



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Prevención de las drogodependencias en el ámbito
educativo desde el primer Plan Nacional Sobre
Drogas hasta la actualidad

Autor/es

María del Carmen Millán Núñez

Director/es

Rafael Díaz Fernández

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

Año 2015-2016

Índice

1.	Introducción	6
2.	Justificación	7
3.	Metodología	9
4.	Objetivo	9
	Marco teórico	10
1.	Concepto de drogodependencias	10
2.	Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas	12
3.	Evolución y análisis de informes a nivel nacional, autonómico y provincial..	18
	I Plan Nacional sobre Drogas de 1985	19
	Análisis de la realidad.....	19
	Prevención en el ámbito educativo	20
	1ª Estrategia Nacional sobre Drogas de 2000-2008.....	21
	Análisis de la realidad.....	21
	Prevención en el ámbito educativo expuesta en la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2000-2008).....	22
	2ª Estrategia Nacional de 2009-2016	22
	Análisis de la realidad.....	22
	Prevención en el ámbito educativo	23
	I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón (2005-2008)	24
	Análisis de la realidad.....	24
	Prevención en el ámbito educativo	26
	II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón (2010-2016)	26
	Análisis de la realidad.....	27
	Prevención en el ámbito educativo	28
	Plan Municipal en Drogodependencia y Otras Adicciones (2011-2017). Ayuntamiento de Huesca.....	29
	Análisis de la realidad.....	30
	Prevención en el ámbito educativo	32
4.	Educación Para la Salud	33

Prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo desde el primer Plan Nacional Sobre
Drogas hasta la actualidad

Antecedentes de la Educación para la Salud.....	33
5. Infancia. Aspectos psicopedagógicos de la infancia 6-12 años.	35
6. Factores de riesgo y de protección y el modelo teórico que subyace de los programas preventivos de drogas	38
7. Escuela y familia como agentes preventivos en colaboración.....	41
Familia	42
Escuela	44
El ámbito escolar como espacio importante para la prevención.....	45
Conclusiones.....	48
Referencias bibliográficas.....	50
Anexo 1.....	57

Prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo desde el primer Plan Nacional Sobre Drogas hasta la actualidad

"Drug prevention in education from the first National Drug Plan until today"

- Elaborado por María del Carmen Millán Núñez.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Septiembre del año 2016
- Número de palabras:17.991

Resumen

El estudio de investigación que se ha pretendido realizar es un análisis de documentos que se centran en el consumo de sustancias adictivas, donde se detalla la situación del consumo desde 1985 hasta la actualidad partiendo de niveles nacionales pasando por la comunidad autónoma de Aragón y terminando por la provincia de Huesca. Se centra intencionadamente en las medidas de prevención en el ámbito educativo consignado sobre todo a Educación Primaria. Además se nombran algunos conceptos clave en el "mundo de la drogodependencia", los factores de protección y de riesgo, las teorías y modelos que explican el consumo de drogas y, centrándose más en aspectos referidos a la educación, las características psicopedagógicas de la infancia, y el papel de colaboración en prevención entre la escuela y la familia.

Palabras clave

Prevención, escuela, drogodependencias, factores, consumo, familia.

Abstract

The research study has sought to do is an analysis of documents that focus on the use of addictive substances, where consumption situation is detailed from 1985 to the present on the basis of national levels through the autonomous community of Aragon and ending the province of Huesca. It intentionally focuses on prevention measures in the recorded especially primary school education. In addition, some key concepts are named in the "world of drug dependence" protective factors and risk, theories and models that explain drug use and focusing more on aspects related to education, educational psychology characteristics of childhood and the role of prevention collaboration between school and family.

Keywords

Prevention, school, substance abuse, factors, consumer, family.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo está compuesto por tres partes fundamentales: una primera parte compuesta por información recogida acerca del concepto de drogodependencias, junto a las teorías y modelos que explican las causas que provocan el consumo de drogas, y la revisión bibliográfica de documentos oficiales diseñados a nivel nacional, autonómico y provincial en materia de drogodependencias; la segunda parte se adentra en el espacio de la educación a través de la definición de los antecedentes de la Educación para la Salud, seguido de las características de la infancia, el análisis de los factores de riesgo y protección, y la descripción del papel de la escuela y familia en colaboración hacia una misma labor, la prevención; y por último, el apartado de conclusiones.

Se comienza primeramente explicando conceptos clave en materia de drogodependencia. Seguidamente, se hace referencia a las teorías y modelos que explican y dan a conocer las causas del consumo de drogas utilizados como base para elaborar los programas preventivos adecuados.

El análisis de la evolución desde 1985 hasta la actualidad consiste en una revisión bibliográfica de documentos haciendo especial hincapié en el análisis de la situación y de las medidas de prevención en el ámbito escolar. Se inicia con el estudio a nivel nacional del Plan Nacional Sobre Drogas de 1985, en el cual se describe la realidad de los años marcados por la problemática del consumo principalmente de heroína, provocando daños sociales y caracterizados por la falta de servicios de atención. La prevención en las escuelas se inició detectando la población de riesgo. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) recalca un nuevo estereotipo de consumidor de la época y la consumición con fines lúdicos. El papel de la escuela se perfecciona hacia la intervención sobre la enseñanza de hábitos de vida saludables y cuidados personales, así como la insistencia en los factores de protección. La Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016) destaca el inicio temprano del consumo de drogas, la mezcla de sustancias y el espacio-tiempo en el que se consume con finalidad lúdica. Con respecto a la prevención en la escuela, se encarga de incidir en estos espacios de ocio y medios de comunicación con medidas hacia los jóvenes previniendo las posibles conductas de riesgo. También se diferencia el consumidor habitual del puntual. Se nombra también el "Informe de 2013, Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España" del Observatorio

Nacional sobre Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en el cual se analizan los resultados de dos encuestas para conocer las edades de inicio de consumición y otros datos relevantes sobre los jóvenes consumidores de alcohol y tabaco.

A nivel autonómico, se analizan los dos Planes Autonómicos sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Aragón (2005-2008 y 2010-2016). Se enfrentan en ambos a problemas similares a los encontrados a nivel nacional: poli-consumo, ludopatía, edades de inicio temprano, así como nuevas adicciones sin sustancia. La prevención escolar se favorece gracias a la Red de Escuelas Promotoras de Salud y la Red Aragonesa de Promoción de la Salud.

A nivel provincial se analiza el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2011-2017) de Huesca, resaltando los recursos con los que cuenta la ciudad y las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco en su mayoría.

Concretizando en el ámbito de la educación se destacan los inicios de la prevención desde la Educación para la Salud, las características psicopedagógicas del alumnado en cuestión a los que van destinados, los factores de riesgo y de protección que surgen en las vidas de los niños y del papel fundamental que juegan a nivel preventivo la escuela y la familia.

2. JUSTIFICACIÓN

Los motivos por los cuales se ha decidido hacer el trabajo de fin de grado en esta vía de prevención de drogodependencias dentro del ámbito educativo son varios.

Hoy en día el abuso de drogas es uno de los principales y mayores problemas de la sociedad actual y que repercuten en la salud de los individuos. Siendo voluntaria dentro del Centro de Acogida “Vida Nueva” donde se trata con personas en riesgo de exclusión social, me doy cuenta de que la mayoría de los que ingresan reciben tratamientos por problemas de consumo de drogas, y que en muchas ocasiones ha repercutido a una familia entera. No solo es un problema iniciado en los años ochenta que tuvo sus consecuencias tanto inmediatas como tardías, sino que a día de hoy se muestran conductas de este tipo en escuelas e institutos de secundaria a edades tempranas. Gracias a las prácticas de especialidad en pedagogía terapéutica y audición y lenguaje y

mi intervención como voluntaria, he podido ver las repercusiones que tiene el consumo de drogas de padres sobre los niños y cómo afecta en su educación, intereses, conductas y actitudes. Por ello, es importante conocer las medidas preventivas que se pueden tratar en las escuelas de la mano de las familias, los pilares fundamentales de la comunidad educativa y de la vida de los niños principalmente.

Otro motivo por el que se ha decidido elaborar esta investigación, es por la importancia existente y real de la prevención, no reconocida hasta el PNSD de 1985. La historia de cómo se inició la idea de prevenir a la población de conductas dañinas hasta como ha llegado la prevención a estar en manos de la escuela, es un transcurso trascendental para la historia de la educación. Es una investigación digna de estudiar y analizar para ser conscientes de la labor especial que concierne al equipo docente. Es gracias a los planes nacionales, autonómicos y municipales, que como futura docente podré seguir las pautas de prevención descritas en los mismos para dar respuesta a la necesidad existente de cada momento, luchando contra las conductas de riesgo en edades tempranas.

Es necesario conocer la historia del inicio de esta problemática tanto a nivel nacional como autonómico y local para analizar la tendencia y los cambios que se van produciendo y adaptarse al contexto de manera adecuada para dar una respuesta óptima en servicios a la sociedad. Como docentes, la labor de investigación de documentos pasados y de encuestas realizadas, ayuda a poner en marcha los programas preventivos que mejor se adapten al contexto de centro.

En este momento la edad de inicio de consumo de drogas afecta al colectivo en escolarización, quien desde los últimos cursos de Educación Primaria se encuentra a pocos pasos de autodefinirse. Por ello, el ámbito escolar se convierte en un espacio óptimo para tratar la prevención. En medio de los cambios que se producen entre la infancia y la adolescencia, se encuentran ciertos factores que potencian vulnerabilidad ante el consumo de drogas que deben ser conocidos y del que el profesorado se puede percatar detectando conductas y actitudes, e intervenir para que no desemboquen en consumiciones perjudiciales para su salud.

3. METODOLOGÍA

El trabajo se basa en la lectura, indagación y análisis de diversos documentos relacionados con el consumo de drogas y la prevención de drogodependencias. Es un proceso de búsqueda, identificación, selección y extracción de información de documentos desde 1985 que permiten conocer la evolución de la sociedad y la prevención en los centros educativos.

La fuente de información más recurrida es el documento "Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud" elaborado por Díaz y Sierra (2008), del cual se han extraído datos de otros expertos, como Elisardo Becoña. A su vez, de este último se han analizado dos documentos clave: "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención"(2001) y en especial "Bases científicas de la prevención de drogodependencias" (2002) que recogen recopilaciones de investigaciones de autores esenciales en este ámbito. Para la investigación de la evolución, ha sido necesario el estudio del PNSD (1985), la I Estrategia Nacional Sobre Drogas (200-2008) y la II (2009-2016) a nivel nacional, el I Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras conductas Adictivas (2005-2008) y el II (2010-2016) a nivel autonómico, y el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2001-2017). Se hace referencia al "Informe de 2013" (OEDT). Se añade también de gran utilidad "Historia de las adicciones en la España contemporánea" (2009).

Por último, el documento finalizará con una recopilación de los aspectos más importantes recogidos del contenido de la investigación.

4. OBJETIVO

El objetivo de esta investigación es primeramente, conocer la evolución en el tiempo de la situación del consumo de drogas, y de las propuestas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo, y por otra parte, conocer las características del colectivo al que va dirigido y el papel de la escuela principalmente, en colaboración con la familia.

MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTO DE DROGODEPENDENCIAS

Muchos son los casos atendidos acerca de una población guiada por la adicción a las drogas en épocas clave de nuestra historia, y de las repercusiones de su consumo en el ser humano. Consecuencias, no solamente de salud, sino a nivel social, familiar y por supuesto, personal. A lo largo del tiempo se han puesto en marcha una serie de programas preventivos que han provocado el avance del conocimiento y sensibilidad en los ciudadanos disminuyendo el consumo.

Desde el inicio de los tiempos se afirma que las drogas han estado presentes en la humanidad. Estas sustancias se iniciaron de manera natural, pero se ha ido extendiendo el uso de sustancias psicoactivas de carácter nocivo para la salud, y han sido utilizadas con fines diversos (curativos, alterar los estados de conciencia, estimulantes, por ocio). El uso más temido se ha ido generalizando en tiempos de ocio, no solo alterando el funcionamiento del organismo propio de la persona, sino también afectando a la esfera familiar y social.

¿Qué es una *droga*? Según la definición del CIE-10 (OMS, 1992) se entiende por droga a: "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este"(Kramer y Cameron, 1975, p.13). Por *abuso de droga* se entiende "cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o en funcionamiento cerebral"(Schuckit, 2000,p.4). Según el Director técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Eusebio Megías, se añadiría a esta definición la capacidad que tienen las drogas de ir generando una dependencia y tolerancia, convirtiéndose en una área importante en las vidas de los individuos.

Muchas de las drogas sean ilegales (cannabis, cocaína) o permitidas por el estado (alcohol y tabaco) pueden provocar una dependencia. La *drogodependencia* es definida por la OMS (1964) como:

"Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y

generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad"(citado por Becoña, 2008)

Según Becoña (2008), la conducta adictiva se reconoce por la relevancia de la droga en la conducta de una persona, por la pérdida de control e inferencia grave en la vida, por la tolerancia, la abstinencia y por la pérdida de interés por otras actividades gratificantes.

En el DSM IV se establecían los términos de dependencia, y abuso de drogas como diagnósticos distintos. El primer concepto como "un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo" relacionado con la tolerancia, la abstinencia, aumento de la cantidad de la sustancia, deseo de interrumpir el consumo, gran tiempo dedicado a la obtención de la sustancia, falta de interés en otras actividades y la continua toma de sustancias. El segundo término se relaciona con el consumo recurrente de sustancias en situaciones peligrosas, que provocan un incumplimiento de obligaciones y problemas legales, y que el consumo de la sustancia es continuado sin tener problemas sociales o interpersonales causados por el efecto de las drogas. Sin embargo, el DSM V no encuentra esta diferencia sino que establece tres grados: bajo, moderado y severo que determinan el grado de adicción. Además añade el término de *craving* que hace referencia a un "deseo extremadamente intenso irrefrenable de auto-administrarse una sustancia".

Algunas de las drogas que abarcan problemas de dependencia y tolerancia importante según el DSM-V (2013) son diez: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (anfetamina y cocaína), tabaco y otras sustancias. Según la clasificación de drogas de la Organización Mundial para la Salud referida a los efectos que producen, encontramos las drogas estimulantes (activan el SNC), los depresores (disminuyen la actividad del SNC), y por último los psicodélicos (alteraciones perceptivas).

Distintos estudios reflejan que en muchos países es común el caso de una persona que acude en busca de ayuda estando en una situación desbordante en su vida debido a las consecuencias físicas, económicas, familiares, laborales, de salud, etc, que ha producido el consumo de drogas en su vida, y es que el mayor problema no solo se

esconde en los efectos visibles a corto plazo, sino a largo plazo, punto señalado simultáneamente por Becoña (2008).

Pese a toda la nube de información transmitida por los especialistas de prevención que se recibe acerca de la problemática y las realidades históricas de generaciones pérdidas, se sigue percibiendo una falta de conciencia.

Recientes informes de la Agencia Europea Sobre Drogas (OEDT, 2015,p.86) señalan una amenaza próxima de aumento masivo y mundial de la oferta de heroína dirigido a los jóvenes. Otro de los datos preocupantes es la edad precoz de comienzo de consumo en España, de alcohol y tabaco. ¿Puede ser que, de acuerdo con la opinión de Manuel Isorna, de la Fundación Gallega contra el Narcotráfico (2016), por causa de que la generación presente no vio lo que ocurrió a la `generación perdida´ de los ochenta, " se haya perdido la percepción del peligro"?

La prevención de las drogodependencias es la alternativa a todo lo anterior, y es la prevención el concepto clave de este documento.

Los programas de prevención de consumo de drogas, son los que antes de que la persona se adentre en el mundo del conocimiento de sustancias, pueden advertir, concienciar y tomar medidas para que no sea demasiado tarde para las consecuencias venideras. Desde este punto de vista, los docentes tienen un cargo importante en la prevención primaria desde la Educación para la Salud, y en general, invertir en programas de prevención que abarquen a toda la sociedad, modificando todos los factores: individuales, sociales y ambientales.

Una prevención primaria eficaz (antes de iniciar el consumo) basada en la realidad del momento y un modelo teórico factible, evitará prevenciones secundarias (ya se ha iniciado el consumo) y terciarias futuras (evitar recaídas).

2. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Con el fin de explicar las causas del consumo de drogas entre la población surgieron por varios autores, teorías y modelos explicativos del consumo. Estas teorías y modelos con apoyo empírico se emplean para llevar a cabo planes de actuación y estrategias para la prevención del consumo de sustancias.

Según E. Becoña se clasifican en tres grupos esenciales: teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas, y teorías integrativas y comprensivas.

Dentro del primer grupo se encuentran los siguientes modelos:

- *Teorías y modelos biológicos* observan la adicción como trastorno biológico, centrandó su atención en la explicación biológica de las adicciones. Del mismo modo destaca la hipótesis de la automedicación en la que el individuo es consciente de los efectos positivos que le produce el consumo de sustancias provocando la repetición de su acción (Casas et al., 1992).
- El *modelo de creencias de salud y de competencia de Becker y Maiman (1975)* se añadiría a este grupo explicando la adicción desde una aproximación psicosocial en la que se potencia la resistencia del individuo y la protección personal para reducir el consumo.
- *Teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico de Pavlov, condicionamiento operante de Skinner y teoría del aprendizaje social de Bandura)*: basadas en la explicación de la adquisición de conductas, el aprendizaje de nuevas conductas y en cómo desaprender las que ya están en el individuo.
- *Las teorías actitud-conducta* con la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988) las cuales defienden la predicción de las conductas a través de las actitudes y creencias del sujeto o por combinación con otros componentes previos.
- *Las teorías psicológicas* se basan en causas intrapersonales: el modelo de mejora de la estima de Kaplan et al.(1986) afirma que las conducta desviadas de un adolescente no son aceptadas por parte de las personas importantes para él provocando en el individuo sentimientos de autorrechazo y malestar psicológico. La teoría integrativa de la conducta desviada argumenta que cuando el individuo se siente rechazado por sus conductas que no cumplen con la norma y las expectativas que tienen los padres, busca realizar otras no

convencionales para sentirse bien consigo mismo. Por ello, la necesidad de las personas gira alrededor de sentirse aceptado, valorado y apoyado por las personas importantes de su entorno. Por último, el modelo basado en la afectividad de Pandina et al.(1992) relaciona el afecto negativo, el arousal¹ elevado y la vulnerabilidad del abuso de drogas para afirmar el consumo de drogas. La afectividad es la clave para evitar o incrementar el consumo de sustancias de una persona.

- Las *teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico de Waldrom* (1998) parten de que las problemáticas que pueda tener un individuo nace de la expresión de conductas inadaptadas de los miembros de la familia.
- El *modelo social de Peele* (1985) se basa en la reacción, la respuesta que produce en una persona el consumir una sustancia y cómo le afecta, y no en sí la sustancia. En nuestra cultura se puede ver como las adicciones son favorecidas ya que el ser humano se centra en los valores del éxito individual y el logro (Becoña, 2002). Cuando no logra conseguir las metas que se propone llega el momento de huida de la situación utilizando las drogas como vía de escape.

El segundo grupo corresponde a las teorías de estadios y evolutivas basadas en los estadios de maduración de los individuos. Encontramos las siguientes teorías:

- El *modelo evolutivo de Kandel* (1975) afirma que el consumidor de drogas sigue una secuencia de fases en el que el individuo comienza por el consumo de drogas legales y finaliza consumiendo drogas ilegales. La familia y el grupo de iguales son factores esenciales para determinar el consumo.
- El *modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente* (1994) defiende la existencia de una secuencia de estadios que van desde el no consumo hasta el uso continuado de la droga. Estos estadios son cinco: 1) precontemplación, 2) contemplación, 3) preparación, 4) acción y 5) mantenimiento. Dado que los autores defienden las intervenciones

¹Arousal: estado de activación cortical difusa que sigue a la estimulación sensorial. Atención. Diccionario de Psicología de Dorsch.

preventivas según Becoña, se destacan dos niveles de prevención, primario y secundario, para ayudar a adolescentes y jóvenes a evitar el consumo de sustancias.

- El *modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et. al (1998)* se apoya sobre todo en el papel que adquiere la familia y cómo esta influye sobre la vida del joven en todos sus aspectos para su integración en la sociedad; los valores, las expectativas, los apoyos, el apego y cuidado del joven, etc. Es así como a través de la reafirmación de los jóvenes y a través de su integración en la comunidad, ya sea por imitación o por influencias, se determina el consumo o no de drogas.
- La *teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)* propone un modelo basado en la autorregulación donde el control personal y la eficacia según Becoña, son los elementos más importantes. Cuando estos dos elementos no responden correctamente, los individuos se dejan influir en las situaciones de presión de consumo de sustancias. Sin embargo, las personas que se muestran con metas firmes logran posicionarse rechazando las presiones mediante la autorregulación.
- La *teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)* defiende que una llegada prematura de responsabilidades adultas en adolescentes, condiciona la adquisición de habilidades psicosociales en la edad adulta. Al no poner en práctica los roles correctamente, se adentran en el mundo del consumo.
- El *modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)* es un modelo que pretende explicar las causas del consumo a través de los factores neurológicos, genéticos, psicológicos-patológicos, ambientales y sociales, y cómo estos afectan al desarrollo. Para ello, el autor se centra en los antecedentes del desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia con el objetivo de conocer los condicionantes personales y su experiencia con el medio.

- El *modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996)* sigue con la línea anterior con una clasificación por etapas.
- La *teoría de la socialización primaria de Oetting et al.(1998)* se centra únicamente en las conductas sociales, sin negar la base biológica. Transmite que las conductas sociales humanas son aprendidas en el proceso de socialización en el cual influyen fuentes primarias y secundarias, como la familia, la escuela, el grupo de iguales, la personalidad, la comunidad, población, oportunidades, etc. La adicción puede producirse por el resultado de la socialización o por el estilo de vida marcado.

Por último, dentro de las *teorías integrativas y comprensivas* encontramos otro amplio grupo de modelos que explican la conducta del consumo a través de la composición de varias teorías o que por sí solas explican el problema.

- La *teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1986)* es la teoría psicológica primordial considerada como base de diversos programas preventivos. Razona la relación entre los aspectos del aprendizaje, la persona y su cognición, y los aspectos ambientales donde se lleva a cabo la conducta (Becoña, 2002). Bandura se centra en los sistemas implicados en la regulación de la conducta que provocan el inicio, mantenimiento y abandono de las mismas (Díaz y Sierra, 2008).
- El *modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.(1996)* alega que los factores de riesgo y de protección tienen un rol importante en los procesos de desarrollo en las conductas. Los procesos son similares en la conducta prosocial como en la antisocial y el resultado depende de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos a los que el individuo está vinculado. Además, afirma que el ser humano es un buscador de satisfacción y que la conducta que se da, depende del interés percibido en la persona por sus actos (Becoña 2002, p.176).

- La *teoría interaccional de Thornberry (1987)* combina las teorías del control social y aprendizaje social, asegurando que la conducta desviada se da a causa de la vinculación del individuo con un ambiente negativo.
- La *teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1997)* fue propuesta por el autor teniendo en cuenta los factores de riesgo y de protección, las conductas de riesgo y los resultados de riesgo. Viendo efectivamente, que un ambiente de discriminación, desigualdad y pobreza provoca en el individuo la búsqueda de un estilo de vida distinto. Por eso, infiere en la importancia de potenciar los factores de protección como prevención para los jóvenes de estos ambientes.
- El *modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin (1995,1999)* fue utilizado para fundamentar su programa preventivo. Valora los componentes históricos y formativos, los sociales y los personales para explicar la causa de la conducta, entre los que nombra a la escuela y la familia.
- El *modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.(1992)* se empleó para elaborar el famoso programa preventivo «Tú decides» implantado en España y destinado a influir en los factores de riesgo y protección y estilos de vida para evitar el consumo. Calafat aporta gran interés en las áreas de la sociedad, la familia, el uso del tiempo libre, relaciones, actitudes, personalidad, etc.
- La *teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995)* estudia tres grupos de influencia: cultural y ambiental, contexto social e intrapersonal, los cuales influyen sobre las actitudes, las creencias sociales normativas y la autoeficacia respectivamente. Los autores consideran al igual que Bandura, que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente (Becoña, 2002, p.180).
- El *modelo de autocontrol de Santacreu et al.(1991,1992)* parte del modelo biopsicosocial. Explica la causa del consumo por el intento de conseguir una

aprobación o refuerzos alternativos a los que obtiene por parte de la familia, buscando la independencia.

3. EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMES A NIVEL NACIONAL, AUTONÓMICO Y PROVINCIAL.

A lo largo del tiempo el uso de drogas ha ido variando según la época y la consciencia del ser humano de su repercusión sobre la salud.

Durante cientos de años las drogas se emplearon con fines mágicos y como parte de rituales. A mediados del siglo XIX en América y Europa se descubrieron los beneficios de los fármacos, a la vez que se extendió el uso del alcohol y el tabaco sin ningún tipo de control.

No se tenía consciencia de los daños que podían ocasionar el abuso de las bebidas alcohólicas sobre el ser humano hasta que se percibieron los primeros cuadros nosológicos. Muchas de las sustancias no se consumían por sus aplicaciones médicas sino por lo que generaban momentáneamente sobre su sistema para evitar las adversidades de la época o las situaciones personales. En varias ocasiones se tuvo que intervenir a lo largo del tiempo para regular el consumo de alcohol, como sucedió en Inglaterra con la "epidemia de la ginebra" en 1720 (Torres, 2009,p.14).

La extensión del tabaco comenzó en España a mitad de siglo XVI a manos de los colonos de tierras americanas. Comenzaron por los grupos marginales, pero poco a poco y a lo largo del tiempo se fue incrementando hacia toda la población. Apareció el tabaco de humo, el aspirado y el de masticar, y los precios se dispararon llamando a la población adinerada de Europa. A finales de siglo XIX y principios de XX aún se creían en las propiedades terapéuticas del tabaco, aunque en 1929 se publicó la primera evidencia científica que lo relacionaba con el cáncer.

Algunas personas a mediados de siglo XX comenzaron a luchar contra el alcoholismo, entre ellos el profesor Salustio Alvarado en 1934, dejando las siguientes palabras:

{...}sus consecuencias no las sufre únicamente el alcohólico, sino que afectan a su familia, repercuten sobre sus descendientes y tocan íntimamente a la sociedad{...}los

hijos de los alcohólicos, cuando no son imbéciles, locos o epilépticos, son por lo menos débiles y propensos a toda clase de enfermedades{...} el alcoholismo es una verdadera plaga social{...}las estadísticas enseñan que la delincuencia aumenta con el alcoholismo{...}.Conviene realizar la lucha contra el alcoholismo por medio de la razón, es decir, educando a la gente, haciendo ver al pueblo los peligros de semejante vicio.”(citado en Torres, 2009,p.17).

I Plan Nacional sobre Drogas de 1985

En 1985 es aprobado por el Gobierno el I Plan Nacional Sobre Drogas, como respuesta a la necesidad de abolir los problemas provocados por el consumo de drogas en la población española.

El consumo de estas sustancias perjudiciales se habían extendido hasta el punto de ser uno de los problemas más graves del momento originando una preocupación general en la sociedad por las repercusiones sociales que conllevaba y la persistencia en el tiempo. Para hallar una solución adecuada, se vio necesaria la colaboración y coordinación entre las administraciones para establecer criterios de actuación y medidas prioritarias como herramientas para llevarlas a cabo en cada uno de los territorios de España, desde el nivel nacional pasando por los autonómicos y llegando sus localidades.

El Plan Nacional marca como objetivos: la reducción de la oferta y la demanda, la disminución de la inseguridad ciudadana, la oferta de una Red Pública de servicios de atención, y la coordinación entre las administraciones y instituciones sociales. (PNSD, 1985,p.22)

Análisis de la realidad

Desde el año 1980 se comenzaron a ver los estragos que el consumo de drogas estaba generando. Haciendo un análisis del contexto, se concluyó con algunos de los aspectos que habían provocado esta situación precaria en la población española. Por una parte, el aumento del tráfico de drogas ilegales, en mayor cantidad, la cocaína y la heroína. Se produjo un aumento del consumo de la cocaína por la falta de conciencia de los problemas de salud que se ocasionan a largo plazo. La heroína, a diferencia de la cocaína, generó un impacto significativo por sus efectos dañinos a corto plazo en la década de los ochenta, y fue la protagonista del momento por los estereotipos sociales

que se le habían asignado. A estos aspectos se le añaden la falta de datos estadísticos fiables sobre el número de consumidores y sus características.

La polémica de la peligrosidad de los efectos para la salud del cannabis fue asumida entre los jóvenes quienes concebían que esta droga era menos peligrosa y por ello, la consumían más. Otro de los puntos importantes es la utilización de los inhalables caracterizado por su bajo coste de adquisición que facilitaba su uso entre los jóvenes y sociedad marginal. La asociación entre el consumo de drogas y el aumento de la inseguridad ciudadana fue otro desencadenante de la problemática, ya que se produjo un crecimiento de la delincuencia bajo los efectos de las drogas. Por último, la tendencia a asociar el consumo de drogas con el ámbito juvenil. Sin embargo, "el problema de la toxicomanía afecta, en estos momentos, a todos los grupos sociales y a toda la geografía española" (PNSD, 1985, p.20).

En cuanto al análisis de los servicios que se prestaban, hay que señalar que, para aquel momento, los servicios asistenciales sanitarios destinados al ámbito de las drogodependencias eran escasos, ya que se atendían únicamente a las patologías orgánicas alejada del objetivo de la prevención. Por otro lado, los Servicios Sociales desarrollaron numerosos programas de asistencia a esta población a lo largo de toda la década, aunque seguía siendo mayor la demanda que los recursos que se podían ofrecer.

El Plan por lo tanto, es una propuesta de solución dictada con una serie de medidas referidas al tráfico de drogas y asistencia ciudadana a través de Servicios de Atención para luchar contra el uso y abuso de drogas en España. Asimismo, se cuenta con medidas para la participación y el acuerdo de toda la sociedad, tanto ciudadanos como organizaciones sociales y administraciones. La finalidad del Plan es "frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan proceso de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo" según expresan en el mismo documento. (PNSD, 1985,p.21)

Prevención en el ámbito educativo

Dentro del ámbito de la prevención que es lo que concierne en este trabajo, se estimaron las medidas contempladas dentro del plan divididas en dos grandes grupos: reducción del consumo y de la oferta.

La acción preventiva que viene marcada es fundamental, ya que está directamente relacionada con la intervención de la Educación a través de los programas de Educación para la salud y el bienestar desde edades tempranas. La prevención es compleja, ya que no únicamente se trata de educación e información, sino que es esencial conocer los factores condicionantes que rodean a la población consumidora y modificarlos. Por ello, para llevar a cabo una acción preventiva eficaz de drogodependencias se valoraron dos factores: la accesibilidad a la droga, y las características de la sociedad consumidora.

Desde la Educación para la Salud en las escuelas se propuso que los docentes asesoraran a los estudiantes y que observaran, junto a otros agentes sociales, a los alumnos para captar aquellas poblaciones de riesgo donde puede surgir toxicomanía. Del mismo modo, las campañas generales sobre prevención de drogas eran importantes pero complicadas de instaurar para que el mensaje fuese el idóneo y creara consciencia en la sociedad. Estas debían ir encaminadas a desactivar en la población las percepciones erróneas o estereotipos que se fueron generalizando.

1ª Estrategia Nacional sobre Drogas de 2000-2008

Análisis de la realidad

Durante la década de los 90, la realidad de la situación varió junto con las necesidades de la población y el aumento de la consciencia del problema, por lo que requirió la adaptación del plan mediante nuevas medidas en la Estrategia Nacional sobre Drogas de 2000-2008, "orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas" (ENSD, 1999).

En este periodo de cambio destacó la disminución del consumo de la heroína junto con la alarma social provocada por el consumo de drogas ilícitas, pero no las consecuencias que se dieron a causa de su abuso, como la enfermedad del SIDA y otras problemáticas familiares y personales.

El modo de consumir drogas también se modificó. Se generalizó entre los jóvenes entre diecinueve y veintiocho años el consumo de alcohol en espacios públicos determinados concurrentes los fines de semana y horas clave de la noche con un único

fin, divertirse. Por otro lado, la mayor problemática se centra en la población diario-consumista por encima de los 45 años.

El tabaco fue otra de las sustancias tóxicas más consumidas. Entre 15 y 65 años esta la mayor proporción de consumistas, siendo el porcentaje de mujeres mayor al de iniciación de los hombres, al contrario que en épocas anteriores (OEDT, 2013).

Prevención en el ámbito educativo expuesta en la Estrategia Nacional Sobre Drogas (2000-2008)

La Estrategia Nacional tiene como objetivo esencial la prevención. Está encaminada hacia la educación y la formación de niños y adolescentes en actitudes y valores fortaleciendo las áreas personales, emocionales y sociales, con el fin de que sean autocríticos en sus elecciones y capaces de escoger correctamente el futuro más adecuado.

Se pretendía sensibilizar y concienciar de la importancia de la implicación y participación activa de toda la población para cambiar los estereotipos comportamentales y actitudinales que se dieron hasta el momento sobre el consumo.

Dando respuesta a la problemática, se impulsa la Educación para la salud desde el ámbito sanitario y escolar para desarrollar los programas de prevención eficaces y directos. Se requiere la implicación de la familia a los programas que se vayan a llevar a cabo en el centro y la formación del profesorado con ayuda de profesionales. La coordinación entre la familia y el profesorado toma importancia para que de manera transversal se pueda intervenir continuamente a medida que el alumno se va desarrollando, abordando aspectos como la higiene, la autonomía, la autoestima, el espíritu crítico, etc. que se consideren clave para evitar el primer contacto con las drogas.

2ª Estrategia Nacional de 2009-2016

Análisis de la realidad

Sobre los años ochenta la sustancia psicoactiva más consumida fue la heroína, la cual trajo infecciones por VIH y el SIDA junto a numerosas muertes por su abuso. Hubo

otras sustancias llamativas y de uso aceptado por la sociedad como es el tabaco y el alcohol. A partir de los noventa la situación varía. Mientras los nuevos usuarios de heroína disminuían, el consumo de cannabis y cocaína en polvo aumentaba con un fin recreativo. Los adolescentes y jóvenes fueron el principal núcleo de población que adaptaba las drogas a su estilo de vida.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España(EDADES) y la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias(ESTUDES) se utilizaron con el fin de conocer la problemática del momento.

La situación al presentar la Estrategia Nacional de 2009-2016 fue diferente a años anteriores. Destaca la estabilización del consumo de cannabis y cocaína sobre todo en edades comprendidas entre los 14 y 18, así como de la heroína. Aunque disminuye el consumo de tabaco, son muchas las personas fumadoras. Dicha consumición disminuye entre este colectivo pasando del 21,5% en 2004 al 14,8% en 2006. Los consumidores de alcohol disminuyen también sin embargo, las borracheras por bebidas alcohólicas destiladas aumentan entre estas edades.

Como respuesta al alto consumo de tabaco, cabe destacar el Plan Nacional de Prevención del Tabaquismo o la "Ley antitabaco de España" en 2005 que, gracias a la regulación de la publicidad y promoción del tabaco, produjo un descenso en el país. De igual modo se presentó la "Ley Antialcohol" por el Ministerio de Sanidad en 2007 para regular el consumo en la población adolescente.

Prevención en el ámbito educativo

La Estrategia Nacional de 2009-2016 tiene como objetivos de prevención concienciar a la población de la situación y de la problemática del consumo, potenciar las capacidades y habilidades personales de resistencia al consumo y retrasar la edad de inicio (ENSD, 2009). Este punto es clave para la prevención en el ámbito educativo, ya que los programas y las actuaciones van dirigidas a una de las poblaciones diana: población infantil, adolescentes y jóvenes, y además es el segundo espacio de socialización de las personas. Se generó la importancia de la formación de los profesionales para que los contenidos establecidos fuesen adecuados a las etapas evolutivas de los alumnos.

Se valora la coordinación de los tres elementos constituyentes de la comunidad educativa: alumnado, familia y profesorado, para potenciar la educación en valores y la educación para la salud, junto con el ámbito social y sanitario.

La familia al ser el núcleo más importante de socialización también se tiene muy en cuenta a la hora de facilitar actuaciones educativas y de gestión familiar, y de reforzar la resistencia a la exposición y el consumo. La participación de las familias en centros educativos es esencial para adaptar los programas a las características familiares.

Otros de los objetivos que se proponen son: disminuir el consumo y sus daños, garantizar una asistencia de calidad adaptada permitiendo la incorporación a la sociedad tras la rehabilitación, mejorar la formación de los profesionales promoviendo la evaluación de programas y actuaciones, conocer las variables de las drogas, la prevención y tratamiento, y optimizar la coordinación con el resto de los países.

I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón (2005-2008)

Considerando fundamental desde el Plan Nacional Sobre Drogas la coordinación y colaboración entre las comunidades autónomas para generar propuestas de mejora de la salud y políticas preventivas, se establecen desde las diversas comunidades españolas planes autonómicos, y en concreto, desde Aragón el I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas (2005-2008). Este Plan se centra básicamente en dos líneas de trabajo: la prevención y la adecuación de la asistencia y de los recursos en Aragón.

Análisis de la realidad

El análisis de los datos sobre el consumo de drogas en Aragón permitió acercarse a la realidad del momento. Mientras la heroína se estabilizó, el consumo de alcohol seguía siendo un problema, y el consumo de tabaco se mantuvo a niveles altos. La demanda de otras sustancias como la cocaína, speed, anfetaminas e incluso medicamentos psicoactivos ha ido en aumento.

La edad de inicio de consumo de tabaco según los resultados obtenidos en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar para la Comunidad Autónoma de Aragón

en 2002 es de 12,9 años, y la del alcohol es de 13,4 años, y es que los jóvenes entre 14 y 18 años han ido "normalizando" el consumo de estas sustancias sin provocar rechazo ni percepción de riesgo entre ellos, provocado según el Plan Autonómico por la percepción de libertad de los padres sobre estos temas, por la accesibilidad a estas sustancias, por el ambiente y el tiempo en el que se mueven, o incluso, porque no consideran "útil la información que se les da"(Plan Autonómico, 2005-2008,p.10).

Desde el Gobierno de Aragón se creó una Red de Atención a las Drogodependencias y Centros de Drogodependencias comarcales para abordar la situación durante la época de los ochenta que habían causado infecciones por el VIH y el SIDA. Se procuró fomentar la salud en el individuo desde temprano y las intervenciones se dictaban conociendo los determinantes biopsicosociales que condicionan la conducta del ser humano, desde lo individual y personal como puedan ser las decisiones que se toman, hasta lo colectivo y global como la comunidad que le rodea en coordinación con los tres sistemas: educativo, sanitario y servicios sociales.

El Plan Autonómico permitió el estudio de las características de la población aragonesa y del contexto a partir de las cuales se desarrollaron acciones eficaces para reducir la demanda y prevenir el consumo de sustancias desde la intervención y la prevención por parte de los sistemas clave. Para poder influir en la tendencia del consumo de drogas, se lanzaron acciones desde los poderes públicos que permitieron la modificación de las circunstancias de colectivos asociados a drogodependencias.

La presencia del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes produce pérdida de la calidad de vida y hábitos de salud poco saludables, y por esta razón y como medio de prevención el Gobierno de Aragón propusieron controlar tanto el inicio como el mantenimiento de éstos hábitos mediante la limitación de la publicidad recogida en la Ley 3/2001 de 4 de abril de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Hay muchos determinantes en la sociedad, y no solo en el individuo, que provocan estas tendencias, y en el Plan Autonómico se remarcó la idea de responsabilidad social.

Prevención en el ámbito educativo

Abarcando los ámbitos social, sanitario y educativo, se vio conveniente reforzar la formación de los profesionales para atender de manera adecuada a las personas, y la coordinación entre ellos para mejorar los programas de prevención, de asistencia y de incorporación a la sociedad.

La propuesta para el ámbito educativo se centró en la prevención a través de ese conjunto de "conocimientos, actitudes y procedimientos que deben impregnar el currículum y la línea educativa que trabaja el centro" (Plan Autonómico, 2005-2008,p.13) que engloba la Educación para la Salud. El profesorado en coordinación con padres y madres, se encarga de prevenir en los tres niveles escolares: infantil, primaria y secundaria, educando a los alumnos en valores y conducta, y con ello conseguir que sean responsables sobre su salud.

Cada objetivo que se planteó va acompañado de actuaciones para lograrlo. Algunas de las metas a lograr son: integrar en el diseño curricular de Aragón la Educación para la Salud, coordinar la salud con la educación como prevención de drogodependencias así como con instituciones y entidades que promueven actividades, dar una asistencia adecuada, detectar precozmente y formar al profesorado y a las familias.

Es importante nombrar algunas de las actuaciones que se pretendieron llevar a cabo, como la incorporación de los contenidos de prevención al currículum, proporción de material para llevar a cabo los programas en las escuelas, y asesoramiento a tutores para situaciones conflictivas y a los familiares para favorecer un entorno afectivo.

Tras las evaluaciones que elaboraron los profesionales y entidades, y a través de la Dirección General de Salud Pública el 10 de Junio de 2009, se mostró con encuestas y estudios, que los programas preventivos propuestos estaban dando resultado, dado que los datos habían mejorado considerablemente en el campo de las drogodependencias.

II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón (2010-2016)

Las líneas de actuación presentadas en el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, se centran en: la prevención, asistencia,

integración social y los sistemas de información, todo ello fundamentado en el anterior Plan autonómico y en congruencia con la vigente Estrategia Nacional sobre Drogas.

En este Plan no solo se hace referencia al uso de drogas, sino también a aquellas adicciones generadas no por sustancias, sino por usos excesivos y problemáticos de móviles, internet, juegos...que tienen los mismos determinantes biopsicosociales afectando a la persona.

Análisis de la realidad

Gracias a la intervención positiva en prevención se muestra una mejora de la tendencia con respecto al consumo de sustancias, dado que a partir de los últimos datos que se proporcionan la población parece ser consciente del riesgo procedente del consumo de sustancias según el II Plan Autonómico.

Antes de planificar una estrategia se hace uso del conocimiento del contexto, utilizando diversas encuestas que analizan la situación, como EDADES, ESTUDES, la Encuesta nacional de salud 2006 y el Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) de 2006.

Se puede observar en la evolución del consumo que la media de edad de inicio es de 13,5 años en el alcohol y de 13 años en el tabaco, y que el contexto predominante es el de ocio en el que los consumidores por excelencia jóvenes y adolescentes a modo de método de socialización, dejando atrás la tendencia de consumidores de contextos marginales que se establecieron en los años ochenta.

En relación a las drogas más consumidas y a las que se hace más referencia en este documento, siguen siendo el tabaco y el alcohol. Aunque el consumo de cannabis y cocaína sigue descendiendo, el cannabis sigue siendo la "droga ilegal más presente entre los jóvenes" (Plan Autonómico, 2010-2016,p.15).

El alcohol es la droga más consumida entre adolescentes y jóvenes de los cuales el 84,8% afirman que han consumido esta sustancia alguna vez según los informes. Suelen realizar el consumo en lugares públicos y abiertos como ocio, y la mayoría de las veces a modo de atracón o borrachera, siendo las mujeres las que predominan con catorce años, pero los hombres los que más consumen a partir de los diecisiete.

Con respecto al tabaco, se puede observar que hay un aumento de los ex-fumadores dejando un porcentaje decreciente de fumadores en el año 2008. Sin embargo, la Encuesta escolar del año 2008 afirma que entre los 14 y 18 años, el 53,1% de estos jóvenes ha consumido tabaco.

Ya sea en el caso del alcohol como en el del tabaco, se puede apreciar que los jóvenes con una mayor capacidad adquisitiva familiar son los que prevalecen en el consumo de estas dos drogas según las encuestas, dando importancia al contexto social, familiar y económico en el que se mueven.

Prevención en el ámbito educativo

El II Plan mantiene los ámbitos de actuación del I Plan autonómico añadiendo objetivos y líneas de actuación.

Lo que se pretende es que el individuo sea capaz de hacer frente a la oferta de drogas adquiriendo una serie de habilidades personales que le hagan ser crítico con ayuda de una conciencia social que muestre el desinterés hacia su consumo y potencie una integración social sana. Como las características sociales son las que en numerosas ocasiones determinan un estilo de vida, se ve importante intervenir sobre ellas. Una vez que se tiene en cuenta a un individuo con problemática por el consumo, el objetivo es reducir los riesgos y daños, controlar la oferta de drogas con medidas determinadas, dar una asistencia adecuada al tipo de consumidor y favorecer una integración social a este colectivo. Para poder llevar a cabo este plan, es necesaria la coordinación y participación de las entidades y colectivos que forman las prevenciones y actuaciones, tanto a nivel local como regional. También de los ámbitos sanitarios, educativos, sociales y comunitarios para aumentar los factores de protección, la conciencia y la capacitación social y promover cambios en los factores sociales, culturales y personales.

Las actuaciones referidas al ámbito educativo se siguen centrando en la extensión de la prevención a través de programas de Educación para la Salud desplegada dentro de la programación educativa del centro, educando en hábitos saludables, habilidades personales, valores y actitudes para luchar contra los factores de riesgo que se puedan encontrar.

Desde los centros se potencia la formación del profesorado en prevención y de la implicación de la comunidad educativa en las diversas intervenciones, así como una coordinación directa con instituciones y entidades que puedan ayudar, y los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte. El profesorado debe estar especialmente atento a aquel colectivo vulnerable donde sus circunstancias personales o contextuales puedan favorecer el consumo para que mediante una detección precoz se pueda intervenir desde temprano.

Desde la Comunidad Autónoma de Aragón se puso en marcha distintos programas escolares de Educación para la Salud en los centros inscritos en el II Plan Autonómico:

- *Órdago*: puesto en marcha en 2004-2005 en la Educación Secundaria Obligatoria facilitando al alumnado información y potenciando esos valores, actitudes y habilidades para luchar contra el "mundo de las drogas".
- *Cine y Salud*: en 2001-2002 para prevenir al alumnado del consumo de drogas a través de proyecciones de películas críticas.
- *La Aventura de la Vida*: un proyecto para los cuatro cursos superiores de primaria con el fin de promover estilos de vida saludables desde temprano y dotar al alumnado de conciencia y habilidades para luchar contra el tabaco y el alcohol entre otras drogas.
- *Pantallas Sanas*: para toda la comunidad educativa para promover la salud en prevención al uso de las nuevas tecnologías.

El conjunto de centros que cumplen con alguno de los programas anteriores forman la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud valorando en su proyecto educativo la promoción de la salud.

Plan Municipal en Drogodependencia y Otras Adicciones (2011-2017).

Ayuntamiento de Huesca

El Plan Municipal nace de la necesidad de dar respuestas a la prevención y adecuación de recursos existentes en cada ciudad según el Plan Autonómico sobre drogas (2005-2008). Se encargará de que en concreto, en la ciudad de Huesca, se lleven

a cabo los programas de drogodependencias basados en las características propias de la ciudad y que de acuerdo a la ley, se potencie la coordinación y participación con otros programas y entidades.

El Plan Municipal contiene las líneas de actuación y principios clave para llevar a cabo una prevención y asistencia en los diferentes ámbitos, fundamentados en la Estrategia Europea, el PNSD y el Plan Autonómico.

Análisis de la realidad

Al analizar la realidad de la ciudad oscense, los datos se centraran en la población principalmente. Según el censo de agosto de 2010 la ciudad de Huesca tiene 52.933 habitantes en una superficie de 6,15 km². El 57% de esta población son personas entre 20 y 65 años, sin embargo un dato importante para este documento es saber la población escolar de entre 5 y 19 años que es el 14,59% de la población.

Con respecto al consumo de drogas se destaca como se hacía referencia en el Plan Autonómico, la temprana edad de inicio y el contexto en el que se consume. El perfil del consumidor se centra en la adolescencia actualmente y cuya tendencia se caracteriza por el consumo recreativo.

Gracias a los datos recogidos en la EDADES de 2007 y ESTUDES de 2008 se pudo analizar las sustancias que más nos competen, el alcohol y el tabaco.

Desde el Ayuntamiento de Huesca se realiza de igual manera una encuesta en el curso 2007/2008, sobre los hábitos de ocio en los ámbitos formal y no formal entre los jóvenes en relación a horarios, dinero utilizado y expectativas de la autogestión, en los que se pueden observar que el "botellón" se está convirtiendo en la práctica más extendida entre los jóvenes durante las noches del fin de semana, sobre todo entre 14 y 21 años, y cada vez a edades más tempranas. Una de las nuevas tendencias son los "locales", lugares privados en los que los jóvenes se reúnen y donde la droga es común. Se considera también que existen jóvenes que participarían en actividades alternativas, sobre todo los menores de 16 y mayores de 20, pero que hay poca disposición dado que las actividades pueden que no se ajusten a los intereses del colectivo juvenil, y poca percepción de riesgo entre los habitantes.

Las intervenciones en las leyes para regular el consumo de drogas han provocado que se disminuya favorablemente, como por ejemplo, la aprobación en Aragón de la Ley 11/2005, de 28 de diciembre Reguladora de los Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón que no permite la entrada de menores en establecimientos que permiten el acercamiento al alcohol y otras sustancias. Otra de las propuestas es la restricción de venta y consumo de alcohol para menores recogidas en la Ley 3/2001 de 4 de abril, de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en materia de Drogodependencias y en la Ley de la Infancia y la Adolescencia de Aragón, y por último, la regulación del "botellón" por la Ordenanza Municipal de Convivencia. Gracias a todas estas medidas tomadas por el Gobierno de Aragón, ha disminuido la presencia de menores en zonas de riesgo.

La Legislación de 2009 ayudó a que se estableciera un control riguroso por parte de la Policía Local para hacer frente a la oferta de bebidas alcohólicas a menores de edad en establecimientos de venta. De igual manera, la Policía Nacional colaboró en los centros escolares impartiendo charlas de prevención. Con respecto a la Ley de Tabaco en Huesca, se generaron alrededor de 450 inspecciones a establecimientos para que se cumpliera la normativa.

Siguiendo la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, se encuentra la respuesta adecuada socio-sanitaria a drogodependientes con los diversos recursos. Por esta iniciativa surge en la capital oscense elaborar una Red Específica en Huesca encargada de atender a nivel asistencial y preventivo a las personas de manera precisa y adaptada a cada caso. A su vez, se establece el control de la oferta de drogas y una "estrategia global comunitaria" (Plan Municipal, 2011-2017,p.20) organizada desde el Ayuntamiento de Huesca con diversos Planes Municipales (Prevención del Consumo de Alcohol, Inmigración, Juventud, Igualdad y Género y el Observatorio de Convivencia).

A nivel asistencial, se encuentran el Centro de Prevención Comunitaria de Huesca, la Unidad de Atención y Seguimiento en Adicciones, el Centro de Solidaridad Proyecto Hombre, la Fundación Doctor Valero Martínez, y el Centro Hermanos Franciscanos de Cruz Blanca, todos ellos encargados de atender y ofrecer tratamientos a la población afectada por el consumo de drogas.

En el nivel más importante, el preventivo, los centros públicos y concertados comprometidos de Educación Primaria y Secundaria pusieron en marcha distintos programas de Educación para la Salud y Habilidades para la Vida en el año 2008-2009 y alcanzaron a 4000 alumnos/as gracias al Servicio de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES) de Huesca y los Centros de Profesores y Recursos(CPR). La comunicación entre la escuela y la familia se mantiene también gracias a las Asociaciones de Madres y Padres de los Centros quienes también colaboran en la prevención.

Prevención en el ámbito educativo

Según Melero y Ortiz, (1999) se define como prevención al "conjunto de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas, a fin de reducirlos a mínimos socialmente aceptables dada la inviabilidad de su eliminación" (citado en el Plan Municipal, 2011,p.25)

Los Centros de Prevención Comunitaria se encargan de prevenir y evitar el consumo de alcohol y tabaco principalmente, concienciar a la población de las consecuencias y proporcionar las habilidades necesarias para un estilo de vida saludable. Estas habilidades, valores y hábitos son determinantes para enfocarse en conductas alternativas al consumo de drogas. La principal vía, por la que se aprenden estos conocimientos y se potencian prácticas sanas, es la escuela. Como uno de los agentes de socialización más inmediato y temprano para el ciudadano, elabora una prevención universal al alumnado y a la vez, selectiva para aquel que tiene más riesgo de llegar a ser un consumidor intentando influenciar en sus etapas de cambio y detectando cualquier conducta problemática cercana al individuo que pueda perjudicarlo.

En el Plan Municipal se concretan varios objetivos con respecto al centro escolar. Se determina que la prevención esté intrínseca en el Proyecto Educativo de Centro y en el Plan de Acción Tutorial en el que cobra importancia el papel y participación de las familias, y siempre en coordinación con otros departamentos de Huesca.

El equipo docente se formará para la detección de riesgos e intervención y en el contenido de Educación para la Salud. Llevará a cabo los programas determinados mediante una actitud atenta y con metodologías cercanas y ajustadas a la realidad del

contexto con el fin de transmitir al alumnado responsabilidad. Algunos de los programas de Educación para la Salud practicados en Huesca son: La aventura de la vida, Alcohol y tabaco 6º Primaria, Órdago, Retomemos y Drojnet2 expuestos en este Plan.

Otro de los grandes agentes de socialización ya comentado, es la familia. El espacio donde los niños comienzan su camino y donde los padres en cierta manera proyectan sobre sus hijos una determinada forma de actuar que le marcará de por vida, normalmente por imitación y como respuesta a lo que viven.

La familia tiene un papel relevante para la educación y adquisición de hábitos saludables desde la infancia a la hora de transmitir valores y modelos imitables. La manera de relacionarse en el núcleo familiar influye en la vida del niño. Por esta razón, es fundamental que los padres y madres proporcionen afecto, y aprendan también habilidades que les permitan acercarse a su hijo y resolver los problemas que vayan surgiendo.

Ahora bien, de acuerdo con el Plan Municipal de Huesca (2011-2017,p.37), "la prevención es una tarea compartida entre la familia y la escuela", y por lo tanto, la colaboración y participación de ambas es esencial para que el mensaje de la prevención llegue correctamente y tenga un efecto positivo.

4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud se define como el "instrumento que utiliza la promoción de la salud para facilitar los cambios del comportamiento hacia conductas más saludables que eliminen los factores de riesgo" (Sáez Cárdenas, et al., 1998 citado por Díaz y Sierra, 2008,p.163). Este instrumento nace de la necesidad de prevenir conductas disruptivas y el consumo de drogas contando con la participación ciudadana iniciada en los centros escolares.

Antecedentes de la Educación para la Salud

En 1946 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), el primer organismo internacional que potencia la mejora de la salud sobre las personas, con el objetivo de

no ser solamente una lucha contra enfermedades, sino establecer la salud como un derecho, es decir, un recurso para una vida completa en lo físico, mental y social.

En esta vía se amplía el campo de visión con respecto a la salud, valorando no solo las propuestas de asistencia a las personas, sino la prevención de ellas mediante la intervención en las variables que influyen en la salud. El Ministro de Sanidad de Canadá, Lalonde (1974) impulsado por la importancia de la prevención en su país, extrajo cuatro variables significativas: la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, y con más valor determinante, los factores más sociales: el medio ambiente y el estilo de vida.

A partir de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de 1978 en Alma-Ata (Kazajistán), se crea la "Declaración sobre cuidados primarios de salud", estableciendo actuaciones desde los gobiernos de otros países que permitan una mejora de las condiciones de vida de las personas.

Los aspectos esenciales para una vida saludable entre la población, se establecen mediante la propuesta de la *Promoción para la Salud*. En 1986 en la Iª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa a través de la "Carta de Ottawa" (Canadá), se establecieron los prerequisites o medios indispensables para que las personas pudieran ejercer el autocontrol sobre su propia salud y mejorarla, que es en sí el concepto de Promoción para la salud. El modelo de promoción de la salud es uno de los más importantes. En él se potencia la asistencia sanitaria como un derecho humano esencial, haciendo referencia a la Declaración de Yakarta (WHO, 1997). Se basa en la mejora de la salud y propone intervenciones para la prevención desde la educación para la salud, fundamental para el papel de la escuela.

La OMS concibe la salud como un derecho por el cual se debe facilitar el acceso a recursos sanitarios para conseguir el bienestar. De la misma manera, la percepción del concepto de Promoción para la Salud se refleja como la prevención de enfermedades, la presentación de recursos que permitan modificar las condiciones personales, sociales y ambientales del individuo con el fin de que la enfermedad no llegue a surgir o bien aplacar las consecuencias que esta produce. Para conseguir este objetivo, se proponen cinco puntos a trabajar: el establecimiento de una política saludable, la creación de

entornos saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios sanitarios (Díaz y Sierra, 2008, p.165).

Puesto que el aumento de vidas saludables es un objetivo, el Sistema de Salud concede como parte de sus servicios, los medios y acciones para fortalecer la salud en la población.

Con la presencia de la Declaración de Yakarta en 1997 (Indonesia), se deja ver la importancia de intervenir en el medio social y personal del individuo para avivar el control de los determinantes que perjudiquen la salud. Es así como, tras años inquietos por encontrar una manera de alcanzar este objetivo, mana el instrumento de mediación: la *Educación para la Salud* (Díaz y Sierra, 2008, p.166).

5. INFANCIA. ASPECTOS PSICOPEDAGÓGICOS DE LA INFANCIA 6-12 AÑOS.

Uno de los aspectos que se tienen que considerar ante la propuesta de programas preventivos de drogodependencias es la edad a la que va dirigida, sobre todo aclarando ciertas características de las etapas en las cuales se detectan conductas de riesgo por la toma de decisiones personales.

Piaget(1960) es uno de los autores que explican el desarrollo madurativo del niño desde la infancia a la adolescencia que corresponde al periodo de escolarización. Divide el desarrollo cognitivo en 4 periodos: la etapa sensoriomotora (0-2 años) basada en el descubrimiento y representación mental, la etapa preoperacional (2-7 años) potencia el pensamiento lógico, la etapa de operaciones concretas (7-11 años) donde crea un sistema de acciones internas, y por último, la etapa de operaciones formales (de 11 años en adelante) en la que como adolescente elabora un pensamiento lógico basado en hipótesis verbales. En contraposición, Vygotsky explica en su teoría del desarrollo cognoscitivo (1975) que el pensamiento es condicionado por la sociedad. Bandura, es su teoría del desarrollo cognoscitivo social (1970), apoya que el aprendizaje se produce por combinación de los factores personales y ambientales. Kohlberg para dar sentido a las desviaciones de las normas, en su teoría moral del niño(1970), establece tres niveles en para el desarrollo del razonamiento moral: moralidad preconventional(4-10años)

donde el niño es controlado, moralidad de conformidad con el papel convencional(10-13años) y la moralidad del principio moral autónomo(de 13 en adelante).

Con todo esto, la adolescencia es la etapa por excelencia de cambios en el organismo, tanto biológicos como psicológicos para determinar una identidad personal de los adolescentes. Cuando se habla de adolescencia se hace referencia al estado de transición entre la niñez y el periodo adulto desde los nueve a los veintiuno aproximadamente (Muuss, 1996).

De acuerdo con Díaz y Sierra (2008), surgen en este proceso dos cambios importantes; la pubertad, que crea inseguridad en el adolescente ante la concepción que tengan los demás hacia él, y la aparición de habilidades comunicativas, momentos determinantes de decisión y negociación. El egocentrismo y el autoconcepto en esta transición, son dos de los aspectos a tener en cuenta. Con respecto al egocentrismo se centra en la distorsión de sus percepciones. Por una parte, David Elkind (1967) extrae dos suposiciones basadas en el pensamiento del adolescente: el público imaginario donde el individuo se cree observado y juzgado por el resto del mundo, lo que le condiciona en sus acciones buscando el agrado; y la fábula personal, que lleva a pensar que son únicos y que sus sentimientos no son comprendidos por la sociedad. El autoconcepto produce que la imagen que tenga el adolescente de sí mismo y de sus capacidades influya con lo que proyectará negativa o positivamente en su futuro tanto en relaciones familiares como con iguales, en el éxito de sus estudios, etc. Así mismo, la opinión que reciben los adolescentes por parte de sus padres, amigos y compañeros, será trascendental para la obtención de una imagen del adolescente ajustada a la realidad (Musitu, et al., 1992).

La búsqueda de la identidad es un viaje que dura toda la vida, cuyo punto de partida está en la niñez y acelera su velocidad durante la adolescencia. Los adolescentes se enfrentan ante la necesidad de experimentar situaciones nuevas, trazarse nuevas metas, crear nuevos deseos, etc. En definitiva, les atrae el concepto de independencia y buscan abandonar su espacio creado hasta entonces para abrirse camino a la vida que tienen por delante, lejos del control adulto (Jessor y Jessor, 1977). Surgen, pues, conflictos entre el menor y los padres, siendo muy importante en esta etapa la identidad grupal, al amparo del grupo de amigos. La presión del grupo de iguales en la adolescencia es crucial,

llegando a actuar por temor al rechazo. El enfoque psicosocial defiende que “una determinada conducta, en cierto modo, no es voluntaria ya que está influida por el medio social” (Abel, 1991).

Existen algunas variables que determinan el proceso de socialización: práctica de deporte, hábitos de alimentación, consumo de alcohol y consumo de tabaco, consumo de otras drogas ilegales. En la socialización, además, influye el entorno familiar, social y educativo, así como el propio adolescente. Se debe evitar que las conductas inadecuadas se conviertan en hábito, ya que abandonarlas resulta complicado.

La escuela y otras organizaciones de formación y tiempo libre van a contribuir en el desarrollo del adolescente. Desde los programas de Educación para la Salud de la escuela se puede detectar aquellas conductas de riesgo existentes (Balaguer 2002,p.11). Pero sobre todo, es la familia quien influye en el proceso de crecimiento del adolescente, en la adquisición de hábitos, conductas, toma de decisiones, etc. Algunas de estas conductas ponen en riesgo la salud y otras la favorecen (Balaguer 2002,p.14).

En la escuela se observa el desarrollo madurativo del niño intelectual, social y moralmente, que van a dar paso a la formación de comportamientos que en muchas ocasiones serán reflejo de la sociedad. Por esta razón tanto la familia como la escuela se deben poner de acuerdo para evitar la toma de decisiones de los infantes que le lleven al consumo de drogas y promoviendo responsabilidad sobre sus acciones y buena conducta por el bien de su salud, acompañado siempre de un enriquecimiento socio-afectivo que le permita rechazarlas por su cuenta.

Existe el Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES, 1997) que consta de actuaciones para el contexto escolar a modo de prevención de consumo de drogas. Son actividades integradas en las áreas destinadas a la educación en habilidades, valores y actitudes del alumnado que le permitan resolver problemas, situaciones personales y sociales de cara al consumo. Permite que el docente pueda acceder gracias a su integración en las áreas y también, a través de contenidos transversales en horas de tutoría (Educación para la Salud, Educación moral y cívica, Educación para la Paz, Educación para la Igualdad de Oportunidades, Educación Ambiental, Educación del

Consumidor) con el fin de potenciar en los alumnos hábitos para un bienestar físico-mental. La familia, a su vez, participará en el desarrollo de la intervención educativa.

El tutor trabaja en una educación individualizada siguiendo las etapas de desarrollo para llegar a todo el alumnado con participación de la familia en la intervención educativa. La enseñanza se destina al fortalecimiento de la identidad personal, la autoestima y la toma de decisiones, y otros fines más sociales como la comunicación, convivencia y el cooperativismo, habilidades necesarias para desenvolverse en la sociedad y transmitir a los alumnos modelos de estilo de vida saludable.

6. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN Y EL MODELO TEÓRICO QUE SUBYACE DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE DROGAS

Cuando se plantean las bases de un programa de prevención, es necesario conocer las causas de la aparición de consumo de sustancias en unas personas y en otras no, para poder llevar a cabo un método efectivo. El modelo teórico que proporciona esta información descrito por Becoña (2002,p.48) contiene tres líneas principales: los factores que posibilitan el inicio y mantenimiento del consumo, la secuencia generada desde que se consume drogas legales hasta las ilegales, y las condiciones socioculturales, biológicas y psicológicas que causan el consumo en los individuos.

Mediante el estudio de las causas de aparición del consumo se proyectan las variables incitantes para poder prevenirlas y eliminarlas denominadas factores de riesgo. Por otra parte, los factores de protección son los que ayudan a resistirse a la consumición, y por lo tanto, son los que han de potenciarse.

Una de las hipótesis más llamativa es la llamada "escalada de consumo de drogas" y afirma que existe un riesgo de que un individuo al consumir drogas legales, acabe consumiendo ilegales mediante un proceso (Becoña, 2002). Sin embargo, según Becoña y otros autores como O'Donnell y Clayton (1982) no ha sido del todo confirmada, pero ha dado lugar a la teoría secuencial que demuestra que hay cuatro fases dentro de este proceso de consumición: de la cerveza y vino, al tabaco y licor, más tarde al consumo de marihuana y por último, otras drogas ilegales. Aun así, esta secuencia no es del todo fiable para España ya que no es generalizable a todos los casos. Tal y como afirma

Becoña, aunque no se pueda generalizar, pocos son los casos en los que al llegar a las drogas ilegales, no hayan consumido con anterioridad tabaco y alcohol o drogas legales.

Aunque ya se ha hecho referencia anteriormente, es necesario adentrarse en los factores de riesgo y de protección, comenzando por su definición. Por una parte se encuentra el *factor de riesgo* que es "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992,p.15). Dicho de otra manera, los factores de riesgo son las causas que provocan que las personas busquen el consumo de drogas. Por otro lado, se encuentran los *factores de protección* que son "atributos o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales 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,p.16).

En la actualidad, es esencial estudiar los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias. De esta manera, se permite elaborar programas de prevención fundamentados y eficaces. Estos factores de riesgo detectados precozmente en la escuela, pueden prevenir conductas equívocas.

Se debe estar atento a posibles manifestaciones de conductas desviadas o antisociales, ya que el consumo de drogas suele ir asociado a ellas. La observación y localización de los adolescentes vulnerables a esta problemática para iniciar un camino de prevención, favorece el bienestar social, biológico y psicológico de los menores (Becoña, 2002). En el proceso de maduración se produce un abandono gradual del consumo de drogas, pero la adolescencia es una etapa en la cual no existe tal madurez y por tanto, los factores de protección tienen que estar muy presentes en todo momento.

Newcomb y Bentler (1986,1988) mantienen que el uso y abuso de drogas en la adolescencia temprana se asocia a la adquisición y desarrollo de roles del adolescente que no corresponden con su edad, tales como abandono de los estudios, conductas propias de adultos, que repercuten en el futuro debido a problemas familiares, los divorcios, el malestar emocional o la inestabilidad laboral, por ejemplo.

El consumo de drogas también se puede relacionar con la disfunción psicosocial, la falta de habilidades, unido al aprendizaje de dichas conductas tanto en el domicilio familiar como en el grupo de iguales. Dicha vulnerabilidad provoca en los menores una situación de riesgo en cuanto a consumos. Según Félix-Ortiz y Newcomb (1999), no es tan determinante los tipos sino el número de factores de riesgo, lo que provoca que el niño cree hábitos perjudiciales para su salud.

El Center for Substance Abuse Prevention, el CSAP norteamericano (Gardner et al, 2001) publicó un listado de los factores de riesgo y protección más importantes. Hay seis grandes niveles para representar los factores de riesgo y de protección: individual, iguales, familia, escuela, comunidad y sociedad (Díaz y Sierra, 2008).

Dentro del nivel individual se encuentran como factores de riesgo: la rebeldía, el ambiente de conductas problemáticas y riesgos, consumo temprano e impulsividad; por el contrario se encuentra el rechazo a las drogas, el reconocimiento por la implicación prosocial, hábitos saludables y relaciones positivas con mayores como factores de protección. Dentro del grupo de iguales, se encuentran los factores de riesgo: la comunión con delincuentes consumistas y que no están interesados en conseguir empleo, y la cesión a la presión de grupo. Los factores de protección son: la unión a grupos dedicados a actividades escolares, de ocio, caritativas o religiosas y que se oponen a la influencia de grupo con espíritu crítico. La familia siendo otro núcleo esencial, también tiene factores de riesgo como la tendencia y pasado familiar de conductas problemáticas, conflictos dentro del hogar y falta de supervisión y disciplina, y también factores de protección como el apego, hábitos saludables, altas perspectivas familiares y ambiente positivo. En el ámbito escolar los factores de riesgo son un inicio temprano en conducta antisocial, fracaso escolar y falta de apego hacia el entorno. Por otro lado, los factores de protección son similares a las del nivel individual añadiendo un clima óptimo dentro del aula y el apoyo y cuidado por parte de los docentes y personal del centro.

A nivel de comunidad dentro de los factores de riesgo se encontrarían la oferta de drogas, leyes que favorezcan el consumo, desorden comunitario, baja asociación con el vecindario y baja economía. Los factores de protección son la participación comunitaria, pocos medios para conseguir drogas, expectativas positivas sobre los

jóvenes y organizaciones de apoyo para la comunidad. Por último, dentro de la sociedad estarían la pobreza, el desempleo o empleo efímero y en malas condiciones, discriminación y mediante los medios de comunicación la promoción del consumo. Con respecto a los factores de protección: la oposición y colaboración de los medios de comunicación contra el consumo de drogas, poca accesibilidad y leyes y medidas aumentando la edad de permisibilidad de compra y en contra de la conducción bajo los efectos de drogas.

No todos los factores son necesarios que se den para que se determine que el niño o adolescente vaya a consumir en algún momento, o que con la aparición de alguno de estos en su vida vaya a condicionar su futuro, sino que estos factores son algunos de los característicos y frecuentes en las personas que han acabado dentro del "mundo de consumición de drogas".

Como conclusión y apoyando a Becoña (2002, p.252):

"cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección, como los otros posibles riesgos asociados al consumo de drogas o a otras conductas problema, no sólo conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas o no las consumen, sino que podremos desarrollar cada vez programas preventivos más adecuados y más eficaces."

7. ESCUELA Y FAMILIA COMO AGENTES PREVENTIVOS EN COLABORACIÓN

En el proceso de desarrollo de la conciencia en la infancia del niño se encuentra desde un inicio inmerso en un universo que va a ir marcándole ciertos valores, actitudes y creencias, la familia. Más tarde, explorará uno nuevo, la escuela, probablemente donde habrá nuevas formas de pensar a las que ha oído y un cúmulo de personas cada una con ideologías y valores diversos. Es aquí donde el papel de la escuela y en concreto, de los docentes cobrará importancia y deberá regular y establecer entre la variedad de valores y conductas las más adecuadas socialmente.

Por esta razón, el estudio e indagación de la familia y la escuela por separado es fundamental. Ya no solo individualmente sino que juntos, en colaboración, como se viene planteando desde los planes, deben formar un equipo como agentes preventivos.

Familia

El término de familia ha ido sufriendo pequeñas modificaciones en el transcurso del tiempo. Ha ido variando en su forma, estructura y los tipos de organización familiar.

La OMS (1964) define *familia* de la siguiente manera: “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.

Sin embargo, la misma organización afirma que este término es muy difícil de definir con precisión a escala mundial ya que “el grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos” (OMS,1964).

Lo que sí se sabe es, tal y como se recoge en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que la familia constituye el elemento fundamental de la sociedad, ya que ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ésta para su supervivencia y crecimiento. Estremero y Gacia Bianchi,(s.f.) mantienen que “la familia es el primer grupo social al que pertenecemos. Cada familia está hecha por un tejido de afectos, valores y sentimientos. En todas las formas de cultura, la familia fue y es el pilar de formación de la sociedad”. Por tanto, la familia tiene derecho y debe ser protegida por el Estado.

Cuando se habla de familia hay que tener en cuenta que nos encontramos delante de un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas enmarcadas en múltiples contextos de influencia que experimentan distintas etapas y procesos de cambio. Así, la familia experimenta una serie de cambios evolutivos en la medida que va produciéndose el desarrollo de sus miembros, cambiando así las relaciones y acontecimientos vitales familiares (Melo, 2010).

Para entender estas variaciones, se debe mencionar el llamado ciclo vital familiar, que según Orfelina Castro (2012), doctora de medicina familiar, es: “El desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes “momentos” por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común”.

Se sabe que no hay familias iguales, y es por eso que existe diversidad en los tipos de personalidad familiar. Algunos autores intentan recogerlas en grupos como familias rígidas, flexibles, sobreprotectoras, centradas en los hijos, permisiva, inestable y estable (Saavedra, J.G, 2007).

Con respecto a los tipos de paternidad en relación a la crianza que se da a los hijos dentro de estas familias y que influyen significativamente en la vida de sus hijos, Baumrid (1980) y Maccoby y Martin (1983) recogen cuatro principalmente: padres con autoridad, padres autoritarios, padres permisivos y padres indiferentes.

Los padres con autoridad son los que acompañan a sus hijos en todo su desarrollo escuchándolos y con una comunicación abierta. Son exigentes y ponen normas pero a la vez, se muestran receptivos, sensibles y afectuosos. Los castigos son razonables y argumentados. Esta es la clase de paternidad más aconsejada para una crianza correcta. Los segundos, los padres autoritarios, son los que se centran en el cumplimiento de las normas, de lo contrario establecen castigos inflexibles sin razonamiento. La comunicación es prácticamente nula, y se centran en la afirmación del poder. Los padres permisivos, son los que dejan a sus hijos que tomen su rumbo sin conducción paternal depositando su confianza sobre la "madurez" que los niños puedan tomar sus propias decisiones. No exponen muchas normas y es así como demuestran amor hacia ellos. El último grupo es el de los padres indiferentes. Estos muestran poco afecto y no ponen límites. Este tipo se puede denominar escasamente paternidad, ya que los padres dedican muy poca atención a sus hijos. Es la peor de las tipologías, pueden ocasionar grandes problemas al niño si además son negligentes (Craig, 1997).

Mariano Calabuig (2016), el presidente de La Asamblea General del Foro de la Familia, señaló el 11 de mayo en una conferencia, que la familia era la primera responsable de la educación de los niños y que tenía que asumir esta responsabilidad.

El estilo de crianza es relevante en la niñez y adolescencia para explicar en el futuro las causas del consumo de drogas. Una paternidad mal ejercitada puede conllevar a que el niño se sienta inseguro durante años y sin confianza en sí mismo ni en sus padres creando un carácter rebelde dejando que las decisiones las tomen otros por él o en algunos casos, de forma independiente, toman decisiones erróneas.

Tal y como afirma Becoña (2008, p.318):

"la situación idónea es aquella en la que los padres no eluden ejercer el control de sus hijos, pero renuncian a ejercer un control estricto de ellos; que no permite a sus hijos una permisividad completa pero que también evitan ejercer el control de una forma autoritaria".

En un estudio elaborado con adolescentes madrileños (Recio Adrados et. al, 1997), se halló que los padres con menor probabilidad de que sus hijos consuman drogas eran aquellos que establecían una buena relación afectiva y de apego con ellos.

Según el Informe Europeo sobre drogas de 2016, los programas de prevención en las familias se componen de estrategias de enseñanza dirigida a los padres de comunicación, relaciones con sus hijos y habilidades para ayudarles durante su desarrollo, sobre todo a aquellas familias que sean vulnerables, y que sean conscientes de la influencia que pueden ejercer sobre el niño en las primeras etapas de su vida. Es la forma de interacción y la educación que los padres mantienen hacia sus hijos, lo que determinará su futuro.

Escuela

Llegando al área específica de este trabajo, la prevención en el espacio de la educación, cabe destacar que como segundo agente de socialización, mantiene un papel muy importante y puede interferir tanto positiva como negativamente en la vida del niño.

Al llegar a la escuela los alumnos de una u otra forma están educados en las costumbres de las familias, y en muchos casos y durante años, la escuela ha dejado a manos de la familia toda la educación con respecto a las conductas y hábitos de los alumnos. Fueron las Naciones Unidas (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1966) y en la Convención Europea para la salvaguardia de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (1950), las que reconocieron el derecho de los padres a educar a sus hijos en colaboración con la escuela.

Sin embargo, la enseñanza en las escuelas se basa en la educación no solo en contenidos, sino en la formación de personas integradas en la sociedad con autonomía

intelectual, social y moral. Para mantener estas actitudes, el trabajo se ha de llevar a cabo en colaboración escuela-familia, ya que es una labor compartida y necesaria.

La enseñanza de las habilidades, valores y modelos de conducta adecuados son impartidos por parte de los maestros, pero no se debe olvidar que la familia tiene el papel fundamental en esta enseñanza, y que no siempre la función de la escuela es suficiente. Como se indica en el PNSD (1985), la única solución para una prevención adecuada es la intervención y colaboración de toda la comunidad escolar, es decir, alumnos, profesores y padres. Es cierto también, que la labor no está completa, si el profesorado no se respalda del grupo de profesionales de servicios sociales y salud, para llevar a cabo una intervención precisa y adecuada.

El ámbito escolar como espacio importante para la prevención.

La Educación para la Salud se encuentra mayoritariamente recogida en los centros escolares dentro del curriculum como uno de los temas transversales a impartir. La mayoría de las veces en España se realiza mediante las horas de tutorías. En otros países se reconoce como horas lectivas obligatorias (Becoña, 2002).

Uno de los temas importantes a tratar, y en el que se está centrando este trabajo, es la prevención de la drogodependencia en el espacio educativo. Los docentes, y sobre todo, el profesorado tutor, es el encargado de transmitir una serie de conocimientos y hábitos exactos para evitar la propagación de ciertas conductas dañinas para la salud del ser humano, en este caso, para los niños, y difundir alternativas para un estilo de vida saludable favoreciendo el desarrollo socio-afectivo y madurativo de la personalidad para que puedan rechazar las ofertas de consumo de drogas. No se trata de una transmisión de información hacia el colectivo sino que tiene que ir acompañado de la enseñanza de estrategias que modifiquen conductas y adquieran nuevos comportamientos saludables, como por ejemplo, potenciar la actividad física, la alimentación sana, la higiene, las relaciones sociales, etc. Dentro de la escuela se pueden establecer programas de prevención que permitan a todo el alumnado acceder a estos conocimientos con el consentimiento de los padres (Becoña, 2002).

Durante los primeros años de vida, el único entorno importante por el que se relacionan los niños es la familia, dotándoles de afecto, conocimientos, actitudes y

tendencias que les marcan de por vida. La familia es el núcleo que habitualmente más poder tiene para educar sobre las personas a lo largo del tiempo. Sin embargo, otro núcleo social esencial en el que ya se ha insistido son las relaciones que se establecen en otro agente de socialización, la escuela. En este contexto, las personas emprenden un nuevo viaje que les somete a replantearse nuevas rutas, a escoger o modificar su trayecto por medio de la intervención de sus iguales, y sobre todo de los docentes que son una guía a imitar por los alumnos. Por esta razón, la comunidad educativa en los años de obligatoriedad de la enseñanza es fundamental para los individuos, ya que se establece una formación de la personalidad como producto de la intervención de los docentes, la familia y el grupo de iguales. Este proceso de cambios en la persona, ya sean físicos como psicosociales, ocasionan que a la vez se tengan que tomar ciertas decisiones que puedan ser positivas o negativas desde el punto de vista de la salud personal.

Los docentes, como parte primordial de la educación, deben detectar al colectivo vulnerable y concienciar al alumnado de los factores de riesgo de forma temprana eliminando la baja autoestima, la no tolerancia a la frustración falta de autonomía, falta de responsabilidad y la ansiedad, y potenciar los factores de protección dentro de la escuela, que pueden desembocar en conductas dañinas y problemáticas, como lo es el consumo de drogas. En muchas ocasiones este grupo de alumnos con riesgos, suele ser absentista, y es complicado hacerle llegar este tipo de información.

Dentro de los factores de riesgo se encuentra el bajo rendimiento académico o el fracaso escolar en los últimos años de la educación primaria donde los alumnos comienzan experimentar el contacto con la realidad. El alumnado que decide no asistir a la escuela porque no la valora (Hawkins et al., 1992), tenderá a suplir este tiempo con otras actividades que le generen interés, y en la mayoría de las veces suelen ser conductas problemáticas, como la consumición de drogas, y es probable que lo que comienza por "hacer novillos", acabe en un abandono prematuro de la escuela (Mensch y Kandell, 1988). La escuela tiene el papel de intervenir, y evitar estas situaciones adaptando la enseñanza a motivaciones e intereses del alumnado con estas características.

Mirando directamente a los centros, los docentes tienen que formarse y recibir apoyo profesional para insertar de manera práctica los programas de Educación para la Salud que incorporan la prevención de conductas adictivas, pero sobre todo ser conscientes de la necesidad de esta enseñanza y del bien que se puede generar pese a las dificultades que surjan. Escámez en la presentación de su libro *Drogas y escuela* afirma que "la colaboración de nuestro equipo con los docentes, nos ha evidenciado las dificultades que presenta una prevención primaria de la drogadicción, que pretenda ser seria y rigurosa, pero también que tal prevención es posible y que, si se cumplieran determinadas condiciones, el profesorado está dispuesto a realizarla" (Escámez, 1990,p. 5).

Dentro del Proyecto Educativo de Centro, Plan Curricular del Centro y Plan de Acción Tutorial deben estar las acciones destinadas a la prevención, manteniendo una colaboración directa con el Centro de Prevención Comunitaria. Se añade además, que las medidas deben estar adecuadas a las necesidades del contexto social existente, estudiando el barrio, el alumnado y las familias, con lo que las intervenciones que se realicen en este espacio, se adaptaran al alumno en cuestión o al alumnado en general.

El espacio más idóneo para llevar a cabo las actuaciones e intervenciones es en tutoría. La acción tutorial permite que se pueda acceder a todos los miembros de la comunidad y se pueda hacer una actuación conjunta. El ambiente tutorial permite la cercanía a los alumnos en la construcción de un ambiente sano y mantener las líneas de trabajo como respuesta a la prevención: enseñar a pensar, a ser persona, a convivir y a tomar decisiones. Permite también, asesorar a los padres, motivarlos e introducirlos en las acciones preventivas del abuso de drogas en la escuela.

Los aspectos relacionados con la prevención, se ejecutan de manera transversal desde las distintas áreas existentes dentro del curriculum: Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Educación Física, etc. que afianzan hábitos de cuidado y salud y propician un clima individual y social sano y saludable.

El fin de los programas de prevención que se establecen, se adecuan a lo acordado en el PNSD (1985): retrasar e impedir el inicio de consumo, dotar de capacidades, habilidades y recursos personales para el enfrentamiento de situaciones problemáticas,

formar personalidades críticas, enfrentarse a los factores de riesgo e informar al alumnado. Siempre garantizando la implicación de todas las áreas actuando sobre los patrones de factores de riesgo que se vayan detectando y en colaboración de los miembros de la comunidad educativa, mediante la comunicación y la participación de la misma.

En definitiva, las familias deben mantener el efecto de los programas preventivos de las escuelas, para que la labor del profesorado en la enseñanza de estrategias, habilidades y valores no haya sido en vano. Destacar que es esencial la coordinación del profesorado y los padres a través de una comunicación y diálogo efectivo que permita el acercamiento a los alumnos y potencie la educación en valores y emocional. Familia y escuela en una misma dirección, y en un ambiente que favorezca el desarrollo adecuado para los niños.

CONCLUSIONES

Gracias a toda la información recabada en los documentos analizados en base a la evolución de la prevención de drogodependencias y el papel de la escuela en la misma, se realiza a continuación una síntesis que recoge las ideas principales del trabajo.

La historia del consumo de drogas en España ha ido variando a lo largo del tiempo junto con la situación social. Comenzó la heroína dejando una huella de pérdida sobre la salud de los consumidores en la época de los ochenta cuyas consecuencias siguen presentes. Una nueva tendencia de consumo surgió con las drogas psicoactivas. El Plan Nacional Sobre Drogas (1985) surge como un acuerdo de las Administraciones Públicas de España para promover medidas de prevención, y gracias a las reformas que se han ido haciendo mediante las estrategias, estas acciones se adaptan a la situación del momento dando una respuesta a las necesidades que brotan.

Hoy en día las drogas más consumidas a nivel nacional son el alcohol y el tabaco. Los consumidores por excelencia son adolescentes y jóvenes que se inician a edades tempranas (alrededor de 14 años). El poli-consumo entre este colectivo es muy usual, al igual que el *Binge Drinking*. Suele realizarse grupalmente en espacios y tiempo determinados con el fin de sociabilizarse, evadirse de situaciones y por diversión.

Gracias a las medidas puestas en marcha nacional, autonómica y municipalmente, se ha concienciado a la población de los daños que el consumo de drogas puede ocasionar, reduciendo la inseguridad y la alarma social. Aún así, el pensamiento de que el alcohol y tabaco sean drogas no está muy presente entre la población, ya que el "mundo" se ha conformado a vivir con ellas por ser drogas legales, sin considerar las consecuencias.

A lo largo de los planes que se han analizado, se generaba el clamor de parar el consumo de drogas legales a edades tempranas, ya que se conoce por los resultados de ESTUDES (2012), y autores importantes como Kandel (1975), que los adolescentes una vez iniciado el consumo de drogas legales tienden a pasar a las ilegales a corto plazo.

La prevención surge como herramienta para luchar en contra del consumo de drogas desde el ámbito sanitario, social y educativo en unidad. La Educación para la Salud presente en Educación Primaria y Secundaria, es uno de los instrumentos más fuertes de la prevención. Comenzó dotando de información al alumnado sobre cómo enfrentarse a la problemática, pero se extendió hacia todas las áreas físicas, psicológicas, culturales y sociales. A través de la propagación de los factores de protección y la eliminación de los factores de riesgo, se alcanza a los niños/as de las escuelas modificando sus conductas y actitudes, y enseñando prácticas para la mejora de la salud.

Las escuelas que pertenecen a la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud ofrecen Programas Escolares de Educación para la Salud en los centros.

El equipo docente debe formarse para dar una respuesta correcta ante necesidades, y ser conscientes del valor de su intervención en las vidas de los alumnos, siempre de la mano de los servicios sociales y sanitarios. El tutor es el principal transmisor de hábitos de vida saludable y de habilidades que le ayuden renunciar a las ofertas de consumo y quien detectará de manera precoz la población más vulnerable. Accede al alumnado gracias a la comunicación para tratar temas personales, como la autonomía, autoestima, sociales como el sentido de pertenencia y problemas familiares, y escolares, como el fracaso escolar. Para esto, el tutor tiene llevar a cabo sesiones dedicadas a estos temas, y ya no sólo en horas de tutoría diseñadas en base a la Educación para la salud, sino que como un tema transversal el resto de equipo docente, esté dispuesto a impartirlo dentro de las áreas y llevarlas a evaluación.

La colaboración entre la escuela y la familia en la prevención es fundamental, ya que permitirá profundizar más en la vida del niño/a o adolescente, y la intervención será más eficaz. La familia aportará información de la vida en el hogar, carácter y hábitos, y la escuela en función de lo que se observa y las relaciones interpersonales creadas, podrá crear medidas de intervención para prevenir la propagación de conductas de riesgo, y en muchas ocasiones, a promover una personalidad fuerte basada en valores y actitudes afirmados que le proteja de las inseguridades y la toma de decisiones perjudiciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, T. (1991). *Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings*. Social Science & Medicine(p.899-908).
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alonso, D., Freijo, E., Freijo, A. *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) . *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.) .Arlington , VA: . American Psychiatric Publishing
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Nueva Jersey. Prentice-Hall.
- Balaguer, I., Castillo, I. y Pastor, Y. (2002). *Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana*. En I. Balaguer (Ed), *Estilos de vida en la adolescencia*(p.5-26). Valencia: Promolibro.
- Baumrind, D. (1967). *Child care practices anteceding three patterns o preschool behavior*. Genetic Psychology Monographs, 75(p.43-88)
- Baumrind D.(1980) *New directions in socialization research*. American Psychologist.(p.639)
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becker, M.H. y Mainan, L.A. (1975). *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*. Medical Care, 13,(p10-24).

- Botvin, G. (1995). *Principles of prevention*. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Botvin, G. (1999). *Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions*. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Calabuig, M. (2016). *Los padres son los primeros educadores de sus hijos*. 2016, de Foro de la familia [Sitio web]. Consultado en: mayo de 2016. Recuperado de: http://www.forofamilia.org/noticias/mariano-calabuig-los-padres-son-los-primeros-educadores-de-sus-hijos/?utm_source=Bolet%C3%ADn+Foro+Espa%C3%B1ol+de+la+Familia&utm_campaign=2d4cde5074-&utm_medium=email&utm_term=0_cf0d66be1e-2d4cde5074-196750949
- Catalano, R. F. y Hawkins, D. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Castro Herrera, O. (Dr). (2012). *Familia. Ciclo de la familia*. Consultado en: mayo de 2016. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/uruapanm/ciclo-de-la-familia>.
- Chatlos, J. C. (1996). *Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*,5.(p.1-27)
- Clayton, R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Craig, G. (1997) *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice-Hall
- Declaración de Yakarta (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI*. Yakarta, República Indonesa: Dirección General de Promoción de la Salud.
- 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*. *Acciones e investigaciones sociales* (p.161-187).
- DSM-V. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición: 5ª.
- Elkind, D. (1967) Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, (p.1025-1034)
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008(1999). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016(2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estremero, J. y Gacia B., X. (s.f.). *Familia y ciclo vital familiar*. Consultado en: mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D. (1999). *Vulnerability for drug use among latino adolescents*. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Flay, B. R. y Petraitis, J. (1995). *Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos*. Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., Stone, D. B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Glantz, M., and Pickens, R., eds. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 112, (p.64-105).
- Isorna, M. (3 de junio de 2016). Heroína. *El País*. Recuperado de: http://politica.elpais.com/politica/2016/06/03/actualidad/1464981793_097879.html
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977) *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academia Press.
- Kandel, D.B. (1975). *Stages in adolescent involvement in drug use*. *Science*, 190, (p.912-914).
- Kaplan, H.B (1996). *Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use*. *Journal of Drugs Issues*, 262,(p.345-377).

- 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, (p.110-128,345-377).
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. &Hepler, N. (1998). *Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach*. Journal of Drug Education, 28, (p.1-17).
- Labouvie, E. (1996). *Maturing out of substance use: Selection and self-correction*. Journal of Drug Issues, 26, (p.457- 476).
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983) Socialization in the context of the family: parent-child interaction. New York: Wiley.
- Megías, E. (Dir.Megías.E) (2004). *Todo sobre las drogas,[DVD]Zaragoza: Fundación de ayuda contra la drogadicción*.
- Melero, J.C, Ortiz, M.A(1999) *Municipios libres de drogas*. Bilbao: Edez Kolekiboa.
- Melo, N. (2010). *Psicología de la Familia. Análisis Evolutivo-Educativo de la Familia y la importancia del apego*. Consultado en: abril de 2016. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/noritamelopsicologa-de-la-familia>.
- Mensch, B. D. y Kandell, D. B.(1988). *Dropping out of high school and drug involvement*. Sociology of Education, (p.95-113).
- Musitu, G. Lila, M. Buelga, S. y García, F. (1992). *Relations between family communication and self-concept*. Comunicación presentada en the XXVth International Congress of Psychology.
- Muss, R. (1996). *Theories of adolescence* (6ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newcomb, M. D. y Bentler, P. M. (1986). *Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood*. American Journal of Community Psychology, 14, (p.303-321).
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2015). *Informe 2015 y 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- O'Donnell, J. A. y Clayton R. R. (1982). *The stepping-stone hypothesis-Marijuana, heroin, and causality*. Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues, 4, (p.229-241).
- Oetting, E.R. & Donnermeyer, J.F. (1998). *Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance*. Substance Use & Misuse, 33, (p.995-1026).
- Organización mundial de la salud. (2015). *Definición de familia*. Consultado en: marzo de 2016. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Ortega, P. (5 de Junio de 2016). Heroína. La heroína regresa a España por la masiva oferta mundial de esta droga. *El País*. Recuperado de: http://politica.elpais.com/politica/2016/06/03/actualidad/1464975692_982464.html
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). *Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence*.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas, I (2005-2008). Aragón: Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas, II. (2010-2016). Aragón: Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
- Plan Integral de Prevención Escolar. (1997). *Material para la prevención del consumo de drogas para la educación primaria*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017 (2010). Ayuntamiento de Huesca. Huesca
- Plan Nacional Sobre Drogas(1985) Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (1998). *Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Recio Adrados, J:L. Calafat,A., Relvas, AP, Petralunga,S., Stocco, P. Broyer, G. (1997) Las relaciones parento-filiales en la prevención del consumo adolescente de drogas. Luxembourg. IREFREA and European Commission.

- Recio Adrados, J: L *Familia y escuela: agencias preventivas en colaboración*. Consultado en: junio 2016. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/603/592>
- Ríos J.A, Espina A., Baratas M.D. (1998) *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Saavedra, J.G. (2007). *Familia: tipos y modos*. Consultado en: febrero de 2016. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>.
- Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. & Márquez, M.O. (1992). *El problema de la droga: Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Schuckit, M. A. (2000): *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Torres, M.A., Santodomingo, J., Pascual.F, Freixa.F, Álvarez.C.(2009) *Historia de las Adicciones en la España Contemporánea*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Werch E., & DiClemente C. (1994) *Modelo de Etapas con Componentes Múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con la etapa de uso de los jóvenes*. Health Education Research, Theory and Practice, 9, (p.1-21).

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA:

- Real Decreto 2816/1982, de 27 de Agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Policía de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas*. Boletín Oficial del Estado(1982)
- Real Decreto 152/2001, de 24 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta de bebidas alcohólicas y de tabaco o sus labores*. Madrid: Boletín Oficial del Estado(2001)
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*. Modificada en su art. 4º por la Ley 5/2009 de 22 de Diciembre (Ley Ómnibus). Madrid: Boletín Oficial del Estado(2005)

Ley 11/2005, de 26 de diciembre, reguladora de los Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Madrid: Boletín Oficial del Estado(2005)

Ley 42/2010, de 30 de Diciembre, por el que se establecen las Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, al suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Madrid: Boletín Oficial del Estado(2010)

Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, de 10 de diciembre,
aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas(2013).

ANEXO 1

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) (1995-2013)

Las encuestas están dirigidas por la Delegación General para el Plan Nacional sobre Drogas con la colaboración de las comunidades autónomas. Se realizan cada dos años y se inició en 1995, por lo que se tienen los resultados de diez encuestas. Permiten conocer la evolución del consumo de sustancias, las características de los consumidores y el riesgo percibido entre otros, en la población entre 15 y 64 años residente en España.

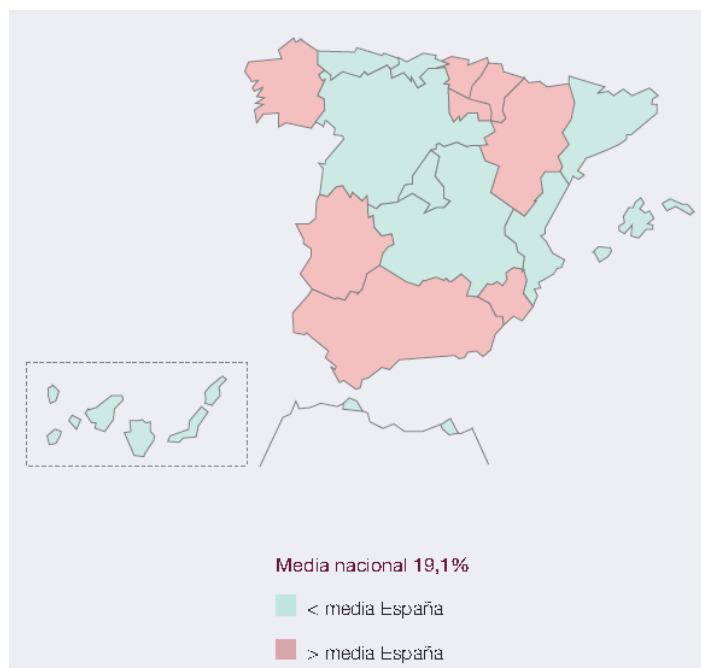
Las sustancias de más importancia son el alcohol y el tabaco, de los cuales se tiene unos resultados en los que reflejan que el 93,1% de la población ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión y en Aragón el 95%, y el 73,1% ha fumado alguna vez en España, sin embargo en Aragón el 69,3%, siendo el 2009 un año de incremento. Respecto a la consumición de tabaco en 2013 se registró que el 30,8% de la población fuma cada día, y refiriéndose al alcohol, disminuye al 9,8 en comparación con el 14% que se produjo entre 2001 y 2005.

La edad media de inicio del alcohol y el tabaco según estas encuestas, se mantienen 16,7 y 16,4 años respectivamente, y son los jóvenes los que han ido incrementando su consumo. En Aragón se encuentra que la edad de inicio es de 16,2 y 18,2 años.

Tanto en el alcohol como en el tabaco, el sexo masculino supera al femenino y es tan solo en los tranquilizantes donde las mujeres superan a los hombres en el 2013, aunque hay que destacar que entre 2011 y 2013 los hombres se han mantenido estables en el consumo, y las mujeres lo han aumentado.

En cuestión de las "borracheras" como media española consta de 19,1% de la población que se ha emborrachado en los últimos doce meses y Aragón es una de las comunidades que lo supera con 19,7%.

Prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo desde el primer Plan Nacional Sobre Drogas hasta la actualidad



Fuente: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España *Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por comunidades/ ciudades (porcentajes). España, 2013.*

El botellón se extiende en los jóvenes entre 15 y 24 años con el total de 52,2% de la población que lo ha practicado en el año 2013, siendo el 56,2% hombres y el 47,9% mujeres. Los días donde más se consumen bebidas alcohólicas entre jóvenes son los fines de semana seguidos de los jueves. Por otra parte, el consumidor diario de tabaco en Aragón se establece con un porcentaje por debajo de la media española con un 28,4% y permanece estable con respecto a años anteriores.

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)1994-2014

Los resultados de ESTUDES se centra en las muestras dirigidas a la población entre 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias aportan la siguiente información.

Uno de los resultados destacados y ya nombrados es que las sustancias más consumidas por los estudiantes son el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 83,9% consumieron alcohol alguna vez, el 43,8% tabaco y el 33,6% cannabis. En Aragón, se

muestra como la edad de inicio es de 13,2 años en el tabaco y de 13,5 años en el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol ha ido aumentando con los años, sin embargo el progreso del tabaco decreció hasta 2010, pero en 2012 volvió a aumentar. Los resultados muestran como el consumo diario de alcohol es prácticamente inexistente entre jóvenes, sin embargo el porcentaje anterior se mostraba alto debido a las nuevas tendencias de botellones y consumo puntual en fines de semana acompañadas de borracheras y bringedinking. Como se puede observar en el informe de 2013, en el 2012 aumentaron el número de estudiantes consumidores de alcohol, pero son menos los que lo hacen a modo de atracón, por lo que el informe detalla que "este hecho supone un cambio en la tendencia ascendente que se viene observando entre los estudiantes de 14 a 18 años para los patrones de consumo intensivo"(Informe de Drogas 2013, p.83) Son las siguientes encuestas las que informen del mantenimiento o no de la tendencia decreciente del 2012.

Haciendo referencia al lugar de acceso a las bebidas alcohólicas y de consumición, destacar que suelen conseguirlo en la mayoría de los casos en supermercados y bares, y los consumen en bares o lugares públicos abiertos.

En la consumición del tabaco comentar que el 43,8% de estos jóvenes afirman haber fumado en alguna ocasión. En 2010 la cifra bajó a 39,8% siendo la mínima en los años que se han ido elaborando las encuestas. En 2012 se analiza que el 12% de los hombres y el 13,1% de las mujeres entre estas edades son fumadores diarios. En este caso son las mujeres las que fuman más que los hombres, las que antes comienzan este hábito y cuya de edad media de inicio se sitúa en 13,6 años.

Uno de los datos interesantes, es que cuando se tienen padres fumadores el 21% de estos jóvenes son consumidores diarios, y en los hogares donde los progenitores no son fumadores, el 7,5% es el porcentaje de jóvenes que fuman diariamente.