

# Trabajo Fin de Grado

## **Drogas, historia, consumos y medidas tomadas en relación a su uso.**

Autor

**Adrián Mendoza Gómez**

Director

**Rafael Díaz Fernández**

Facultad de ciencias humanas y educación

2016

## ÍNDICE

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN .....  | 5  |
| 2     | METODOLOGÍA: .....  | 5  |
| 3     | HISTORIA: .....   | 6  |
| 3.1   | Antecedentes y evolución de la educación para la salud: .....   | 6  |
| 4     | TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS... ..  | 8  |
| 4.1   | Teorías parciales o basadas en pocos componentes;.....  | 8  |
| 4.2   | Teorías de estadios y evolutivas;.....  | 9  |
| 4.3   | Teorías integrativas y comprensivas. ....   | 10 |
| 5     | ESTRATEGIAS: .....  | 12 |
| 5.1   | ONU y OMS; .....  | 12 |
| 5.2   | A nivel europeo;.....   | 15 |
| 5.3   | A nivel nacional (España);.....   | 16 |
| 5.3.1 | Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. ....  | 18 |
| 5.3.2 | Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 .....  | 20 |
| 5.3.3 | Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012 .....   | 26 |
| 5.3.4 | Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 .....   | 28 |
| 5.4   | A nivel autonómico (Aragón). ....   | 29 |
| 5.4.1 | I Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas<br>.....                                  | 29 |
| 5.4.2 | II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas<br>adictivas .....                                 | 31 |
| 5.5   | A nivel Provincial (Huesca):.....   | 37 |
| 5.5.1 | Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras<br>Adicciones 2011-2017(Ayuntamiento de Huesca). .... | 37 |
| 5.5.2 | Programas de Prevención llevados a cabo desde el ámbito educativo. ....   | 38 |

|   |   |    |
|---|---|----|
| 6 | VALORACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 42 |
| 7 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                  | 46 |

**Drogas, historia, consumos y medidas tomadas en relación a su uso.**

**Drugs, history, consumption and actions taken in relation to their use.**

- Elaborado por Adrián Mendoza Gómez.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Diciembre del año 2016
- Número de palabras (sin incluir anexos): 14.577

**Resumen**

Análisis de la situación actual y medidas tomadas con respecto del consumo de drogas, desde el área de la prevención de los consumos, centradas en el ámbito educativo propio de España y la Comunidad Autónoma de Aragón, así como una visión multicomponente, a nivel histórico, social, sanitario, económico y psicológico en la relación con el uso y consumo de drogas.

**Palabras clave**

Drogodependencias prevención, educación, consumo, estrategia, plan.

## **1 INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN**

El mundo de las drogas y su consumo es una realidad patente en la sociedad hoy día. Saber cómo actuar frente a las mismas de manera adecuada, así como conocer las estrategias y acciones destacadas en la lucha por su erradicación se hace indispensable, más aun si cabe desde la perspectiva de ejercer en el futuro la docencia, ya que así se puede entender y enseñar de manera correcta, adecuada y preventiva en lo referente al consumo de drogas desde el área educativa de la “educación para la salud”

El objetivo fundamental de la elaboración de este trabajo es el conocer más a fondo el mundo de las drogas, desde varias perspectivas fundamentales: como son las drogas desde la educación para la salud, su historia y vinculación con el hombre, sus distintas clasificaciones, los modelos de conducta y consumo de las drogas, y también las estrategias y planes realizados con perspectivas para su erradicación o disminución de consumo. Se realiza un análisis más detallado acerca de los planes y estrategias a realizar con respecto al ámbito educativo. Es por ello que el ámbito de referencia en la actuación contra el consumo de drogas será las medidas preventivas establecidas en la educación de España, a través del análisis de la situación en el espacio temporal en el que se desarrollan los planes y estrategias.

## **2 METODOLOGÍA:**

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

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

### 3 HISTORIA:

Desde este primer apartado se va a realizar una cronología acerca de las fechas más relevantes en relación a la educación para la salud, para poder entender bajo que principios se creó dicha área, así como su tratamiento y evolución a lo largo de los últimos 70 años.

#### 3.1 *Antecedentes y evolución de la educación para la salud:*

-En 1946 surge la *OMS* (organización mundial para la salud) en el contexto de la ONU, para defender e impulsar la salud a nivel mundial. Desde su perspectiva, la OMS define a la salud como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades". Así pues, la salud se entiende no como el objetivo de la vida sino como un recurso para la vida, poniendo de esta manera en los recursos personales, sociales y en las aptitudes físicas.

- En 1974, el ministro de sanidad de Canadá (Lalonde) estudia y analiza los determinantes de salud de una comunidad, para establecer relaciones a partir de este informe con la productividad y variables socio económicas. Identifica 4 variables: "La biología humana", "El sistema de asistencia sanitaria", "El medio ambiente" y "El estilo de vida". De esta manera demuestra la importancia y valor de los distintos determinantes de salud de una población y los correlaciona con los presupuestos de salud y gastos sanitarios de Canadá. Se desprende también de este estudio que las dos últimas variables son las que más determinan la salud de las poblaciones.

- En 1978, en Alma-Ata (Kazajistán) se celebra la *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud*, donde surge la "Declaración sobre cuidados primarios de Salud".

- En 1986, con la celebración de la *1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud* en Ottawa (Canadá) se presenta la llamada "Carta de Ottawa". Aquí la salud es considerada un derecho humano fundamental, y por tanto, todas las personas han de tener derecho a un acceso a los recursos sanitarios básicos, mostrando así una perspectiva integral y global de salud. Dice también dicha carta, que la promoción de la salud es el proceso que permite incrementar el control sobre la salud para mejorarla. Por

ello se depende de esta carta una intencionalidad de prevención, así como un proceso político y social para mitigar el impacto negativo en la salud pública e individual de hábitos asociados a una mala salud. Las áreas prioritarias en las que se basará serán las siguientes:

- Establecer una política saludable;
- Crear entornos que apoyen la salud;
- Desarrollar las habilidades personales con respecto a la salud;
- Reorientar los servicios sanitarios.

- En el año 1986, el gobierno español promulga la *Ley General de Sanidad 14/1986* para potenciar el cambio de modelo sanitario, cambiando hacia una vertiente de promoción de la salud y preventiva. (1996)

- En 1997 en la *Declaración de Yakarta (Indonesia)*, se dan una serie de directrices para guiar la salud en el siglo XXI y para la promoción de la salud. Las áreas de acción prioritaria que dicen que son necesarias y esenciales para todos los países son las siguientes:

- Promover la responsabilidad social para la salud;
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud;
- Expandir la colaboración;
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos;
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Por ello, prevenir las drogodependencias desde la promoción de la salud es enseñar a los individuos, grupos y comunidades a ejercer un mejor control sobre los componentes tanto personales como ambientales con respecto hacia las drogas, con la indispensable ayuda de la educación para la salud (Díaz Fernández, R., y Sierra Berdejo, M., 2008).

## 4 TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS <sup>1</sup>

Son las teorías psicológicas y sociológicas que explican los motivos, razones o argumentos por los que las personas consumen las sustancias estupefacientes. Bajo esta perspectiva tan amplia será también necesaria una clasificación, dando lugar a 3 tipos distintos de teorías:

### 4.1 *Teorías parciales o basadas en pocos componentes;*

Estas teorías se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Las teorías más destacadas en este apartado son:

-*Teorías y modelos biológicos* que dan su explicación a un componente de causa biológica dentro de la condición de cada persona para justificar la adicción.

-*El “Modelo basado en la afectividad” de Pandina (1992)* nos explica el porqué del consumo y abuso de drogas a partir del vínculo de la afectividad y la vulnerabilidad a la hora de su abuso, ya que la afectividad es clave a la hora de controlar la conducta, y si esta afectividad torna en negativa a partir del consumo de sustancias se obtendrá un refuerzo positivo.

- *La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)* nos dice que "realizar un acto que se considera desviado respecto de una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella y en donde lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo define como adaptativo". Por tanto es destacable el valor de asimilar las normas sociales y que se valore la estima del individuo, tanto de manera propia como por los demás, ya que de no ser visto así se iría a realizar conductas desviadas, que llegado el caso pueden implicar actos ilícitos. En resumen, el entorno y como nos desarrollemos en el buscando una valoración positiva nos hará mantener la conducta, o por el contrario nos hará llegar a la conducta desviada.

---

<sup>1</sup>Extraído de “Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección” Díaz, R., y Sierra, R., (2008)

-Teorías *basadas en el enfoque sistémico y modelos de familia* dan relevancia a que el consumo se realiza para expresar una conducta inadaptada dentro del ámbito familiar, provocando en la misma unidad familiar desavenencias.

-El *modelo social de Peele (1985)* hace un mayor hincapié en que es la propia interpretación del sujeto a la experiencia del consumo lo que produce la adicción y no la sustancia o la conducta de consumo.

En este grupo de teorías se incluyen también la *automedicación* de los sujetos.

#### 4.2 *Teorías de estadios y evolutivas;*

Son teorías basadas en estadios o nivel de desarrollo evolutivo de los individuos respecto a la madurez para justificar el consumo de drogas. Entre las más destacadas se encontrarían las siguientes teorías:

-*Modelo evolutivo de Kandel (1980)*: el consumo de drogas se rige por pasos secuenciales en 4 etapas distintas, partiendo de la teoría de la socialización, primero se consumen drogas legales facilitando el paso al consumo de las ilegales. La clasificación que establece es: 1) cerveza o vino; 2) cigarrillos o licores; 3) marihuana; 4) otras drogas ilegales.

-*Modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994)*: es un modelo orientado a la prevención primaria para ayudar a los jóvenes a mantenerse en la no utilización de drogas. Se rige por una escala que va desde el no uso de las drogas hasta el uso continuado en la siguiente escala: 1) no se contempla usar drogas; 2) se piensa iniciar el consumo; 3) se pretende utilizarlas en el futuro inmediato; 4) se produce el inicio del consumo; 5) se continua consumiendo (Becoña, 2002: 145).

-*Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al (1998)*, también conocido por “Efecto Pigmalion”. La familia en este modelo es un elemento básico de socialización de los valores de la sociedad no solo por su poder de imitación, si no que depende de la influencia que tiene, como los otros no tienen en estima, nos tratan y nos ven (Becoña, 2002: 149).

-*Modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)*: en este estudio se refleja que el consumo en el tiempo siempre descende, tanto a nivel del individuo así como en el de su entorno, y se incrementan las parejas que se casan llevando a una tasa mayor en la convencionalidad. Este hecho es explicado a partir de la maduración asociada al avance de la edad.

-*Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)* que trata acerca de la importancia de los cambios de roles que se dan en el proceso hacia la vida adulta, entendida como llegar a una madurez o independencia por parte del individuo, y sus consecuencias posteriores, dependiendo de la edad de transición a esta vida adulta, ya que cuanto mayor es la edad de transición a la vida adulta menor ansiedad se tendrá al llegar a ella, evitando así consecuencias adversas y actividades desviadas como el consumo de drogas), y del sexo, ya que las mujeres al madurar biológicamente antes y tener un proceso de socialización distinto están menos implicadas en conductas desviadas.

-*Modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992)*: está basado en factores de riesgo asociados al consumo de drogas: factores genéticos y neurológicos, predisposición a conductas problemáticas, factores psicológicos, factores ambientales y sociales.

-*Teoría de la socialización primaria, Oetting (1998)*: surge para solucionar los problemas y limitaciones de las teorías anteriores, centrándose en la conducta problema, con la premisa de que todas las conductas sociales son aprendidas, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable (Becoña, 2002: 161).

#### 4.3 *Teorías integrativas y comprensivas.*

Están basadas en la integración de distintos componentes de distintas teorías o son el planteamiento de una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola el problema. A su vez son también las teorías más extendidas actualmente a la hora de prevenir el consumo de drogas.

-*Modelo de promoción de la salud*, que parte del derecho humano de la salud (“Salud para todos”). Las estrategias que utilizan para ello son: el establecer una política

pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y krenter, 1991)

*-Teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura (1986)*, esta se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto con el ambiente en que se lleva a cabo la conducta. En esta teoría se insiste en el término de auto eficacia como pilar central de la misma. Tiene gran utilidad en programas preventivos.

*-Modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y colaboradores (1996)*, mantienen la hipótesis de que los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial son similares. Por ello se le da gran importancia a los factores de riesgo y protección.

*-Modelo integrado de Botvin (1992)*, fue elaborado a partir del desarrollo de un programa preventivo llamado “Tú decides”, basado en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. La prevención se orienta hacia influir sobre factores de riesgo y protección para evitar el consumo.

## 5 ESTRATEGIAS:

En este apartado podremos observar las distintas medidas y estrategias propuestas desde las diferentes instituciones y gobiernos a lo largo del mundo, que velan por la salud de sus ciudadanos, prestando especial hincapié a España, Aragón, y Huesca, ya que es el país, comunidad autónoma y localidad dónde se desarrolla este trabajo. Así pues, en todo momento se establecerá una vinculación entre las estrategias y su promulgación de educación para la salud. La estratificación irá de lo más general a lo más específico, como se puede apreciar en el siguiente guión para ver los entes a tratar y su manera de encaminar y proponer dichas estrategias:

### 5.1 ONU y OMS;

Según el *Informe Mundial sobre las Drogas (2013)* del año 2013, los elevados índices de administración parenteral, los problemas de salud mental y las lesiones físicas, problemas todos derivados del consumo de drogas plantean cuestiones de salud pública.

A nivel general, a través de los datos proporcionados por dicho informe, se pueden observar las siguientes características:

-La situación del consumo de drogas a escala mundial se mantiene estable. No obstante, el consumo simultáneo de varias drogas está causando preocupación a las autoridades sanitarias debido a su poder adictivo y efectos dañinos para el organismo.

-El consumo por inyección ha disminuido, así como los casos de VIH derivados de dicho consumo, creando un problema de salud pública.

-El tráfico por vía marítima aparece como un problema especialmente en el área de África oriental y occidental tienen una mayor prominencia del tráfico de drogas, ya que discurre una nueva ruta hacia el sur desde Afganistán para llegar a los mercados de consumo a través de los puertos de África oriental y occidental.

-Se han creado nuevas rutas terrestres de tráfico de drogas. Cabe destacar que todas ellas se sitúan en países en condiciones desfavorables tanto a nivel de desarrollo

político, como económico y social, y por ello las mafias se aprovechan de la situación para sacar beneficio.

Las tendencias globales de consumo de drogas, según la clasificación de las mismas, serían las siguientes:

- Opiáceos: el consumo de opioides ha aumentado en parte de Asia y África desde 2009, en Europa el consumo disminuye. Afganistán sigue siendo principal productor mundial con una tasa de producción del 74%. México se ha postulado como el mayor productor de opioides de América.

-Cocaína: la superficie mundial dedicada al cultivo de coca se estableció en alrededor de las 155.600 hectáreas en 2011. Las mayores incautaciones a nivel mundial se han dado en Colombia y Estados Unidos. En América central el tráfico de cocaína ha dado lugar a la violencia y bandas organizadas por su control, tanto de origen paramilitar como social (Las FARC, pandilleros reunidos entornos a Los Latin Kings, Las Maras, etc.). La cocaína se sigue considerando droga de ricos, pese a que la magnitud de su consumo no responde siempre al contenido de la billetera.

-Estimulantes de tipo anfetamínico: se está expandiendo de manera global, y por tanto en relación con este dato las incautaciones y los niveles de consumo se han visto en aumento, con un consumo muy extendido. El número de incautaciones fue de 123 toneladas en el año 2011 en México y Estados Unidos.

-Cannabis: esta droga se produce prácticamente en todos los países debido a su facilidad de cultivo y la gran cantidad de materiales específicos dedicados de manera exclusiva a ello. Es la sustancia ilícita más consumida en todo el mundo por lo descrito anteriormente. La densidad del cultivo de plantas varía según el método de cultivo (al aire libre o bajo techo) y a factores ambientales.

-Nuevas sustancias psicoactivas: son sustancias de uso indebido que no están fiscalizadas por tratados internacionales sobre drogas. Estas nuevas sustancias incluyen sustancias o productos psicoactivos no reglamentados, que tratan de imitar los efectos de drogas sujetas a fiscalización y catalogadas con anterioridad. Los estados deben de elaborar métodos ajustados a sus marcos legislativos para conocer, analizar y catalogar

dichas sustancias. Cuando una NSP se somete a fiscalización o se incluye en las listas según los tipos de efectos producidos. Su consumo disminuye después de la inclusión en listas de una NSP. Este nuevo tipo de sustancias son las que más preocupan a los gobiernos e instituciones, ya que están apareciendo en el mercado cada día distintas sustancias para evitar los marcos legales elaborados constantemente, haciendo de la lucha contra ellas lenta y poco fructífera. Pese a todo esto, lo que verdaderamente hace peligrosas a las NSP es su percepción, ya que muchas veces su comercialización como colocones legales, da a entender que de su consumo no se produce ningún tipo de problema en la salud, cuando lo más seguro es que derivado de su consumo se propicien problemas sanitarios. Es por todo esto que países de todo el mundo han visto la aparición de NSP. Su origen y fabricación, pese a estar más extendida en Europa y América del Norte, está en Asia, en países donde la industria química y farmacéutica está más avanzada. El papel de la tecnología es más relevante de lo que podemos imaginarnos en un primer momento, ya que Internet es la principal fuente de suministro, sobre todo para la importación y venta al por mayor. Pese a ello, los consumidores finales siguen prefiriendo los canales tradicionales (venta al por menor o menudeo con personas físicas de su confianza). La propagación de nuevas sustancias psicoactivas a nivel regional, según arroja este informe es que el 5% de la población de 15 a 24 años de edad ya han experimentado con NSP en la Unión Europea, y en España un 8%.

Las medidas a tomar en el futuro para la no proliferación de drogas y la disminución en su consumo y venta pasa por la elaboración e inclusión en listas de estas sustancias, o su fiscalización en cada país. Es por ello que los países deberían crear una red coordinada a nivel mundial, para que los traficantes no puedan aprovechar los entresijos legales de cada país para su beneficio. Se necesita también conocer y compartir métodos y experiencias en respuesta al consumo de las sustancias, estableciendo sistemas de atención temprana que informen y presten apoyo para la erradicación de su consumo. También hay que mencionar las numerosas medidas tomadas por los países para intentar paliar o solucionar este problema que nos atañe. Entre ellas las más importantes son la promulgación de leyes (“ley de medicamentos”, “listas de sustancias análogas”, “listas de criterios genéricos”) y establecer sistemas de “alertas tempranas”.

## 5.2 A nivel europeo;

A partir del *Informe Europeo sobre drogas* (2014) del año 2013, vemos las tendencias acerca del consumo de sustancias, que se mantienen estables en los últimos años, descendiendo el número de consumidores de drogas por vía parenteral y retrasando la edad de consumo de cocaína y cannabis, aunque la situación económica y la aparición de las nuevas drogas sintéticas, siembran la inquietud de las personas responsables de llevar a cabo el control y las políticas para la erradicación del consumo de dichas sustancias. Por todo ello, se necesita identificar y añadir respuestas funcionales para poder reducir la demanda. El consumo con carácter recreativo y vinculado al sector del ocio tiene gran difusión entre los jóvenes, y se ha observado además que en poblaciones de consumidores problemáticos se da también este aumento en el consumo.

Con estas perspectivas generales acerca del consumo, tenemos que el *cannabis* sigue siendo la droga más consumida en Europa, aumentando la cantidad de tipos de productos disponibles, además de la aparición de nuevas sustancias sintéticas que tienen efectos similares al cannabis, lo cual tiene en jaque a la salud pública de los países miembros. El cannabis es también una droga que tiene una actitud muy marcada en la población, y por tanto hay países miembros que distinguen entre el cannabis y el resto de drogas en su control de las mismas, haciéndolas de curso legal en determinados lugares y ámbitos de consumo. Hoy en día se conocen y comprenden mejor los problemas derivados del consumo de cannabis, y esto hace que se trabaje mucho la faceta preventiva con los jóvenes para no incorporarlos al consumo de dicha sustancia, o retrasarlo el máximo tiempo posible. Además, esta droga es la segunda que mas demanda tiene para iniciar tratamientos específicos en su desintoxicación por parte de la población europea.

La *heroína* y *otros opiáceos* tienen una tendencia a la baja en líneas generales tanto en el consumo como en las incautaciones, aunque destacan Rumanía y Grecia por los aumentos de brotes en consumo parenteral e infecciones de VIH derivadas del mismo. El número de consumidores que inician su desintoxicación de este tipo de drogas también es decreciente, viéndose cada vez de una manera más efectiva las medidas de

prevención acerca de su consumo, así como de asistencia y reinserción social de sus consumidores.

Con respecto al consumo de la *cocaína* y *el crack*, se ve que su consumo se concentra en un pequeño número de países de Europa occidental. El consumo de la cocaína en polvo es mucho mayor que el de crack, y la tendencia de su consumo en general es también decreciente, aunque las incautaciones han disminuido debido a la diversificación de las rutas de narcotráfico. Actualmente se da un servicio especializado para los consumidores problemáticos, que además se apoya en intervenciones psicosociales.

En lo que se refiere a *drogas estimulantes sintéticas*, la anfetamina y el éxtasis siguen siendo los más consumidos, llegando a competir con la cocaína, todo ello debido a factores de los consumidores como la disponibilidad, el precio y la “calidad” percibida del producto. Por todo esto hay una disminución del consumo de anfetamina por el aumento de disponibilidad de metanfetamina, y el éxtasis ha bajado en popularidad ya que muchas pastillas vendidas no contienen apenas MDMA o son de baja pureza. Por estos motivos se ha dado la reciente incorporación al mercado de las drogas ilegales de las “Nuevas sustancias psicotrópicas”.

La aparición en escena de las *nuevas sustancias psicotrópicas* es debido principalmente a imitar los efectos de las drogas controladas y registradas por la legislación. Muchas se venden en el mercado ilegal, pero otras son comercializadas como “euforizantes legales”. La evolución de estas nuevas sustancias es muy rápida, a lo largo de 2013 apareció una nueva sustancia más o menos cada semana del año. La mayoría de estos productos son mezclas de sustancias sintéticas, de ahí la dificultad de los servicios de farmacología y toxicología para averiguar cuáles pueden ser las consecuencias derivadas de su consumo para la salud.

### 5.3 A nivel nacional (España);

A nivel nacional, España lleva un registro de sus actividades y estrategias frente al consumo de drogas desde el año 1985, cuando se creó el primer *Plan Nacional Sobre Drogas* (PSND) al darse cuenta de la dramática realidad que sucedía en los años 80 en

nuestro país. Este es el primer documento creado por el gobierno español llevado a cabo el 27 de octubre de 1984 por el Ministerio de Sanidad y consumo. Desde la perspectiva del gobierno, la manera de enfrentarse al problema de las drogas no es únicamente desde el ministerio de sanidad, si no que hace un tratamiento transversal del problema haciendo participes a todos los ministerios. De esta manera el Ministerio de Asuntos Exteriores se hace cargo de la cooperación internacional, proporciona información sobre tratamiento y consumo de droga en otras naciones y países, etc. El Ministerio de Educación y Ciencia desarrolla programas para la salud y educación integral en sus escuelas promoviendo la educación para la salud por primera vez, y proponiendo programas de innovación educativa frente a la droga, dando una formación específica al profesorado y creando una reforma y mejora del sistema educativo de esa época, dotando de cursos ocupacionales y programas deportivos para los jóvenes. Para finalizar con las medidas propuestas, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social propone una cooperación con organizaciones sociales, el desarrollo de programas y servicios de asistencia para la reinserción social y así facilitar la rehabilitación laboral del toxicómano.

También se puede apreciar que en estos comienzos la información a partir de datos fiables y estadísticas es muy escasa, así como tampoco abunda una formación específica para los profesionales y agentes implicados en la materia (médicos, psicólogos, profesores, etc.), poca colaboración entre los profesionales involucrados, y que todavía no se da la búsqueda de un tratamiento integral de los toxicómanos. Se busca también un tratamiento más específico en estamentos considerados de riesgo por sus condiciones socio-laborales, destacando la actuación en casos de menores.

El problema de las drogas es de una magnitud tan amplia en el numero de dimensiones a tratar, que se necesita la colaboración de tantos agentes como se pueda, y por ello la coordinación es un aspecto clave, para poder crear una visión global del problema y mejorar las intervenciones, así como la gestión de los recursos disponibles. Es por ello que esta coordinación se enfoca en dos frentes interdependientes: la Reducción de la Demanda, de la cual se hace cargo el sector sanitario, social y educativo realizando actuaciones de carácter transversal para obtener los objetivos, y la Reducción de la Oferta, que atañe a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y

órganos judiciales. Para que esta coordinación se lleve a cabo de manera efectiva, se crearon los siguientes órganos:

-Grupo Interministerial del Plan Nacional sobre Drogas (1985): Asegura la coordinación de los distintos departamentos de estado.

-Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas (1985): Coordina entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

Aunque no aparezcan órganos específicos, estas relaciones de coordinación también se deben llevar a cabo a nivel autonómico y local, ya que desde ahí se llevan a cabo las intervenciones reales sobre la población.

### *5.3.1 Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.*

Tras 15 años de aplicación del Plan Nacional sobre Drogas (1985) se crea la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 (2000) para dar respuesta y actualizar las medidas en la lucha contra las drogodependencias. Entre los objetivos destacados que se quieren cumplir se remarca la faceta preventiva de las acciones como una prioridad. Para ello se busca una mayor vinculación de la sociedad y una modificación de los prejuicios sobre los consumos de drogas.

Esta nueva estrategia surge a raíz de los cambios producidos en la década de los 90, dónde la heroína deja de ser la droga más consumida, pero sigue habiendo un gran número de problemas sanitarios y sociales relacionados con su consumo. Sumado a este factor, en esta década surgen nuevos patrones de consumo, vinculados a la población juvenil, enmarcados en el consumo de fin de semana con el objetivo de divertirse, mostrando que estos nuevos consumo no son como los de los años 80, ya que no llevan asociados comportamientos marginales como con la heroína, reduciendo así la sensación de alarma social de la población derivada del consumo de drogas.

Las tendencias predominantes en el consumo de drogas pueden reducirse a que el *alcohol* sigue siendo la sustancia más consumida, de forma recreativa, centrada sobre todo durante los fines de semana, propiciándose más en el tramo de población comprendido entre los 19 y 28 años de edad, su arraigo cultural es tal que se da muy

poca percepción de riesgo en su consumo, y por tanto es más difícil llevar a cabo estrategias de prevención. En segundo lugar se sitúa el *tabaco*, con una media de edad de contacto al mismo de 16,6 años, destacando la prevalencia de consumo en las mujeres. El cannabis ocupa el tercer puesto, y es la droga ilegal más consumida en España, expandiéndose sobre todo su consumo entre la población joven del país. Con respecto a la *heroína* se estabilizan los datos de consumo. Por el contrario, en la cocaína se puede observar un aumento en el consumo por parte de los jóvenes, así como el número de personas que necesitan atención derivada de los daños asociados al consumo, debiendo de prestar una mayor atención a la prevención y tratamiento de estos consumidores. Para poder tener una mayor cantidad de datos a analizar y poder actuar de manera eficaz a cada problema de consumo, se decide crear el Observatorio Español sobre Drogas (1997) para informar acerca de la problemática con respecto al consumo de drogas en España y recopilar información a partir de realizar encuestas de manera periódica.

Además, se propondrán nuevas metas a conseguir a partir de estos patrones de consumo vigentes, tratando de que no se expanda el fenómeno de las drogodependencias y mejorando la situación de las personas aquejadas, haciendo participe a toda la sociedad y sensibilizándola acerca de los problemas y riesgos asociados al consumo de drogas, enfatizando en la faceta preventiva, basada en la educación y dirigida a jóvenes y niños para que sean capaces de adoptar decisiones adecuadas en relación a su salud. Por ello se promocionará la educación para la salud como materia transversal según la LOGSE, dirigiendo estas acciones a profesores, alumnos y padres y llevando a cabo también estas acciones en grupos que puedan encontrarse en situación de vulnerabilidad. Es aconsejable que las acciones se encuadren dentro del Proyecto Educativo de Centro (PEC) y se desarrollen durante un periodo largo de tiempo. Se deberán de crear también materiales preventivos, adaptados a la edad de desarrollo del alumno, que remarquen los riesgos asociados al consumo, así como valores en relación a la salud.

Los objetivos que se plantean en relación al ámbito educativo son los siguientes:

-Formar al personal docente de Educación acerca de los problemas asociados al consumo de drogas. A la vez también se acreditará la formación así como los programas escolares llevados a cabo

-Lograr que la mayoría de los alumnos al finalizar la enseñanza obligatoria tengan información, habilidades y destrezas suficientes acerca de cómo solventar de manera eficaz el trato con las drogas.

-Desarrollar proyectos de investigación sobre prevención de drogodependencias en el medio escolar, familiar y comunitario.

### 5.3.2 *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*

En la actualidad, se lleva a la práctica la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Esta estrategia se centra en los objetivos de disminuir la oferta y reducir los consumos y riesgos que entraña para la salud del propio individuo, así como la que se deriva para el conjunto de la sociedad, queriendo implicar al mayor número de personas en su elaboración, adaptando las políticas a las necesidades individuales de cada persona, buscando así la mejora de la efectividad y calidad de las acciones. Por ello, se destaca la perspectiva humanitaria, que trata de proteger y respetar los derechos de los afectados, así como de la población de ser susceptible de estar en vulnerabilidad, queriendo proteger la salud pública y la de los propios consumidores, ya que se ve que este impacto sanitario y social indeseado puede ser evitable. Todas las drogas (ya sean de comercialización legal como ilegal) serán abordadas desde un planteamiento integral en todos los ámbitos y la búsqueda de la implicación de toda la sociedad en contra de esta lacra. Se garantizará la asistencia sanitaria vinculando la terapia con servicios sociales y laborales, haciéndola de manera normalizadora. Por todo esto, la actuación debe de realizarse de manera integral, buscando respuestas sostenibles a largo plazo, optimizando la coordinación de las instituciones y agentes que están implicados, fijando “prioridades razonables, asumibles y asequibles”.

La estrategia quiere ser una solución real y eficaz, y por ello se da cuenta de los cambios y tendencias de las drogas, entre las que se destacan los cambios de perfiles de consumidores (con los policonsumos o modelos de atracón de varias drogas y la

vinculación de drogas y ocio), la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas, el aumento de personas que padecen trastornos mentales derivados del consumo de sustancias psicoactivas, la inmigración, etc. Para saber a qué se le hace frente y estas nuevas tendencias, el sistema de información es algo básico, ya que facilita de gran manera la recogida de datos fiables en relación con las drogas. Esta recopilación se lleva a cabo a través de enviar encuestas de dos tipos de manera periódica: la *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007* (EDADES) dirigida a personas de 18 a los 64 años y la *Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006* (ESTUDES) dirigida a estudiantes de 14 a 18 años. También se realizan encuestas a las personas que han sido admitidas a algún tipo de tratamiento por consumo. Bajo estos indicadores, y la evaluación del análisis de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 se destaca que:

-Va disminuyendo el número de consumidores por vía parenteral, pero dichos consumidores muestran cifras muy altas de infecciones por VIH y la hepatitis;

-Se ha estabilizado o disminuye el consumo de cocaína y cannabis, especialmente entre el colectivo escolar de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. De ahí la gran importancia de educar desde la salud y el trabajo de prevención e información llevado a cabo en centros escolares.

-Ha descendido el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco).

-La droga ilegal más consumida hasta la fecha sigue siendo el cannabis, con una prevalencia de consumo del 11,2% en la población comprendida desde los 14 hasta los 64 años de edad, aunque estas cifras aumentan hasta el 29,8% en la población escolar comprendida entre las edades de 14 a 18 años.

-La cocaína se sitúa en segundo lugar entre las sustancias ilegales más consumidas, con una prevalencia de consumo del 3% de la población comprendida en el tramo de edad que va de los 14 a 64 años. Esta cifra, para la población en edad escolar comprendía entre los 14 a 18 años, aumenta hasta el 4,1%.

- La población adulta (es decir comprendida en el tramo de edad que va desde los 14 a 64 años) tiene una mayor percepción del riesgo que acarrea el consumo de drogas, aunque no se asocia la percepción de riesgo con un no consumo de sustancias.

Es por todos estos costes socio-económicos por los que España encarna una dura batalla contra el tráfico y el consumo de dichas sustancias. Por la localización geográfica, forma parte de rutas de transporte y distribución desde países productores (en enclaves con menor desarrollo económico como pueden ser países de África y Sudamérica) hacia el interior del continente europeo. Las fuerzas del orden bajo el amparo de la jurisdicción española tratan de erradicar dicho transporte ilícito, realizando gran cantidad de decomisos, con 243.858 decomisos en el año 2006 (Centro de Inteligencia del Crimen Organizado.2006). A través de estos decomisos, también sabemos que la mayoría de incautaciones de sustancias ilícitas es de productos cannábicos y cocaínicos, haciéndolo coincidir con las drogas más consumidas en nuestro país. La pureza de las drogas es mayor cuanto mayor es la cantidad de droga transportada, y va disminuyendo conforme desciende el tamaño de la cantidad a vender, es decir, la pureza final del producto comprado por menudeo se “diluye” además de llevar otras sustancias que no se sabe verdaderamente los riesgos que podría conllevar por su consumo. El número de detenciones debido a delitos vinculados con el tráfico y venta de sustancias estupefacientes se ha mantenido similar a las cifras de la estrategia anterior, 16.766 en el año 2006 por 14.922 en el año 1997. Desde el punto de vista sancionador, las denuncias si han tenido un gran aumento por el consumo o tenencia ilícita, de 63.855 en el año 1997 a 218.656 en el año 2006 (“informe sobre precios y purezas de drogas”. Centro de Inteligencia del Crimen Organizado.2006).

Es debido a todos estos datos por lo que se determinaran los principios por los que se regirá la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

-Consideración de la evidencia científica: A partir de ella, y los criterios de efectividad y eficiencia se desarrollaran las intervenciones.

-Participación social: Es la base de la estrategia, ya que trata de actuar para todos, y por ello desde su elaboración cuenta con la sensibilización de la sociedad con este problema de salud así como crear una conciencia acerca del uso y abuso de

sustancias. También se quiere prestar una atención mayor a sectores de población que por sus condiciones socio-económicas puedan estar en situaciones de riesgo o vulnerabilidad.

-Interseccionalidad: Se quiere dar un enfoque transversal, para así poder coordinar y optimizar los recursos y la cooperación existente entre los distintos estamentos que trabajan en ello.

-Integralidad: La estrategia no solo actúa sobre la disminución de la venta y consumo de sustancias ilegales, también trata de hacerlo con las drogas de venta legal (alcohol y tabaco).

-Equidad: Se quiere proporcionar una verdadera igualdad a todos los ciudadanos de España en el acceso a programas, recursos y servicios dispuestos para superar esta problemática.

-Enfoque de género.

Los ámbitos de actuación y los objetivos generales han de hacerse reales en su actuación, y esta se centra en dos frentes: la Reducción de la Demanda y la Reducción de la Oferta, añadiendo además la mejora del conocimiento científico y la formación. Cada uno de estos frentes comprende una gran variedad de estrategias, poblaciones y contextos de actuación, por lo que explicaré aquellas destinadas a la prevención del ámbito educativo.

Con respecto a la *Reducción de la Demanda*, esta se orienta en tres vertientes, que han de afrontarse de manera diferenciada pese a haber contenidos comunes y transversales: primero la prevención, luego la disminución del riesgo y de los daños y por último la asistencia e integración social.

Con la prevención, el primer objetivo que se quiere lograr es dar conciencia social acerca de los cuantiosos daños, costes tanto sociales como personales y problemas derivados de las drogas. Se quiere hacer frente a esta situación aumentando las capacidades de resistencia a las drogas y retrasar al máximo posible la edad de inicio al consumo. Por todo ello hay que diferenciar entre las acciones destinadas a personas que

consumen habitualmente drogas y a aquellas que lo realizan de manera aislada, ya que los condicionantes a la hora de consumir drogas detrás de cada tipo de consumidor pueden ser distintos, y por tanto la manera de enfocar esta problemática también lo será. Las “poblaciones diana” a las que va dirigida esta prevención son las siguientes:

-La sociedad en su conjunto: Que la ciudadanía sea participe fomentando valores culturales y de protección, realizando acciones informativas basadas en evidencias científicas, a través de una comunicación entendible para obtener el mayor conocimiento posible, intercambiando así también conocimiento científico y recursos documentales para un mayor entendimiento.

-La familia: La importancia de la familia como núcleo en el proceso de socialización es algo indiscutible, y para los jóvenes son una imagen a tener en cuenta. Es por ello que una educación en el núcleo familiar cree vínculos que propicien habilidades de resistencia al consumo de drogas. En consecuencia, la información y programas que vayan dirigidos a este sector de la población han de adaptarse a tantas y diversas condiciones socioculturales y económicas como tipos de familia haya.

-La población infantil y juvenil: Son la parte que puede tener un mayor contacto con el uso de drogas, y es por ello que a la hora de realizar acciones preventivas se ha de contar con ellos para poder generar alternativas al consumo de drogas de “manera recreativa”.

-La comunidad educativa: Para educar acerca de las drogas es imprescindible que los tres polos de la comunidad educativa (alumnos, familia y profesores) estén implicados, coordinados y cuenten con los recursos necesarios en su zona de acción. Será necesario un alto nivel de interrelación.

-La población laboral: abarca un estrato muy amplio y diverso de nuestra sociedad, pero tiene características similares: estructura social, espacial, temporal, y recursos humanos, técnicos o económicos, facilitando así la prevención. Pero también se requiere de una ayuda del sector empresarial, tanto a nivel de riesgos laborales, como facilitando la reincorporación a la sociedad de personas en rehabilitación e integración laboral, aunque de ello las empresas saquen beneficios económicos.

-Los colectivos vulnerables: No hay que olvidarse que en nuestra sociedad hay determinados grupos sociales vulnerables por su situación socio-económica, y hay que tratar de reinsertarlos en la sociedad y su relación con el consumo de drogas. No se puede caer en el error de generalizar todos los males provenientes de la droga y su consumo a dichos grupos, aunque en algunos casos su relación con las mismas a través del tráfico y venta de droga y delincuencia asociada para conseguir dinero y costearse así su consumo. Hoy día se pueden identificar patrones personales y sociales que aumentan las opciones de acabar consumiendo drogas, entre los cuales cabe destacar el fracaso escolar, los problemas judiciales, los embarazos no deseados en edad juvenil, o comportamientos violentos, ya que todos ellos pueden haber sido fruto de fracasos en la integración social desde etapas tempranas en su desarrollo.

Los contextos de actuación donde se llevarán a cabo estas medidas han de poseer una implicación del sector social y deberán desarrollarse en entornos con elementos preventivos, aunque no hay que olvidar otros contextos que no han sido atendidos de la misma manera. Entre los más destacados cabe nombrar:

-Medios de comunicación: Hoy día son un factor clave en el mundo globalizado, ya sea para formar a las personas o para sugestionar distintas opiniones. Trabajando con profesionales de los medios con recomendaciones y como tratar de manera informativa y adecuada la temática de las drogas desde la prevención en su consumo. También se quiere colaborar con realizadores audiovisuales para que si incluyen drogas no tengan carácter contrapreventivo a lo que se realiza.

-Sistema educativo, sanitario y social: Para conseguir los objetivos enmarcados en la protección se debe de tener en cuenta a estos tres sectores, ya que educan, informan y forman a la población en su día a día.

-Sector del ocio y entretenimiento: el ocio y tiempo libre es una industria potente en los lugares del mundo desarrollados, pero este ocio a veces se entiende asociado al abuso de alcohol y drogas, teniendo una percepción del riesgo baja, sobre todo por la población juvenil.

Como hemos podido ver con anterioridad, bajo la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y para dar cumplimiento a sus objetivos, se desarrollan dos planes de acción de 3 años de duración cada uno, el Plan de acción sobre drogas 2009-2012 y el plan de acción sobre drogas 2013-2016. A continuación hablaré de ambos, centrándome en el ámbito de la prevención educativa, con sus distintas propuestas enmarcadas en la Estrategia.

### 5.3.3 *Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012*

El Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012 se basa en las propuestas de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y con cuyas acciones se pretende alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas para 2009-2016 para el año 2016, cuando finalice. Surge como un instrumento puesto a disposición de todas aquellas personas afectadas por el consumo o estar en contacto con personas que consumen, realizando unas mejores intervenciones para con estas personas, garantizando la calidad de la atención recibida, promoviendo entre la conciencia de la sociedad acerca del riesgo para la salud que tiene el consumo de drogas. Su estructura es similar a la que se da en el Plan de acción de Drogas Europeo 2009-2012, incluye 6 ámbitos de intervención con 68 acciones a realizar, centrándose sobre todo en la reducción de la demanda (ámbito que con 36 acciones es el que mayor número tiene). Se pretende desarrollar programas basados en la evidencia científica que sean eficaces ya sean orientados a la vertiente preventiva, asistencial o de reinserción social. Para su elaboración también hacen uso de los resultados de la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

El segundo ámbito es el que hace referencia a la *reducción de la demanda* con medidas orientadas desde la vertiente preventiva y en relación al sistema educativo, que van destinadas a la concienciación y prevención, del consumo de drogas con los objetivos de “Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas”, para lo cual se crearán y desarrollarán programas en prevención y estrategias de prevención dirigidos a familias y sector educativo (desde escuelas hasta universidades) así como a aquel sector de la población vulnerable por sus condiciones sociales o económicas, adaptando a sus necesidades y características las acciones a

realizar .“Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas”, tratando de conseguir desarrollar intervenciones en la sociedad con las consecuencias del consumo de drogas, potenciando asociaciones de tipo juvenil y su participación en actividades de ocio saludable, así como la de responsables sanitarios para sensibilizar acerca de consumos tempranos de drogas. Para reducir el consumo de drogas, se promoverán iniciativas y actividades en centros de ocio y en el deporte (evitando consumo de alcohol, drogas o dopaje) y actuaciones preventivas en referencia a mujeres en periodo de gestación y lactancia. El quinto objetivo quiere “reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso”, y entre las acciones que se realizarán será el desarrollo de programas específicos de reducción de daños, talleres de consumo, intervenciones específicas para reducir riesgos y daños debido al consumo de drogas y favorecer la extensión y accesibilidad a programas de tratamiento ya existentes.

Los dos ámbitos siguientes, pese a no ser de carácter preventivo, también los destaco ya que el conocimiento y la transmisión del mismo se dará también en centros escolares, y que los profesionales de educación y familias de alumnos estén formados de manera continua y adecuada con respecto a los consumos que se producen hoy en día será otro gran factor de prevención, ya que así se pueden dar cuenta de la situación problemática y tratar de llevar a cabo una intervención precoz para disminuir riesgos.

El cuarto ámbito de referencia hace alusión a la mejora del conocimiento científico, y se proponen para ello dos objetivos, el primer objetivo es “incrementar y mejorar la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento”, y para su cumplimiento se impulsarán proyectos de investigación, estudios de causas sociales del consumo de drogas, patrones de consumo, nuevas opciones terapéuticas y la elaboración y difusión de guías para la atención y tratamiento de drogodependientes. El segundo objetivo será “potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas” a través de potenciar la evaluación de procesos y resultados.

Como quinto ámbito se nombra la formación, y el único objetivo asociado a la misma será el de “mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo y aquellas personas que colaboran”, y para ello se incrementará la formación con programas actualizados, dirigidos a sanidad, educación, medios de comunicación, ONGs, voluntarios, madres y padres, etc.

#### 5.3.4 *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016*

Con respecto al Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, se da dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 también como el anterior Plan tras la finalización del primero y así darle continuidad a las medidas. Se rige también por 4 principios estratégicos, que son la búsqueda de eficiencia y optimización de recursos, coordinación, calidad y factibilidad de las acciones.

Para el desarrollo de esta nueva propuesta, se han tenido muy en cuenta el plan anterior, utilizando los resultados de la evaluación preliminar del primer plan y sus datos del sistema de información, así como las políticas europeas e internacionales llevadas a la práctica hasta el momento. La propuesta, parte de realizar 36 acciones, vertebradas en 6 ejes que son los mismos que los 6 ámbitos del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012.

El segundo eje trata de *reducir la demanda*, y es el eje que más objetivos y acciones aglutina (al igual que en la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016). El primer objetivo es “promover una conciencia social”, para ello se creará un plan de comunicación del PNSD que se encargará de comunicar las diferentes acciones llevadas a cabo. El segundo objetivo será el de “aumentar las capacidades y habilidades de resistencia a las drogas”, y para su consecución se creará un proyecto coordinado de prevención familiar universal y otro para menores, ambos basados en la evidencia científica. El tercer objetivo es “retrasar la edad de inicio al consumo de drogas” indistintamente que sean legales o ilegales, y para ello se elaborarán proyectos de análisis y mejora de la normativa vigente, así como la adecuación de lugares y aplicación de medidas restrictivas a su consumo (publicidad, impuestos, edad mínima de consumo, etc.). El quinto objetivo trata acerca de disminuir el consumo, y es sobre el que más énfasis se ha puesto en este Plan, encarado a la faceta preventiva, ya que en

él es en el que más acciones se van a desarrollar, como el desarrollo de programas de prevención multicomponente, planes de prevención en el ocio nocturno, mejora de los procesos de detección e intervención precoz en los centros educativos, implicación de empresas en proyectos de reinserción, etc. El sexto objetivo a conseguir es el de “reducir los daños asociados al consumo de drogas” y para ello se llevarán a cabo programas específicos en zonas de riesgo y elaborarán instrumentos para ver qué zonas son más vulnerables así como realizar intervenciones adecuadas sobre las mismas.

El cuarto eje va a tratar acerca de la mejora del conocimiento básico y aplicado, y se le asocian dos objetivos: “investigación y mejora del conocimiento” y “evaluación de los programas y acciones”. Para ello, las acciones a llevar a cabo son realización de encuestas, difusión de datos, analizar e investigar datos sobre consumo de drogas y todo ello bajo una evaluación de cada acción para ver si son eficaces y basadas en las Redes de Investigación.

El quinto eje hace referencia a la formación, con el objetivo de “mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo o voluntarios”, y se hará mediante el diseño de un Plan de formación en Drogodependencias y Adicciones y con un encuentro cada dos años dónde se expongan las buenas prácticas y las acciones llevadas a cabo hasta el momento.

#### *5.4 A nivel autonómico (Aragón).*

En la Comunidad Autónoma de Aragón comienza a darse relevancia las estrategias a partir de la publicación del PNSD de 1984, comenzando en los años 1985 a 1986 con la creación y puesta en práctica de las siguientes medidas: prevención, asistir y coordinar.

La prevención se lleva a cabo mediante la divulgación de folletos y videos, estudios epidemiológicos y la formación de profesionales en contacto con el problema.

##### *5.4.1 I Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

El *I Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas* llevado a cabo entre los años 2005 a 2008 surge para llevar a cabo estrategias no solo orientadas a la atención y rehabilitación de las personas que consumen drogas, si no que ya se

comienza a hacer hincapié en los modelos de prevención, haciendo una adaptación individualizada de las actuaciones. Se tiene en cuenta la aparición de nuevos patrones de consumo, vinculados al ocio y el entretenimiento, a la vez que se da relevancia al gran consumo de drogas legales por arraigo cultural y social. Los medios de la comunidad hasta la fecha son eficaces, pero no están preparados aun para ser capaces de acometer una respuesta suficientemente diversificada, y por ello se tratará de reenfocar la situación, buscando un enfoque multisectorial e integrador.

Los datos recogidos acerca del consumo de drogas en Aragón hasta la fecha de su publicación muestran que el consumo de alcohol es el mayor problema, seguido de la facilidad para acceder a las sustancias y el aumento de abusos simultáneos de sustancias y el consumo de medicamentos. La situación con respecto al consumo de heroína se ha estabilizado pero continúan siendo latentes los daños asociados a su consumo. Ya centrados en la población escolar (entre 14 y 18 años), el alcohol es la sustancia más consumida y la percepción del riesgo por consumo así como el rechazo de las drogas es de bajo riesgo, y la información que reciben acerca del consumo de drogas la consideran poco útil.

El modelo de atención y prevención de las conductas adictivas estará basado en la información propiciada por los datos recogidos y bajo el amparo de la legislación vigente, estableciendo para ello una serie de objetivos y actuaciones dependiendo de la finalidad, que pueden ser agrupadas en tres áreas: prevención, asistencia e integración social.

En el área de la *prevención*, al ser tan amplia y dirigida a toda la sociedad, los objetivos se trabajarán desde 4 ámbitos distintos, con los que de algún tipo de forma cualquier persona pueda tener contacto con una faceta preventiva acerca del consumo de drogas:

-Ámbito educativo: en centros de educación infantil, primaria y secundaria, desarrollando estrategias de educación para la salud por parte del personal de los centros educativos, que estarán formados en prevención de conductas adictivas. Las acciones destinadas a prevención desde el punto de vista de la educación para la salud deben de estar en el proyecto educativo y curricular, contando con toda la comunidad escolar para

su elaboración. Se quiere también una coordinación entre salud y educación para prevenir los consumo de drogas, así como poder detectar de manera precoz problemas con adicciones por parte del alumnado y orientar adecuadamente al individuo hacia la faceta asistencial.

-Ámbito comunitario: Partiendo de las necesidades de la sociedad, con equipos multidisciplinares, fomentando la participación de la sociedad a la hora de tomar decisiones y creando redes de coordinación en las actuaciones.

-Ámbito sanitario: es otro lugar donde se deben de comenzar las acciones de prevención, ya que es el lugar al que va la población para paliar sus necesidades sociales y sanitarias en relación al consumo de drogas.

#### 5.4.2 *II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas*

El *II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas* llevado a cabo entre los años 2010 a 2016 se basa en el análisis y la evaluación del primer plan, pero además de eso, recoge información para analizar partir de distintas encuestas:

- Encuesta domiciliaria (EDADES) en el año 2007, dirigida a la población de 15 a 64 años;

-Encuesta sobre Drogas en Población Escolar (ESTUDES) en los años 2006 y 2008, dirigida a estudiantes de 14 a 18 años;

-Encuesta Nacional de Salud en el año 2006, realizada por el Ministerio de Sanidad.

-Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud en el año 2006, realizada por la OMS en unos 40 países occidentales, dirigida a la población escolarizada entre 11 y 17 años.

En este informe se desprende que los factores de mayor preocupación a raíz de los datos obtenidos son dos, el primero es la temprana edad de inicio al consumo de sustancias, y el segundo la asociación del consumo de drogas con el ocio. Las drogas se ven como otro factor relevante en el proceso de socialización, ya no se tiene una estima

de marginalidad o una visión asociada a los drogadictos de los años 80 (en su mayoría heroinómanos), si no que se ve este consumo como compatible con el estilo de vida, ámbito educativo y familiar actual. Toda esta situación normalizadora propicia el consumo simultaneo o policonsumo de distintas sustancias (alcohol, cannabis, tabaco, MDMA...), o el modelo de “atracción” especialmente visto en el caso del alcohol. La muerte por el consumo de drogas también ha disminuido de manera significativa, aunque se siguen detectando problemas de reacciones agudas al consumo en las urgencias hospitalarias de nuestra comunidad autónoma.

Pasando a valorar porcentualmente estos registros estadísticos obtenemos que, en el tramo de edad comprendido entre los 14 y 18 años, el alcohol sea la sustancia con mayor consumo con un 84,8% de consumo alguna vez a lo largo de su vida. La edad media de inicio está en 13,5 años, y la edad de consumo semanal está en 14,7 años. Los lugares donde llevan a cabo su ingesta son calles, plazas, parques, espacios públicos en su mayoría (80,5%), conocido por la cultura española como el fenómeno del “botellón”. Se observa diferencia en su consumo dependiendo de la capacidad económica o adquisitiva de la familia, ya que el 60,8% de los encuestados con capacidad adquisitiva alta dice no haberse emborrachado nunca, mientras que dicho porcentaje desciende hasta el 54% para los encuestados de capacidad adquisitiva baja.; le es seguida en segunda posición el tabaco que tiene un 53,1%, aunque solo un 23% dice ser fumador a diario. La droga ilegal más extendida es el cannabis, con un 29,5% de consumidores en los 30 días antes de la encuesta, mostrando además una interrelación con respecto al tabaco.

Centrándonos en la perspectiva sociocultural e informativa acerca de las drogas y su consumo, los jóvenes aragoneses se sienten suficientemente informados acerca de su consumo, efecto y problemas vinculados. El 39,6% ha faltado alguna vez un día entero a su centro educativo en los 30 días previos al informe, siendo en los centros públicos mayor dicha tasa de absentismo frente a los privados (un 42,4% frente a un 34,7%). La cantidad económica disponible semanalmente es de una cuantía de 27,20 euros (5,77 euros menos que en Aragón en el año 2006). Durante los últimos 12 meses, el 21,3% de ellos salieron a divertirse con una frecuencia de 1 a 3 noches al mes, en cuya hora de vuelta más frecuente está comprendida en la franja horaria de entre las 4 de la mañana y

las 8 de la mañana. Además de todo esto, cabe destacar también que el 86,4% de estos jóvenes dicen recibir cariño de sus padres a menudo o casi siempre.

Los consumos de drogas en Aragón según las sustancias, al igual que en el resto de niveles analizados, pueden variar mucho dependiendo de factores como el sexo. Dependiendo del sexo se puede observar que los hombres consumen más cantidad de alcohol y drogas ilegales, mientras que por el contrario, las mujeres consumen más tabaco y tranquilizantes.

Tabla 1, Porcentaje de consumo de alcohol

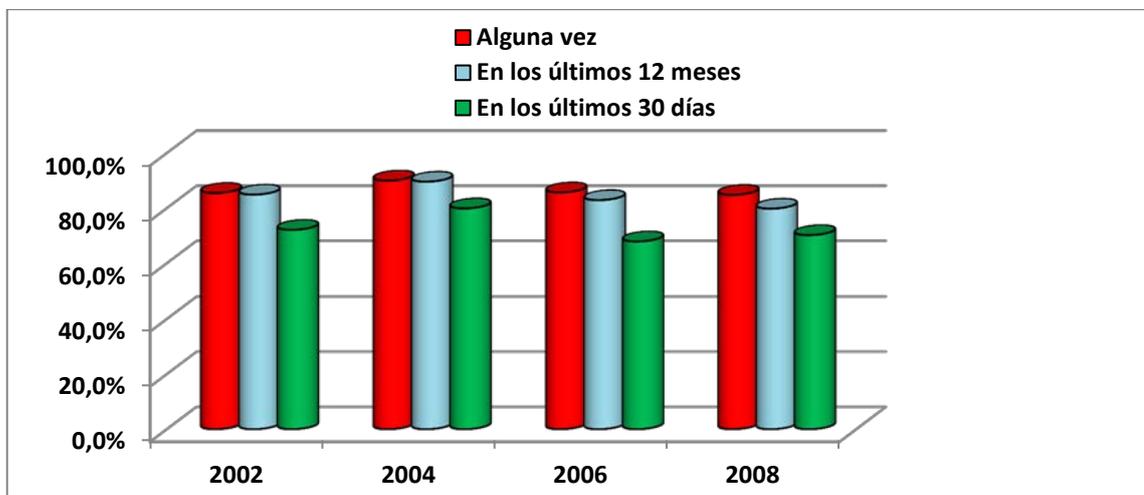
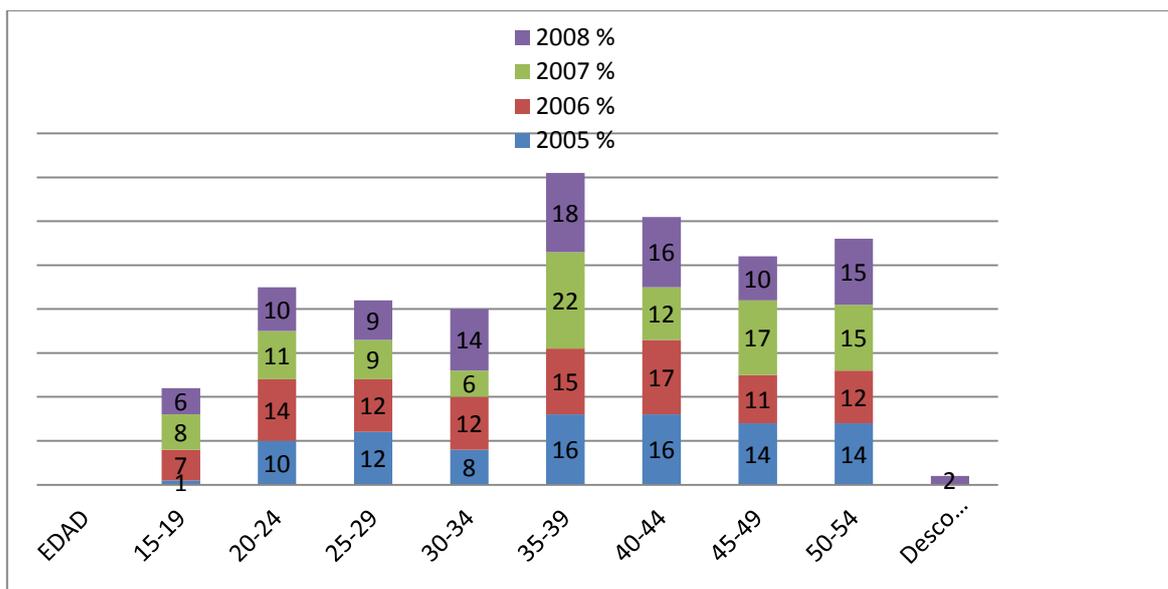
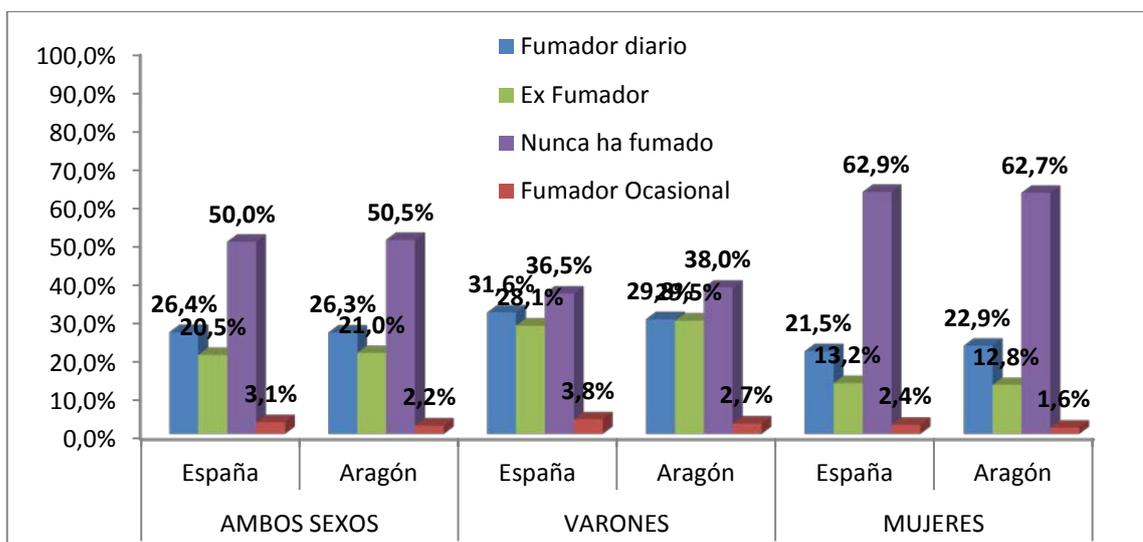


Tabla 2, Urgencias por Consumo de Alcohol



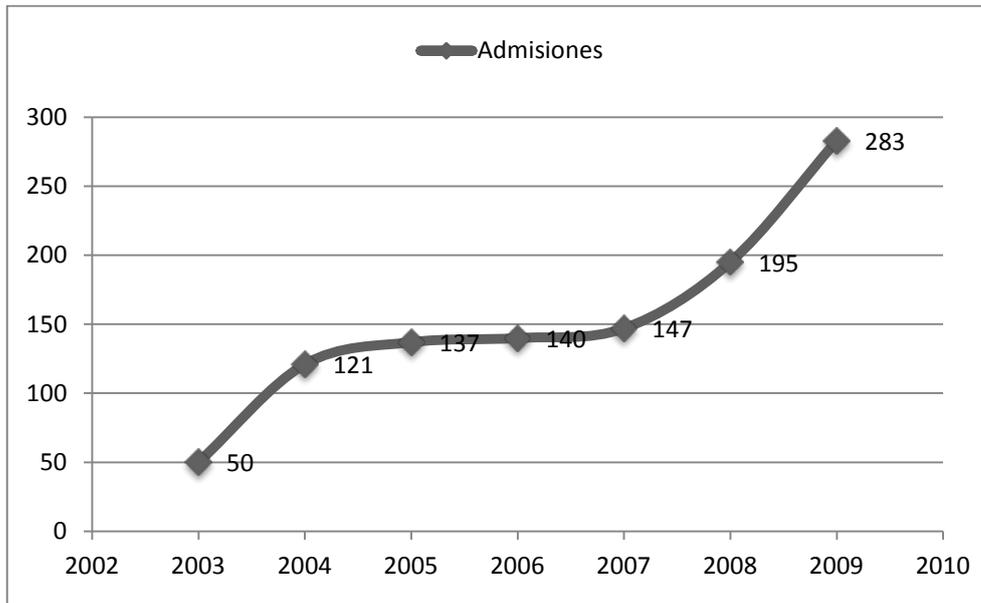
El **tabaco** es la segunda droga con mayor consumo en Aragón, pese a tener una tendencia decreciente continua siendo un problema de salud pública debido a su impacto entre la población adolescente y joven. Un 53,1% de jóvenes entre 14 y 18 años ha consumido alguna vez y el 23,1% se declara consumidor a diario, con un consumo medio de 6,1 cigarrillos. Su consumo es más frecuente en chicas, y su edad de inicio se sitúa en los 13 años. Por ello habrá medidas destinadas a las mujeres de manera específica, teniendo en cuenta sus condiciones biológicas.

Tabla 3, niveles de consumo de tabaco



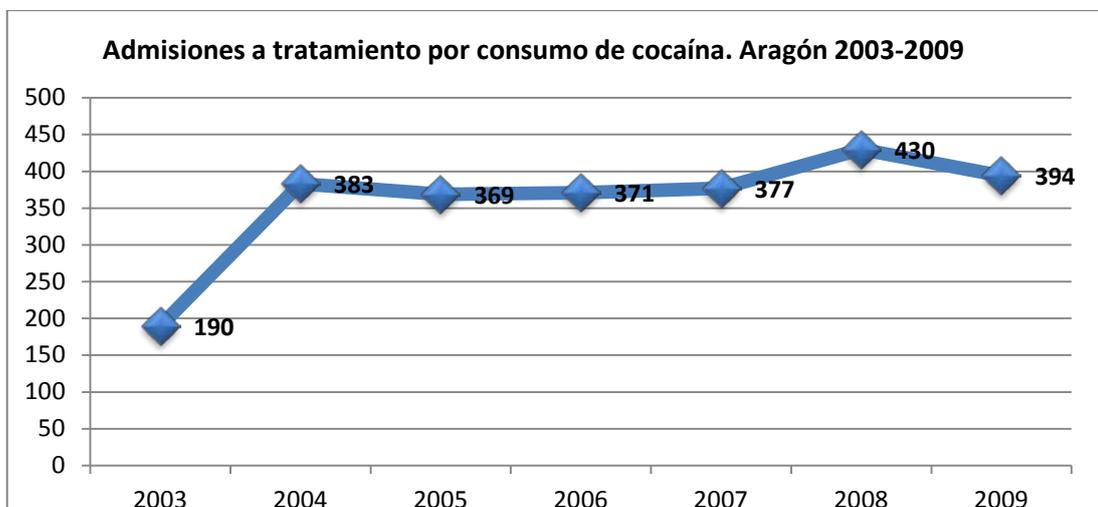
El **cannabis** es la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo en los jóvenes de entre 14 a 18 años, un 46% dice haberlo probado alguna vez en la vida y el 29,5% en los 30 días previos a la encuesta. Los chicos lo consumen más que las chicas. El cannabis es también la droga ilegal más consumida en la comunidad aragonesa por personas en una franja de edad de 14 a 64 años, ya que un 34,2 % la ha probado y un 7,4% lo hizo en el último mes, aunque cabe destacar que la percepción del riesgo ha aumentado también situándose en torno al 87%. Según la red de atención a drogodependientes, las admisiones por consumo de cannabis han ido ascendiendo desde 2003, siendo la droga que más tratamientos ha requerido para jóvenes de edades comprendidas entre 14 y 20 años.

Tabla 4, admisiones a tratamiento por consumo de cannabis



El consumo experimental de **cocaína** entre los jóvenes de 14 a 18 años se sitúa en el 9,3%, con un consumo del 4,2% en los últimos 30 días. La tendencia desde 2002 es de un consumo decreciente, y valorándolo por sexos, los hombres consumen más que las mujeres. El 93% perciben el riesgo de consumo en frecuencias de una vez o más. El número de admisiones por consumo de cocaína ha aumentado pasando de 190 en 2003 a 394 en 2009. Es también la sustancia con mas tratamientos entre pacientes de 21 a 30 años.

Tabla 5, admisiones a tratamiento por consumo de cocaína



Para hacer una interpretación del consumo de **heroína** las encuestas no valen debido a que van dirigidas a población escolar o son domiciliarias, por tanto se tienen en cuenta otros indicadores, como admisiones a tratamiento o la frecuentación a programas de reducción de daños. Actualmente la heroína no está de moda como pudiera ser en los años 80, pero sigue necesitando gran parte de la actividad asistencial debido a antiguos consumidores y programas de tratamiento con metadona. Las admisiones para su tratamiento se mantienen estables desde 2003. Otro indicador a tener en cuenta en esta droga es el que proporciona el Registro de infección por VIH en Aragón.

A raíz de este análisis de la situación, y centrándonos en el área de la prevención, se dará una continuación a las medidas y actuaciones establecidas en el I Plan Autonómico 2005-2008, tratando de integrar la educación para la salud en el Proyecto Curricular de Centro (PCC). Programación General Anual (PGA) y Plan de Acción Tutorial (PAT), llevando a cabo una “prevención universal” en la que todos sean participes, sin obviar a aquellas personas en riesgo o situación de vulnerabilidad, para las que se realizarán acciones en colaboración con los Centros de Prevención Comunitaria. Realizar formaciones tanto a educadores como padres y madres para reforzar competencias en relación a hacer frente a las drogas de manera eficaz. Para ello, se cuenta con una red de servicios a nivel regional:

-Programas escolares de Educación para la Salud: Son programas de educación para la salud que se dan en las aulas aragonesas con relación a la prevención de drogodependencias, destacando el programa “La Aventura de la Vida”, que será descrito más a fondo con posterioridad en el apartado de programas llevados a cabo en Huesca en el ámbito educativo.

-Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud: para que los centros escolares puedan formar parte de esta red han de cumplir los prefectos de la promoción de la salud en sus proyectos educativos.

-Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS.1996): es un medio para ayudar en la promoción de la educación para la salud (con acceso a documentos y materiales didácticos) a través de la elaboración de proyectos diseñados por equipos multiprofesionales, apoyados por el Departamento de Salud y Consumo del

Gobierno de Aragón. No son únicos los proyectos de educación para la salud de centros educativos, sino que también se dan proyectos por parte de ayuntamientos, centros de salud, servicios sociales, etc.

#### 5.5 *A nivel Provincial (Huesca):*

A nivel local Huesca tiene un Plan Municipal (o servicio) de Drogodependencias y Otras Adicciones en funcionamiento bajo la supervisión del ayuntamiento de Huesca desde el año 1986, y como los demás planes y estrategias vistos hasta ahora, se articula bajo el mismo marco básico común, actuando bajo las premisas de prevención, asistencia y reinserción social en todo aquello vinculado a las drogodependencias. Hoy en día, desde el ayuntamiento de la capital oscense se está llevando a cabo el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017.

##### 5.5.1 *Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017(Ayuntamiento de Huesca).*

Este plan surge para dar respuesta a las estrategias y actuaciones en contra de las drogodependencias desde el ámbito local. Por ello se da una mejora, optimización y priorización de la oferta de medidas desde el área de la prevención, haciéndose eco de las tendencias actuales en los patrones de consumo de los drogodependientes (policonsumo o modelo de atracón y descenso de la edad de inicio en el consumo de drogas) y la aparición de nuevas sustancias. El conocimiento de estos nuevos datos proviene de la realización de las encuestas realizadas a nivel nacional *EDADES del año 2007* (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, dirigida a personas de 15 a 64 años) y *ESTUDES del año 2008* (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria, dirigida a personas de 14 a 18 años), así como la *Encuesta sobre hábitos de ocio en los ámbitos formal y no formal entre los y las jóvenes* (Ayuntamiento de Huesca. 2007/2008).

Centrados ya en la perspectiva de la prevención, concretamente en el ámbito educativo, los objetivos y acciones se articulan en función del destinatario, pudiendo ser en relación al centro docente, al equipo docente o al alumnado.

Los objetivos referidos al centro docente son dos: el primero será la aplicación de la prevención de consumo de drogas en el Proyecto Educativo de Centro (PEC) y en el Plan de Acción Tutorial (PAT), llevando a cabo programas de prevención y colaborando entre los Departamentos de Salud y Educación y el CPC del Ayuntamiento de Huesca, y el segundo objetivo será el de coordinar y evaluar tanto las estructuras como los agentes implicados en la prevención de consumo de drogas incluidas en el PEC, además de los programas llevados a cabo.

Para el equipo docente se vincula el objetivo de estar capacitado en materia de prevención de drogodependencias y programas, para lo que se realizarán acciones de formación en prevención de drogodependencias y vinculadas a la educación para la salud, pudiendo así asesorar, detectar e intervenir en situaciones de riesgo para reducir riesgos.

Finalmente, para el alumnado se atribuye el objetivo de reforzar la educación para la salud en el currículo, con metodologías más participativas desarrollando sentimientos y valores de responsabilidad a nivel individual, familiar y social relacionados con la salud. Para su consecución, se impartirán conocimientos y habilidades para que se escojan responsabilidades sin riesgos para su salud y seguridad o la de su entorno y sean medio de prevención del consumo de drogas. Los programas que se dan en la actualidad son: “La Aventura de la Vida”, “Alcohol y tabaco 6º Primaria”, “Órdago”, “Retomemos” y “Drojnet2”.

#### *5.5.2 Programas de Prevención llevados a cabo desde el ámbito educativo.*

Los programas de Prevención del consumo de Drogas que se realizan en el ámbito escolar son muy diversos. Actualmente desde los centro de educación primaria de Huesca y con la colaboración del Ayuntamiento de Huesca a través del Centro de Prevención Comunitaria de esta ciudad se desarrollan dos programas de prevención, basados en una educación para la salud, tratando de abordar también una faceta informativa acerca de los consumos de drogas:

- El programa “La aventura de la vida” (EDEX. 1989. Bilbao), es una especie de juego/programa interactivo por el que los niños de edades comprendidas entre 8 y 11

años aprenden hábitos y actitudes promulgados desde la educación para la salud bajo dos ejes: “habilidades para la vida” y “hábitos saludables”. El comienzo de este programa en Aragón se dio en el curso 2005-2006. Su promoción se hace a través de diversos canales: Radio y Televisión Española, internet, formato de papel como colección de cromos, aulas de educación primaria, etc. que se complementa con materiales y guías dedicadas a los padres de alumnos y profesionales de la educación. Es por ello una herramienta dispuesta para todos los agentes que intervienen en el ámbito educativo de los niños (profesores, padres y madres y el entorno del niño), y en la que cada uno de ellos dispone de contenidos para la adquisición de los valores que se quieren conseguir a través del desarrollo de hábitos saludables. Las actuaciones llevadas a cabo para los niños y niñas son:

-“*La varita mágica*”: Es un juego cooperativo y colaborativo, primero desarrollado por parejas y luego a través de todo el grupo. Consiste en que uno de los alumnos le dice al otro que le gustaría cambiar acerca de él o de su entorno, trabajando así el desarrollo de habilidades emocionales. Este receptor escribe lo que escucha, y tras esto, se cambian las tornas, y se repite el proceso. A través de este sencillo juego pueden verse reflejadas las emociones y pareceres de los alumnos, así como se puede tratar de dar información para solventar posibles problemas. Posteriormente se ponen todos en común, para que así toda la clase sepa compartir esta información, viendo que muchas veces son muy similares las inquietudes de los chicos de la misma edad, de dicha forma pueden adquirir confianza a la hora de mostrar sentimientos. Igualmente, llegan a sentir que su opinión puede ser respetada o compartida por los demás.

-“*Juegos LAV*”: son dos juegos que se desarrollan desde el ámbito tecnológico mediante la conexión a internet, introduciendo la dirección URL: “<http://laaventuradelavida.net/ninas-y-ninos/juegos-lav/>”, donde aparecen en un menú los juegos:

-“*El ataque de las bolas de grasa*” en el cual mediante la selección de “Mikel” como personaje principal se enfunda en la aventura de recoger ciertos elementos, a través de la interacción con las flechas del teclado y del ratón, evitando aquellos alimentos no deseados, y seleccionando aquellos que le valen clasificados en: Calcio,

proteínas, azúcares, vitaminas, ácidos grasos, hidratos de carbono y minerales. Es muy dinámico y requiere de la concentración de los alumnos a la hora de seleccionar los alimentos requeridos según su composición, dándose cuenta de cómo es una comida saludable y qué clase de comida es dañina para ellos. De esta manera se podría desempeñar su uso para una sesión de conocimiento del medio natural, centrada en la enseñanza del sistema digestivo, concretamente en el proceso de absorción de los nutrientes ingeridos, de cómo influye sobre nosotros lo que comemos, y como podemos estar más sanos llevando una alimentación saludable. De esta manera se desarrollan hábitos saludables, basados en el *Modelo de Promoción de la Salud* (Green y Krenter, 1991) y también basados en la *Teoría Cognitiva Social de Bandura* (1986), ya que viendo como pueden ser las consecuencias de una mala alimentación los niños no querrán tener dichos problemas, evitando así alimentos dañinos para su salud.

-“*No hay dos iguales*” que es un juego que consiste en buscar las cinco diferencias entre dos imágenes similares. En las imágenes, los niños pueden ver a los personajes desarrollando distintas actitudes de ámbito laboral adulto, o infantil en relación a un buen cuidado del medio ambiente, seguridad a la hora de utilizar herramientas, e higiene en situaciones que se les pueden dar en el día a día, o en el futuro cuando sean adultos, seleccionado el error con el ratón, para que se den cuenta de estas habilidades. Se desarrollan así también con este juego los hábitos saludables, basados en el *Modelo de Promoción de la Salud* (Green y Krenter, 1991) y también de ve que está basado en la *teoría cognitiva social de Bandura* (1986), que a través de la observación de dos modelos similares de actuación, se puede seleccionar la diferencia para ver cual es más beneficioso o dañino para su salud, así como para la del medio en el que vive.

- “*Canal LAV*”: Es una plataforma de emisión por televisión (EDEX TV) y cibernética a través del uso de la dirección URL: “<http://tv.edex.es/categories/la-aventura-de-la-vida/>” en la que aparecen los cuentos e historias en relación con los temas de LAV de fomento de hábitos saludables y prevención de consumos, orientados a alumnos, padres y educadores, ya que en cada uno de ellos se puede ver una habilidad a adquirir en relación al *Modelo de Promoción de la Salud* (Green y Krenter, 1991) como pueden ser los contenidos de “consumo de alcohol”, “consumo de tabaco”,

“menores y cannabis”, realizando campañas informativas y llevando a cabo una prevención mostrando consecuencias de su uso y consumo en la salud y el entorno.

## **6 VALORACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

En este apartado voy a hacer mis propias valoraciones acerca de toda la información recabada a lo largo del trabajo fin de grado, extrayendo las conclusiones principales del mismo, a la vez que me gustaría nombrar alguna que otra idea o mejora que he podido ver tanto del sistema como de posibles alternativas.

Lo primero de todo, es dar gracias a la gran cantidad de personas y recursos que hay luchando en contra de este tipo de actuaciones perjudiciales para la salud, sean del tipo que sean (Padres y madres, políticos, profesores, cuerpos y fuerzas de seguridad, sanitarios), ya que muchas veces de manera desinteresada y altruista ayudan a erradicar esta lacra que es el consumo de drogas. Se llevan tomando medidas desde los años 80 de una manera continuada, evolutiva a la vez que el consumo y evolución de las drogas, desde todos los niveles (como hemos podido ver en los planes y estrategias de la OMS, UE, Gobierno de España, Gobierno de Aragón), no de una manera ajena, sino viendo todos los condicionantes, agentes, condiciones socioeconómicas, situación geopolítica, etc. y de todos ellos se obtiene la misma esencia: hoy por hoy el problema de las drogas es de alcance mundial. En cualquier región a lo largo del planeta tierra hay casos documentados de consumo de las mismas, lo único que difiere a unas de otras es su valoración a efectos legales y su persecución o no por las fuerzas y cuerpos de seguridad de cada estado, a través del cumplimiento de sus legislaciones vigentes teniendo en cuenta lo dicho por la OMS. Detrás de esta regulación de las sustancias, como legales e ilegales, en cada país entran en juego 3 factores principalmente:

1.- Historia: hay países con una historia del uso de las drogas, ya sean para consumo por sus principios activos o como materia prima, a través de procesos de arraigo cultural.

2.-Economía: las drogas se ven de una manera distinta si a partir de ellas se lleva el estado impuestos directamente controlados a beneficio de sus arcas a partir de su venta y comercialización. También aquí cabe destacar si son países desarrollados y la capacidad económica de sus habitantes.

Por todo ello, la OMS trata de dar una respuesta a modo de indicaciones, a partir de los problemas derivados de la salud de los individuos por el consumo de estas sustancias, pero en ningún caso se puede plantear una acción legal global de tipo prohibitivo por parte de la OMS para combatirla, ya que lo que en un país es legal o ilegal, a partir de una distinta edad, en otro es perfectamente posible y no castigado, solo puede dar recomendaciones basadas en la evidencia científica. Tampoco se puede actuar de igual manera en aquellos países con altas tasas de pobreza y población apenas informada, ya que en su mayoría las redes del narcotráfico manejan el dinero en esos lugares, aprovechándose de las personas que están en una posición vulnerable debido a su condición socioeconómica, para que sean los productores o meras “mulas” de transporte de estas drogas para aquellas zonas del globo donde por su condición de poder económico demandan estas drogas al ser perseguidas.

La normalización de muchos sectores de la población con respecto a su trato con la droga también es un aspecto muy a tener en cuenta. Este vínculo con las drogas se puede dar por muy diversos factores, ya sea por interés económico, dependencia a la sustancia, o estar en un entorno en contacto con las sustancias, pero hoy en día, con la crisis económica, ha subido la tendencia a traficar o estar en contacto con las drogas para poder paliar la situación socioeconómica de muchas personas. Es ahí, en los entornos más vulnerables y olvidados por el resto de la sociedad debido a la precariedad de sus condiciones de vida, donde hay que acometer acciones para la reducción de la demanda y el consumo, todas ellas desde la faceta preventiva y la educación.

Y es desde la educación, desde donde más se deberían llevar a cabo actuaciones, encaminadas a hacer ver los costes a nivel sanitario, social y económico del consumo de las sustancias. Para ello la formación del profesorado a la hora de impartir educación para la salud es fundamental, así como saber detectar y evaluar a los alumnos en caso de que consuman sustancias estupefacientes, para poder así ejercer intervenciones precoces para paliar esta situación. Contar con los alumnos, a la hora de que cuenten sus expectativas y vivencias a la hora de su trato con las drogas, partir de sus gustos y potencialidades, y proponer actividades alternativas, destinadas a que se reduzcan los riesgos y asociar el ocio con actividades saludables debería de ser una máxima a la hora de trabajar la faceta preventiva y retrasar más las edades de comienzo en los consumos.

Si bien es cierto en numerosos lugares de la geografía española se realizan a cargo de entidades diversas (casas de juventud, ludotecas, actividades extraescolares, etc.), y se trata de potenciar, pero el hándicap económico actual hace que no sean tantas como se desearía. La educación en prisiones y centros de reclusión, ya sean de ámbito juvenil o para personas mayores de edad, también es muy importante ya que se quiere reinsertar a estas personas de nuevo en la sociedad, y con una formación que sea capaz de hacerles sacar lo mejor de ellos mismos, haciéndoles ver que no es necesario ese contacto con las drogas para poder ser miembros activos de la sociedad y reinsertándose en la misma pueden darse cuenta de su evolución y beneficios. También cabe destacar la implantación de acciones destinadas al no ingreso en prisiones, si no estancias en centros tutelados y supervisados en libertad vigilada, donde se les educa y vigila en su abstinencia al consumo o tráfico de drogas para evitar los posibles problemas que se aumentarían a su situación.

Pero esta educación no debe de limitarse a las aulas de los niños, jóvenes o presos de España, se debería de invertir más en actuaciones destinadas a formar a toda la sociedad, de manera especial a todos los agentes implicados directamente en el problema de las drogas: familias o entorno de personas consumidoras, cuerpos y fuerzas de seguridad, medios sanitarios, educadores sociales, etc. Me gustaría recalcar aquí que podríamos tratar de dar una mayor formación a las familias, pero no en lo referido a la teoría, si no a tratar de dar respuesta a problemas de comunicación o conflictos familiares, ya que la familia para mi es uno de los principios bajo el que se sustenta la sociedad, y si desde este núcleo se observan problemas de consumos de drogas (con la problemática asociada a la misma será más posible) cuando crezca el individuo será más propenso al consumo siendo un miembro activo de la sociedad, por tanto acarreará consecuencias graves en el futuro que pueden ser evitadas desde una formación amplia en conocimiento y valores orientados cara la salud. Esta opinión también está basada en la revisión de los modelo de Pseudomadurez (Newcomb, 1996), de educación para la salud, de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) y conducta desviada (Kaplan, 1996), y la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986).

El disociar la idea de ocio y diversión vinculada a las drogas es también en mi opinión otra actuación que se debe de llevar a cabo con mayor impulso, proponiendo

diversas actuaciones a partir de analizar los gustos de personas consumidoras y como se podrían llevar a cabo, para que, durante la realización de estas actividades, no se pensase o quisiera consumir sustancias.

Fomentar la investigación acerca de las drogas, sus consumos y tipos de consumidores, porque están suscitados, efectos, posible uso para medicaciones, tratamientos, etc. deberían de ser más apoyados económicamente, ya que además de prevenir, es necesario tratar a las personas que sufren estas adicciones de la mejor manera posible, entendiendo y tratando su enfermedad, rehabilitándole, siempre con el objetivo de que vuelvan a ser miembros activos de la sociedad manteniéndose alejados del consumo.

Y ya no solo mirarnos como el ombligo del mundo, si no tratar de actuar de manera global e internacional en los países productores, que son a la vez los más desfavorecidos económicamente, llevando allí ayuda para la cooperación y realizando actuaciones como las destinadas en los países del primer mundo, para disminuir la dependencia de estas poblaciones a producir y transportar drogas para poder vivir. Pero como en todo, el dinero es el que manda, y hasta que a nosotros nos vayan solucionando las cosas en territorio nacional, no se quiere aportar un capital económico suficiente como para poder erradicar esta situación, ya que además de colaborar con tratamientos y conocimiento científico, es necesario dotar de recursos materiales a estos países para que les puedan hacer frente de manera efectiva.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bayón, F., Compadre, A., Fernández Díaz., N., Salarich, L. (1997). *Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES). Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Infantil*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3, 333-356.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*, 3ª edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I., Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas, M. (coord.). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.
- Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. del Ayuntamiento de Huesca. (2010). *Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017*. Huesca.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

- Costa, M. y López, E. (1996). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Pirámide. Madrid.
- 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. Zaragoza.
- Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España de 15 a 64 años (EDADES) (2007). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Encuesta Estatal Sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) (2008). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Encuesta Nacional de Salud (2006). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Encuesta sobre hábitos de ocio en los ámbitos formal y no formal entre los y las jóvenes. (2007/2008). Ayuntamiento de Huesca. Huesca.
- Escotado, A. (1999). "Historia general de las drogas". Espasa Calpe. Madrid.
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 (2000). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 (2009). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280. Estudio sobre prevención de las drogodependencias en población en general, específicamente en el ámbito escolar para educar y promocionar la salud en Educación Infantil.
- Informe Europeo sobre Drogas 2013 (2014). Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Luxemburgo.
- Informe Mundial sobre las Drogas 2013 (2013). Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito. Organización de las Naciones Unidas.
- Observatorio Español Sobre Drogas. Informe nº 1 (1998). Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Oetting, E. y Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characterization, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2005-2008 (2005). Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza.
- II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010-2016 (2010). Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid.
- Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Interior. Madrid.
- Programa de prevención (1989) La Aventura de la Vida. Editorial Edex. Bilbao