primaria. Tiene como principal objetivo trabajar las habilidades para la vida así como promover estilos de vida saludables. Este programa

será explicado de forma más detallada en el siguiente apartado acerca de la tarea docente.

-Pantallas Sanas: este programa pretende crear hábitos saludables en cuanto al uso de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento.

La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud tiene como finalidad incluir a todos los centros educativos de Aragón en su proyecto de promoción de la salud para la comunidad escolar. Esta acreditación se realiza en la “Comisión Mixta de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte.

Por otro lado, La Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), fue creada en 1996, con el objetivo de promocionar la Educación para la Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón. De esta manera, existen proyectos promovidos por distintas disciplinas: Centros de salud, Centros de Prevención Comunitaria, Ayuntamientos, Centros Educativos etc.

LA TAREA DOCENTE Y EL CURRÍCULO EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA

La escuela es un potente agente de socialización en el que los niños y niñas adquieren habilidades y comportamientos sociales que marcarán su futuro. Por ello, es necesario realizar prevenciones desde este ámbito para poder prevenir consumos que en un futuro puedan ocasionar problemas y adicciones. El desarrollo de la sociedad ha ido demandando a la escuela una educación basada, no solo en un desarrollo cognitivo, sino en una visión más integral de la educación, que forme personas con suficientes capacidades para afrontar distintos tipos de situaciones con criterio como puede ser el consumo de sustancias.

El PIPES (Plan Integral de Prevención Escolar) basa su actuación precisamente en el desarrollo del alumno o alumna proponiendo una prevención mediante el trabajo de las capacidades afectivas y la evolución sociopersonal del propio individuo.

Tal y como se comprende la prevención en el PIPES, el currículo debe trabajarla a partir de tres campos fundamentales:

-*Las áreas*, es decir, trabajar la prevención a partir de los contenidos actitudinales y en menor medida, los contenidos conceptuales y procedimentales de cualquier

asignatura impartida en el aula. Por ejemplo, en el caso de la Educación Física, trabajar no solo el deporte como tal sino también habilidades de higiene y conservación de la salud y fomentar el deporte como una actividad lúdica y de ocio.

-La *transversalidad*, integrando la Educación para la Salud, así como la Educación del Consumidor y la Educación Moral y Cívica, con el objetivo de desarrollar hábitos y costumbres saludables, así como la responsabilidad personal y los principios de autonomía y pensamiento crítico.

-La *Orientación* y la *Tutoría*, de forma en la que se pueda educar de manera personalizada siguiendo las tres líneas propuestas por la propia Educación Primaria: enseñar a ser persona, enseñar a convivir y por último, enseñar a pensar.

En definitiva, utilizar el currículo dándole diferentes perspectivas y logrando una educación integral y de calidad. Además, como ya se ha comentado anteriormente, las escuelas cuentan con programas de prevención que complementan este tipo de educación. Uno de los programas que más nos pueden interesar por su aplicación a la Educación Primaria es La Aventura de la Vida.

La Aventura de la vida es un recurso basado en la Educación para la Salud dirigido a niños y niñas de entre 8 a 11 años. Su objetivo es promover el desarrollo de habilidades sociales y saludables con el fin de favorecer un desarrollo positivo del individuo desde edades tempranas. Este programa se creó en Bilbao en 1989 por la entidad EDEX y trabaja con historias de la vida cotidiana y juegos para poder enseñar a los niños y niñas no una materia en concreto, sino la forma de lidiar con posibles situaciones de la vida de una forma original y lúdica.

PLAN DE PREVENCIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIA, AYUNTAMIENTO DE HUESCA (2011-2017)

En 1986 se creó el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca y a partir de éste se han estado desarrollando criterios de prevención y asistencia en los diferentes ámbitos de actuación (comunitario, educativo, familiar, laboral...). Desde entonces, se toma conciencia de la necesidad de la aparición de un Plan Municipal que establezca las líneas de actuación y los ejes fundamentales vinculándose con la

Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020), el Plan Nacional sobre Drogas (2013-2016) y el Plan Autonómico de Aragón (2010-2016).

Este Plan reúne las diferentes líneas de actuación de los programas y recursos llevados a cabo en el ámbito local, y pretende ser un instrumento de valor para prevenir consumos y adaptarse a la sociedad de hoy en día, siendo a su vez un programa flexible y dinámico en ese aspecto. Además, hará especial hincapié en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad teniendo en cuenta la perspectiva del género, la inmigración y los grupos marginales, tratando de eliminar desigualdades y ofreciendo prevención, detección precoz y reducción de daños y asistencia a todos los grupos de la sociedad de igual manera.

En definitiva, se trata de un Plan cuyo objetivo es mejorar la salud de la población a partir de una organización y planificación desde distintos ámbitos, en el que la salud es el eje fundamental de todo. La aprobación de este Plan se dio en noviembre de 2010 y su vigencia es hasta el año 2017.

Análisis de la realidad

Con respecto al consumo de sustancias y su prevalencia en la ciudad de Huesca, el análisis realizado viene de la mano de una encuesta que nos aporta información de calidad como es la encuesta ESTUDES 2008 (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria) de 14 a 18 años, en la cual se aportan datos de Aragón y más en concreto, de la provincia de Huesca.

En Huesca, como en el resto de España, la sustancia legal más consumida es el alcohol (un 84,7% de los jóvenes la han consumido alguna vez). El tabaco, es la segunda sustancia legal más consumida y sigue creando preocupantes datos de salud, (un 67,1% de los jóvenes han fumado alguna vez). En cuanto a sustancias ilegales, es el cannabis la más consumida tanto por personas adultas (23,3% la han consumido alguna vez), como por la población más joven (46,1% de jóvenes entre 14 y 18 años han consumido cannabis alguna vez en su vida).

La ciudad de Huesca es, por su dimensión y su bajo índice de inseguridad asociado al consumo, un factor de riesgo. Esto es así porque, aun siendo una ciudad, los niños y niñas que comienzan a entrar en la pubertad (12-13 años) ya comienzan a salir con sus

amigos y amigas de forma independiente y pueden estar en contacto con grupos de amigos y amigas más mayores que ya se hayan iniciado o que quieren experimentar con el consumo de sustancias.

Prevención en el ámbito educativo

Desde el punto de vista de la prevención, se puede observar como una de las áreas de actuación es el ámbito educativo. La escuela resulta ser un espacio ideal para poder educar y adquirir habilidades sociales, autonomía y pensamiento crítico. La educación para la prevención dentro de la escuela es una tarea que compete a toda la comunidad educativa (alumnado, personal docente y familias).

Existen muchos motivos por los que la escuela nos facilita acercar este tipo de prevención y Educación para la Salud al alumnado ya que es uno de los principales agentes de socialización, es un espacio idóneo para incidir en los posibles factores de riesgo y forma parte del proceso de maduración del alumnado.

Los objetivos específicos en el ámbito educativo con respecto al equipo docente están basados en la formación acerca de la materia de drogodependencias, para que el propio tutor o profesor/a sea capaz de llevar a cabo programas y afrontar posibles situaciones con respecto a este tema.

En cuanto a los objetivos específicos con relación al alumnado, tienen como finalidad poder inculcar una Educación para la Salud en el propio Proyecto Curricular de Centro, haciendo a los alumnos/as partícipes de su propio proceso educativo y creando una responsabilidad hacia su propia salud y su entorno.

Las acciones preventivas que se llevarán a cabo en el ámbito educativo se encuentran clasificadas en relación al centro docente, en relación al equipo docente y con respecto al alumnado y, en síntesis, se expone lo siguiente:

-En relación al centro docente: se refuerza la creación y aplicación de recursos de prevención en Primaria y en Secundaria así como se realizan colaboraciones entre el Departamento de Salud y Consumo y de Educación y el CPC (Centro de Prevención Comunitaria) del propio Ayuntamiento de Huesca. Además, se evaluarán los programas una vez llevados a cabo con el objetivo de mejorarlos en caso necesario.

-En relación al equipo docente: se prioriza la formación al equipo docente en temas de drogodependencias y se da importancia a la detección precoz de posibles factores de riesgo. Además, se acercaran recursos y medios necesarios para poder trabajar con los alumnos y alumnas y de esta forma, crear profesores conocedores de un tema que afecta a nuestra sociedad actual y que puede trabajarse desde el aula.

-En relación al alumnado: se pretenderá educar creando personas autónomas, responsables y dando la oportunidad a los alumnos/as de secundaria y Programas de cualificación así como Universidad de decidir razonadamente ante situaciones de oferta de drogas. En síntesis, se pretenderá que los alumnos y alumnas sean conscientes de la importancia que el cuidado de la salud conlleva.

Por último, cabe destacar los programas de prevención que desde el Ayuntamiento de Huesca se ofrecen para prevenir consumos y drogodependencias: La Aventura de la Vida (ya explicada anteriormente), Órdago, Retomemos y Drojnet2.

-Órdago: es un programa de prevención de la drogodependencia destinado al alumnado de entre 12 y 16 años de edad. Se basa en el trabajo de habilidades para la vida con la intención de desarrollar el conocimiento acerca de la presencia social y cultural de las sustancias. Es una iniciativa de la entidad EDEX y trabaja a partir de ocho importantes ejes temáticos que son los siguientes: información, creencias, actitudes, influencias, autoestima, toma de decisiones, presión de grupo y tiempo libre. Además, ofrece recursos destinados tanto al alumnado como al profesorado.

-Retomemos: es otro de los programas del grupo EDEX de gran interés en este tema. Está destinado para estudiantes de entre 14 a 16 años y su finalidad es promover el bienestar mediante el trabajo de habilidades para la vida y valores. Se centra sobre todo en una convivencia basada en el respeto y trabaja habilidades cognitivas así como emocionales y sociales.

-Drojnet2: es un programa que pretende beneficiarse del uso de las tecnologías con el objetivo de que los jóvenes participen y se impliquen en la elaboración y el envío de mensajes de prevención y reducción de riesgos con respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. La mayor ventaja de este proyecto es que los propios jóvenes son los protagonistas del mismo.

CONCLUSIONES

-La drogodependencia supone un problema de salud pública, así como un problema de bienestar que afecta no solo a la persona consumidora sino también al ámbito familiar, social y cultural que le rodea.

-Los programas de prevención deben realizarse teniendo en cuenta múltiples factores e informaciones como las tendencias de consumo, los factores de riesgo y protección y basarse en teorías eficaces acerca del consumo de sustancias.

-De las teorías analizadas se pueden destacar la teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1986), así como la teoría del modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat, Amengual, Farrés et al (1992) y el Programa de las habilidades para la vida de Botvin y cols. (1998), como fundamentales para la elaboración de programas de prevención.

-Es necesario el análisis de la realidad de un lugar para poder realizar prevenciones que se adecuen a las características particulares de ese tiempo y territorio. Por ello, es de gran importancia que las Estrategias y Planes propuestos vayan variando con el tiempo al igual que la sociedad evoluciona.

-La edad media de consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco es muy temprana: 14 años.

-Los grupos más jóvenes de la sociedad suelen centrar su consumo en alcohol, tabaco y cannabis y este consumo, puede derivar en consumos de otras sustancias ilegales en el futuro.

-El consumo de sustancias de carácter legal es mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, el consumo de drogas ilegales está más extendido entre los varones.

-El perfil del consumidor ha ido variando a lo largo de los años. En los años 80, la sustancia más consumida era la heroína y estos consumos se asociaban a grupos marginales. Con el paso del tiempo, el consumo de sustancias se asocia a un consumo recreativo y normalizado afectando así, a la población más joven.

-La escolaridad obligatoria (de 6 a 16 años) es una etapa decisiva puesto que se desarrollan múltiples habilidades y estrategias para la vida que pueden suponer factores de protección o de riesgo a la hora del consumo de sustancias en el futuro.

-Los programas de Prevención de Drogodependencias que se dan en los centros de educación de Aragón son: Órdago, La aventura de la vida, Cine y salud y Pantallas sanas. Todos ellos destinados al trabajo de habilidades para la vida y el trabajo en factores de protección.

-En Aragón, el alcohol es la sustancia más consumida con un 80,5%. Aragón es una de las Comunidad Autónomas donde más alcohol se consume. Además, también tiene la edad de inicio en su consumo más temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, D., Freijo, E., y Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Martín Bravo, C. y Navarro Guzmán, J. (2009). *Psicología del desarrollo para docentes*. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.

Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Botvin, G. (1995). *Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos*. *Psicología conductual*, 3, 333-356.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G., y Borrás, M. (1992). *Tú decides*. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición. Palma de Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I., y Tejero, A. (1992). *Las conductas de automedicación en drogodependencias*. En Casas, M. (coord.). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. del Ayuntamiento de Huesca. (2010). *Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017*.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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.

Drojnet2 (2011). Consultado el 3 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://drojnet2.eu>

Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.

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

Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.

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

Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.

Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y 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.

La Aventura de la Vida. (2014). Entidad: EDEX. Consultado el 2 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.laaventuradelavida.net>

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

Megías, E. et al (1997), *Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES)*. Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Primaria. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescent: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2015). *Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Oetting, E. y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- ¡Órdago! *Afrontar el desafío de las drogas*. (2016). Entidad: EDEX. Consultado el 3 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). *Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence*.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas-I. (2005). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza. Dirección General de Salud Pública.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas-II. (2010). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Zaragoza. Dirección General de Salud Pública.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (1999). *Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2009) *.Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Petratis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Piaget, J. (1995). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico del cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp.85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking .Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Retomemos (2016). Entidad: EDEX. Consultado el 1 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.retomemos.com/>.
- Santacreu, J., Froján, M.X y Hernández, J.A. (1991). *El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I)*. Madrid. Revista Española de Drogodependencias, 16, 201-215.
- Santacreu, J., y Froján, M.X. (1992). *El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II)*.Madrid. Revista Española de Drogodependencias, 17, 253-268.
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891.

Torres, M. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Barcelona. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Waldrom, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.

Werch, C.E y DiClemente, C.C (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.