



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Revisión teórica de los documentos del Plan Nacional
Sobre Drogas y programas de prevención en el ámbito
educativo a nivel Nacional, Autonómico y Municipal

Autor

David Tierz Latasa

Director

Dr. Rafael Díaz Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.

Campus de Huesca.

2017

Índice

1 Introducción	4
2 Justificación.....	5
3 Objetivo.....	6
4 Metodología	6
5 Fundamentación teórica.	7
6 Plan Nacional Sobre Drogas de 1985.....	17
7 Observatorio Nacional Sobre Drogas de 1998.....	19
8 Estrategia Nacional de Drogas 2000-2008.....	23
9 Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016	26
10 ESTUDES 2014/2015 Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España.....	30
11 II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas del Gobierno de Aragón 2010-2016	32
12 Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017. Ayuntamiento de Huesca	37
13 Conclusiones	40
14 Bibliografía:	43

Título: Revisión teórica de los documentos del Plan Nacional Sobre Drogas y programas de prevención en el ámbito educativo a nivel Nacional, Autonómico y Municipal

Title: Theoretical review of the National Drugs Plan documents and prevention programs in the educational system in national, regional and municipal levels.

- Elaborado por David Tierz Latasa
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de septiembre del año 2017.
- Número de palabras: 14.618

RESUMEN

A lo largo de este trabajo, vamos a analizar las teorías en las que se basan las estrategias actuales que subyacen a los programas de prevención, también se ha revisado el primer Plan Nacional Sobre Drogas, en el que se ha explorado cómo se iniciaron los programas de prevención, igualmente varias Estrategias Nacionales Sobre Drogas, datos actuales de prevalencia de consumo en los que se han estudiado la evolución y cambios en los patrones de consumo. Por último, se ha analizado el Plan Autonómico de Aragón y el Plan de prevención de adicciones que actualmente se sigue en la ciudad de Huesca. El recorrido que se ha hecho en cuanto a la revisión de los documentos señalados ha sido lineal, de lo nacional hasta lo municipal. Ello nos ha aportado el trabajo que se va a presentar a continuación. La prevención en el ámbito educativo y la Educación para la Salud en la etapa de primaria y secundaria han sido las dos materias hacia las que se han enfocado el análisis de los documentos reseñados.

PALABRAS CLAVE

Prevención, jóvenes, drogodependencias, escuela, prevalencias y patrones de consumo, alumnado, salud.

1 INTRODUCCIÓN

La revisión bibliográfica que se presenta a continuación se ha basado en la prevención del abuso de drogas, centrado en la infancia y adolescencia. En primer lugar, vamos a sentar las bases de este trabajo con una fundamentación teórica basada en los antecedentes de prevención y el modelo teórico subyacente a los programas actuales. A continuación, se analizan: el Plan Nacional Sobre Drogas de 1985, que fue el primer Plan que se lanzó con el objetivo de analizar la situación que vivía el país respecto las drogas y los primeros programas de prevención. El Observatorio Nacional Sobre Drogas de 1998 y las Estrategias Nacionales Sobre Drogas de entre el año 2000-2008 y 2009-2016 donde se hacen evaluaciones del desarrollo de los Planes y se llevan a cabo estrategias de prevención a medio plazo, todo esto para conocer la evolución en España de los consumos de drogas. Continuaremos con la encuesta ESTUDES 2014-2015 para conocer la situación actual de consumo en la población adolescente y acabaremos con nuestro ámbito más cercano estudiando el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas de Aragón 2010-2016 y el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017 del Ayuntamiento de Huesca. De esta manera, vamos a hacer un recorrido en la prevención de drogodependencias desde los antecedentes nacionales hasta la actualidad en la ciudad de Huesca, pasando por el ámbito autonómico. Todo lo que me ha aportado este trabajo, en cuanto a reflexión y trabajo en el aula, lo expondré en el apartado de conclusiones, en el último punto.

2 JUSTIFICACIÓN

La razón fundamental de llevar a cabo esta temática es la poca proporcionalidad que existe y ha existido entre la gravedad del problema de las adicciones, y en concreto de la drogadicción, y la falta de importancia que se les ha dado. En España, la edad de inicio de consumo de sustancias es muy baja, 13-14 años las drogas legales y 15 las ilegales. Estos datos, como docentes, nos afectan directamente ya que estaremos en contacto con el alumnado en los años más importantes de cara a la prevención y a su propia formación en educación para la salud.

Es cierto que, por regla general, el alumnado comienza con el consumo ocasional de sustancias estupefacientes en la etapa de secundaria. Otra de las razones de este trabajo es la importancia de tener una base formativa en materia de prevención ya que, como maestro de primaria, considero que seré pieza fundamental para evitar en el futuro, el daño que las drogas puedan causar al alumnado. Todos los maestros de Educación Primaria deberían tener una mínima base, ya que, probablemente, todo el alumnado se enfrentará a situaciones relacionadas con las drogas en el futuro.

Por último, llevamos varios años inmersos en épocas de cambio con las drogas sintéticas. Ser conscientes del pasado de las drogas en España y de las estrategias que se han llevado a cabo, nos hace estar más preparados para todos aquellos problemas que nos pueda acarrear la aparición de nuevas drogas sintéticas con nuevos efectos y problemas relacionados con la salud.

3 OBJETIVO

Analizar y conocer la situación del consumo de drogas en España, Aragón y Huesca, y las propuestas de prevención de drogodependencias en el ámbito educativo, también las características del colectivo al que va dirigido, alumnado de primaria y el papel de la escuela principalmente.

4 METODOLOGÍA

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

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

5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Educación para la salud. Antecedentes:

Entendemos el concepto Educación para la Salud como aquella planificación que nos lleva a modificar conductas relacionadas con la salud. La educación para la salud busca promover la responsabilidad personal, dotando al individuo de habilidades, actitudes y conocimientos que le permitan tomar las mejores decisiones respecto al cuidado de su salud.

La educación para la salud se crea ante la necesidad de la ciudadanía de participar en las políticas de salud.

En 1946, a través de la Organización de Naciones Unidas (ONU) se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su razón: Constituir un órgano internacional dispuesto a defender e impulsar la salud de forma global. De la OMS extraemos la definición oficial de salud: el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente, la ausencia de afecciones o enfermedades.

En 1974 se publica el Informe Lalond. Marc Lalonde fue ministro de sanidad canadiense entre 1972 y 1977. En su revolucionario informe, publica los cuatro pilares básicos de la salud: Biología humana, sistema de asistencia sanitaria, medio ambiente y estilo de vida. No es un orden al azar, sino que responden al nivel de intervención que la propia persona tiene en el cuidado de su salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se celebra en 1978 en Alma-Ata (Kazajistán) y surge la Declaración sobre cuidados primarios de salud. Se incentivó a los gobiernos a llevar a cabo planes y políticas sanitarias con el fin de lograr, en el año 2000, un nivel de salud global que permitiera llevar a todo individuo una vida social y económicamente productiva.

En 1986 tiene lugar la Primera Confederación Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). La carta que se extrae nombra varios requisitos para alcanzar la salud: la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema saludable y un uso sostenible de los recursos. Destaca la relación entre condiciones sociales y económicas, entorno físico, estilos de vida individuales y salud.

El principal cambio que se aprecia respecto a Alma-Ata es el cambio de buscar cuidados primarios básicos a buscar una promoción del conocimiento de la salud y de su control y así poder mejorarla.

La carta también destaca las áreas prioritarias en las que se basan una serie de estrategias como son: políticas saludables, entornos que apoyan la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, desarrollo de las habilidades personales, reorientación de los servicios sanitarios.

En España, es la Ley General de Sanidad 14/1986 de abril, la que regula el funcionamiento del sistema sanitario. Según esta Ley, uno de los principios generales del Sistema de Salud son los medios y actuaciones del sistema sanitario que se encontraran orientados, prioritariamente, a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

En la capital de Indonesia, se firma en 1997 la Declaración de Yakarta (Indonesia) con el fin de servir de guía para el siglo XXI. En ella encontramos varios puntos importantes sobre los que se fundamenta el proyecto, ellos son: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacitación de la comunicación y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Una de las conclusiones que podemos extraer, es el uso de la educación para la salud, como instrumento de promoción para la prevención de las drogodependencias.

El objetivo se enmarca en ejercer un mayor control sobre los factores ambientales y personales con el fin de garantizar un estado óptimo de salud universal.

Ámbito escolar.

A diferencia de contenidos más concretos, la educación para la salud es transversal. Supone crear un marco de contenidos continuados durante toda la educación obligatoria (hasta los 16 años). Este marco de educación para la salud se basa en informar y responsabilizar al individuo, ayudándole a adquirir estilos de vida lo más sanos posibles, evitando el uso y consumo de sustancias perjudiciales para el organismo-salud.

Los principales transmisores para una persona de edad escolar suelen ser los siguientes: familias, colegio y grupo de iguales

El ámbito escolar debe jugar un papel como reforzador o como modificador de actitudes en el caso que sea necesario. La escuela actúa en un periodo de maduración, que será el más importante en la vida de la persona. Gracias a su cercanía con el alumno, el ámbito escolar, es capaz de detectar precozmente síntomas o factores de riesgo que puedan afectar negativamente a su salud.

En ocasiones se asocia a la escuela el concepto de aprendizajes académicos. Pero la escuela no es solo esto. Es un lugar donde desarrollar nuestra conducta social y adquirir aprendizajes afectivos y actitudinales que nos sirvan para luchar contra el abuso de las drogas.

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas.

Se vuelve necesario un marco teórico general para comprender el consumo de drogas. Se crea a partir de la etiología del consumo (causas que lo originan).

El doctor Becoña Iglesias (2001 y 2002:48) establece tres ejes fundamentales para este concreto modelo: factores que facilitan el inicio y el mantenimiento del consumo, la progresión de drogas legales e ilegales y las variables socioculturales, biológicas y psicológicas que influyen en los factores de inicio y mantenimiento

Esos tres ejes básicos tienen como objetivo analizar la incógnita de por qué hay personas que se inician y mantienen en el consumo de estas sustancias y otras no. De igual manera, tratan de aplicar las conclusiones a fines de prevención y detención del consumo.

Los programas de prevención de las drogodependencias están basados en la escalada del consumo de drogas, que establece una relación directa entre el consumo de drogas ilegales y el anterior consumo de drogas legales. De todos modos, Becoña, afirma que se trata de una hipótesis imprecisa e interesada, por parte de las personas encargadas de perseguir y reprimir el consumo de drogas.

Sin embargo, estas afirmaciones dieron lugar a una teoría secuencial muy relacionada con la escalada de sustancias: Se trata de cuatro fases en las que el individuo evoluciona, de una a

otra: la primera fase es el consumo de vino y cerveza, la segunda el consumo de cigarrillos y licores, la tercera el consumo de marihuana y por último la cuarta el consumo de otras drogas ilegales.

Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

Podemos clasificar en tres grandes grupos a las teorías y modelos que explican el consumo y la prevención de drogas:

Teorías Parciales o Basadas en Pocos Componentes:

Son teorías que explican la adicción con una causa biológica. A parte de lo biológico, también contemplan la automedicación como causa. El individuo experimentaría efectos positivos y caería en la necesidad de autorregularse para sentirse bien. Esta es una teoría de Miguel Casas publicada en 1992.

El modelo de creencias de salud y competencia de Costa y López habla de dos objetivos:

- 1) Promover la competencia individual
- 2) Desarrollar comunidades y organizaciones competentes.

Según Fishbein y Ajzen (1975) en su teoría actitud-conducta y en la teoría planificada, hablan de que es posible, a través de la conducta del individuo, predecir posibles problemas de drogadicción.

Dentro de este grupo también podemos encontrar teorías basadas en causas interpersonales. En este caso, Kaplan (1986) nos habla del modelo de la mejora de la estima, en el cual, el adolescente, busca una aceptación por parte de los adultos. Al no tenerla por fallos en su conducta, experimenta malestar psicológico. Junto a esta teoría, encontramos la teoría integrativa de la conducta desviada, en la que, para el individuo, realizar algo fuera de la norma, en este caso la ingesta de drogas es considerada como algo adaptativo.

Pandina (1992) afirmaba en su modelo de la afectividad que quienes no experimenten un reforzamiento positivo de la conducta, es probable que utilicen la intoxicación al encontrarla atractiva.

Por último, Peele en 1985, sostiene modelos que defienden que no es la sustancia que se ingiera o la conducta del individuo; sino qué le produce esa sustancia de manera individual, qué sensaciones le hace experimentar y cómo responde el individuo tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual a la misma.

Teorías de estadios y evolutivas:

Es el segundo gran grupo de teorías. Se basan en los estadios o en el desarrollo evolutivo de la persona para explicar el consumo de drogas.

El modelo evolutivo de Kandel (1975) es secuencial, divide el consumo en fases de iniciación con drogas legales, hasta acabar con drogas ilegales. Utiliza la teoría de la socialización y se apoya en las “cuatro etapas” por las que pasan los consumidores: cerveza o vino, cigarrillos o licores, marihuana y por último otras drogas ilegales. Kandel utiliza la probabilidad para defender que el consumo de una sustancia en una fase incrementa la posibilidad de pasar a la siguiente. A este modelo, también añade elementos tales como familia, grupo de iguales y características personales que influyen notablemente en el consumo, o no, de sustancias.

Werch y Diclemente (1994) nos hablan en su modelo de un suceso de estadios: el individuo no contempla el uso de drogas, piensa en iniciarse, cuándo pretende utilizarlas en un futuro inmediato, cuándo se produce el inicio del consumo y cuándo se continúa consumiendo. Los proyectos educativos basados en este modelo luchan por mantener a los jóvenes en el primer estadio o bien que no pasen de la experimentación al uso regular.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998), sostiene la reafirmación de los jóvenes, participando en la comunidad, para promover su desarrollo positivo. El modelo pretende desarrollar jóvenes capaces de resolver sus problemas, no que no los tengan como esperan otros modelos.

Labouvie (1996) establece su modelo de madurez en la propia autorregulación. Habla de las metas del individuo, si son poco importantes o improbables es fácil caer en la alienación. Los estudios de Labouvie también indican una disminución del consumo en el individuo ligada a su madurez.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996) expone el caso de jóvenes con problemas para llevar a cabo roles de la vida adulta en sus diferentes ámbitos. También afirma que, si el adolescente adquiere responsabilidades adultas a temprana edad, interfiere en su desarrollo y en la adquisición de habilidades psicosociales, y puede desencadenar en situaciones de abuso.

Glantz (1992) desarrolla el modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas. Los factores de riesgo que emanan de la etiología del abuso de drogas son neurológicos, genéticos, psicológicos y psicopatológicos.

Debido a las limitaciones de las teorías anteriores, Oetting (1998) propone la teoría de la socialización primaria. La base biológica del individuo influye de manera innegable en su conducta, pero Oetting defiende que todas las conductas problemáticas son aprendidas o al menos tienen componentes sociales adquiridos.

Teorías integrativas y comprensivas

En este grupo de teorías encontramos teorías integrativas que adquieren conceptos de diversas corrientes y teorías comprensivas que tratan de explicar por sí solas dicha problemática.

El primer modelo que encontramos en este grupo de teorías es el modelo de promoción de la salud. Parte del derecho humano salud para todos como un derecho básico. Las estrategias que se utilizan son: establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura (1986) es una de las teorías psicológicas más importantes en el estudio de las drogodependencias. Se fundamenta en los principios de aprendizaje, la persona, su cognición y su ambiente. El componente central de esta teoría es la autoeficacia y la emplea como elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Becoña, 2002).

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) explica la conducta antisocial a través de la especificación de predicción del desarrollo. Sostienen la

siguiente hipótesis: Los procesos hacia una conducta prosocial o antisocial son similares, influyen de manera imprescindible los factores de riesgo y protección.

La teoría internacional de Thornberry (1987), en esta teoría, el autor explica que la conducta desviada nace de una relación mínima entre la persona y la sociedad, junto con un ambiente social pobre. Muchas conductas desviadas pueden ser desarrolladas a lo largo de la vida debido a la influencia de muchos factores.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977) señala como factores de riesgo la pobreza social, la desigualdad y la discriminación; como elementos que generan en la adolescencia un importante riesgo para sus conductas. En este modelo, también quita responsabilidad al individuo en cuanto a su conducta, y centra parte de esa responsabilidad en el contexto social, entendido como un modelador de conducta.

Botvin creó el Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas (1999). Este modelo lo desarrolló a partir del programa preventivo de Calafat et. al. Tú decides de 1992, basado en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Calafat califica en una red de factores como influyentes algunos como la coherencia social, los hábitos de consumo sociales, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la información o la actitud.

La teoría de la influencia Triádica de Flay y Petraitis (1995), esta teoría intenta explicar el comportamiento en la iniciación al abuso de las drogas atendiendo a tres niveles, macroambiente, microambiente y genética. A su vez, clasifica las influencias en culturales y ambientales, contexto social e influencias intrapersonales. Estas influencias interaccionan con los diferentes niveles.

Por último, tenemos el modelo del autocontrol de Santacreu et. al. 1991-1992. Se basa en un modelo psico-social en el que el adolescente necesita un refuerzo independiente al paterno, y para ello acude al abuso de sustancias como fuente de refuerzo alternativa. Es usual encontrar en la evolución natural de una persona, momentos en los que el refuerzo esperado se desligue del paterno y busque alternativas.

De estas teorías integrativas y comprensivas, nacen la mayoría de programas de prevención, pero vamos a desarrollar los dos programas más importantes en el ámbito de la educación y que mayor acogida han tenido.

En primer lugar, “Entrenamiento en habilidades para la vida” de Gilbert J. Botvin. Este programa tiene una duración de tres años y se aplica siempre en el aula. Está basado en el entrenamiento de habilidades personales del individuo para favorecer su toma de decisiones y proporcionar habilidades sociales para crear en el individuo una conciencia de resistencia a las drogas. Se estudiaron los resultados durante seis años y se confirmó la hipótesis de la prevención primaria, ya que, reduciendo el consumo de drogas legales, se consiguió una gran reducción en los grupos de drogas ilegales. Según el autor del programa, la prevención debe centrarse en los factores tanto sociales como psicológicos que acercan a la persona al consumo de drogas.

El segundo se trata de “¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas”, de Roberto Flores, continúa la dinámica de Botvin promoviendo el desarrollo de habilidades para la vida en alumnos de 12 a 16 años. Enumera las habilidades para la vida y ocho ejes temáticos en los que las enmarca. Las habilidades son autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos y manejo de tensiones y estrés. Los ejes temáticos en los que se enmarcan son la información, las creencias, actitudes, influencias, autoestima, toma de decisiones, presión de grupo y tiempo libre.

Factores de riesgo y factores de protección

En este punto, vamos a analizar los factores de riesgo y protección que se tienen en cuenta a la hora de programar estrategias de prevención de la drogadicción. Un factor de riesgo es un atributo o característica individual que aumenta de manera considerable la probabilidad del inicio y el abuso de las drogas. En cambio, los factores de protección reducen o disminuyen la posibilidad de que el individuo comience y finalmente abuse de las drogas.

En cuanto a la etiología del consumo de drogas, uno de los primeros factores, tanto de riesgo como de protección, es la familia en los primeros años de vida. El medio familiar es el primero que ayuda al individuo a su desarrollo social y del primero que adquiere actitudes y valores. En etapa de escolarización, comienzan a influir más factores: escuela, compañeros, amigos y

factores propios. En esa etapa la estrategia fundamental es descubrir los factores de riesgo para trabajar en ellos y minimizarlos en la medida de lo posible.

El consumo de drogas suele ir ligado junto con otras conductas antisociales y disruptivas, que afectan de manera negativa tanto al individuo como a la propia sociedad.

Podemos agrupar los principales factores de riesgo y protección en: individual, iguales, familia, escuela, comunicación y sociedad.

A continuación, vamos a analizar estos seis factores, separando lo que serían riesgos y lo que sería protección con la siguiente tabla:

FACTORES	RIESGOS	PROTECCIÓN
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Rebeldía. • Amigos con conductas problema. • Actitud favorable hacia conducta problema. • Iniciación temprana a la conducta problema. • Relaciones negativas con los adultos. • Impulsividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos y reconocimientos. • Creencias saludables. • Positividad de uno mismo. • Actitudes negativas frente a las drogas. • Buena relación con los adultos.
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> • Iguales que consumen o valoran las sustancias peligrosas. • Iguales que rechazan actividades de empleo. • Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación con iguales implicados en actividades de la escuela y recreativas. • La resistencia a la presión de los iguales. • Dificultad para ser influenciado.
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de conductas de alto riesgo. • Conflictos familiares. • Actitudes parentales e implicación en la conducta problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego. • Creencias saludables. • Altas expectativas parentales. • Confianza y dinámica familiar positiva.

Educación para la Salud

FACTORES	RIESGOS	PROTECCIÓN
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta antisocial temprana. • Fracaso escolar. • Bajo apego a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación prosocial. • Refuerzos. • Creencias saludables. • Apoyo del personal del centro. • Clima positivo.
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de drogas. • Leyes y normas favorables al consumo. • Deprivación económica y social. • Bajo apego al vecindario. • Desorganización comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser un miembro activo en la comunidad. • Descenso de la accesibilidad a la sustancia. • Normas culturales. • Redes sociales de apoyo dentro de la comunidad.
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Empobrecimiento. • Desempleo. • Discriminación. • Mensajes pro-uso de las drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mensajes en los medios de resistencia a las drogas. • Descenso en la accesibilidad. • Incremento del precio a través de impuestos. • Aumentar edad de compra. • Leyes más estrictas de la conducción bajo los efectos de las drogas.

Cuanto más y mejor se conozcan los factores de riesgo y protección, mejor conoceremos las causas del consumo o no, de drogas. Pero también podremos desarrollar programas preventivos más adecuados, eficaces y adaptados a la sociedad en la que vivimos hoy en día.

Durante todo este recorrido por la fundamentación teórica de este trabajo, hemos analizado los antecedentes a la educación para la salud, los modelos y teorías utilizados anteriormente y los factores de riesgo y protección. A partir de aquí, para analizar en profundidad la prevención de drogodependencias en el ámbito educativo, analizaremos el Plan Nacional sobre Drogas de 1985, dos Estrategias Nacionales, pasaremos a estudiar el Plan Autonómico para centrarnos en nuestra comunidad, y, por último, llegaremos al Plan Municipal de Huesca, para terminar, extrayendo todos los datos de relevancia en nuestra ciudad.

6 PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS DE 1985

Se trata del primer Plan Nacional sobre Drogas que se publica en España.

A finales de 1984, el gobierno, estableció un Plan Nacional a propuesta del Congreso de los Diputados, con intención de dar respuesta a las aspiraciones de lucha de la mayoría de los ciudadanos en contra de la drogadicción

En los años 60 se había producido un gran aumento en el porcentaje de población alcohólica. Como ejemplo, el Hospital Provincial de Madrid, pasó de tener un 9% de ingresos por alcoholismo agudo en 1945 a tener un 30% en 1955. Los ingresos psiquiátricos por toxicomanías se encontraban estables con un porcentaje de 0,6%, siendo las morfinomanías las toxicomanías predominantes, seguidas por el cannabis.

A finales de los años 60, fueron los analgésicos los que experimentaron un crecimiento importante en su consumo. Seguidos a estos también se incrementó el uso de hipnóticos y sedantes. En la sociedad de esos años, existía una notable resistencia al reconocimiento de estos abusos, lo que dio lugar a la posterior denominación de toxicomanías latentes o enmascaradas. Los estimulantes eran usados, mayoritariamente, por la población juvenil en fase de estudios, era poco frecuente encontrar consumidores de estimulantes entre la población adulta.

En los años 70 se produce en España un cambio dramático en el panorama del consumo de sustancias psicotrópicas. Se extiende el término droga y se utiliza como sinónimo de cualquier sustancia psicotrópica.

En 1971 se cataloga el LSD como sustancia de abuso. Fue introducida en la escena cultural por la generación “beat” y “hippie”. Respondía a un movimiento psicodélico encabezado por Leraud con una ideología antidrogas legales, pero a favor de las psicodélicas. Hacia los años 80 el consumo de estas sustancias había disminuido.

También en los 70 se produce una reaparición de la heroína, a la que primero afecta a estratos sociales bajos, pero que rápidamente se extiende por toda la sociedad. En 1978 se presentó una expansión del consumo de heroína intravenosa, e incluso se dieron cuadros de dependencia de heroína en recién nacidos en los hospitales. Todo esto demostraba que la sociedad vivía una epidemia de heroína. En cambio, no ocurrió lo mismo con la cocaína, no experimentó

inmediatamente un crecimiento en su consumo como ocurrió en otros países europeos, fue más tarde, a partir de los 80 y sobre todo los 90 cuando tuvo esa expansión.

Aunque con escasos datos, el Plan Nacional Sobre Drogas de 1985 estimó en cifras cuál era el problema de la toxicomanía en España. Aproximadamente, publicó que unos dos millones de personas eran consumidoras de alcohol, un millón y medio de cannabis, unas 70.000 personas de cocaína, 80.000 de heroína, unas 350.000 de anfetaminas y unas 20.000 de inhalantes.

En los años en los que fue publicado el Plan Nacional Sobre Drogas, la sociedad reclamaba herramientas para dar respuesta a los problemas que las drogas causaban. Esta fue la razón principal para la creación del plan. Solo fuerzas de seguridad del Estado, servicios sociales, algunos Ayuntamientos y asociaciones de padres afectados, habían luchado contra la drogadicción. Con este Plan Nacional, se busca integrar al conjunto de la sociedad. Se trata de un problema que, aunque conocido, no se sabe cómo actuar frente a él.

Los objetivos iniciales de este plan fueron tres: Conseguir un alto consenso social, consultando con todos los partidos con representación parlamentaria, así como sindicatos y organizaciones empresariales. El segundo objetivo fue que el Plan Nacional Sobre Drogas fuera técnicamente aceptado, su elaboración se realizó contando con numerosos expertos y científicos, que habían trabajado diferentes campos relacionados con la drogadicción, tanto a nivel nacional como internacional. La última pretensión del Plan fue que la lucha contra el consumo de drogas tenía que basarse en la prevención, tanto individual como colectiva, según los autores del Plan, frente a un problema con el que habían convivido tanto tiempo, solo existían soluciones preventivas a medio y largo plazo. Para estos expertos, el abuso de drogas en nuestra sociedad era reflejo de la poca importancia que otorgábamos, a nivel individual, a la protección de la propia salud.

Prevención en el ámbito educativo

El Plan Nacional Sobre Drogas de 1985 trata la prevención desde todos los ámbitos posibles, y por supuesto el educativo. Según este documento, la educación para la salud, la promoción del bienestar juvenil y la participación en la educación de los agentes sociales, deben ser ejes principales.

El desarrollo de la educación para la salud y la educación integral correspondería a los propios educadores, asesorados por especialistas.

Las medidas preventivas de rebaja del consumo, ligadas al ámbito educativo, son las siguientes: Reformar y mejorar el sistema educativo, utilizando la educación para la salud de forma transversal. Desarrollar materiales pedagógicos sobre drogas que apoyen una correcta formación en el aula. Promocionar actividades alternativas para los alumnos en su tiempo libre, de esta manera, cuanto más tiempo se ocupa en una actividad concreta, menos se ocupa en el consumo de droga. Trabajar con el Consejo de Europa en el desarrollo de programas educativos experimentales. Información acerca del consumo de drogas en los centros de información juvenil.

Es decir, el primer Plan Nacional Sobre Drogas en nuestro país, utiliza la educación como método básico de prevención. No obstante, también se utilizan campañas en los medios, Leyes más estrictas y proyectos de tiempo libre para los jóvenes.

A continuación, se analizamos el Observatorio Nacional sobre Drogas de 1998, documento creado para dar visión de la situación española en ese momento.

7 OBSERVATORIO NACIONAL SOBRE DROGAS DE 1998

El Observatorio Español sobre Drogas (OED) nació el 30 de abril de 1998.

Este organismo tubo como razón de ser, la necesidad de transmitir información y analizar la situación de la sociedad española, con más frecuencia a como lo hacen las Memorias del Plan Nacional Sobre Drogas.

Las funciones principales de este informe fueron recoger y analizar toda la información que las fuentes nacionales e internacionales pudieran ofrecer, difundir la información sobre drogas que pudiera ser útil para la sociedad, ayudar y promover diversas investigaciones y estudios sobre consumos de drogas y por último asesorar a las administraciones institucionales e instancias políticas en materia de drogas.

En 1997 se realizó la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas.

Este trabajo, aportó mucha información acerca de los hábitos de consumo de la sociedad española y el observatorio basa su informe en ella. La encuesta se hizo a nivel nacional, incluyendo Ceuta y Melilla. Se realizaron un total de 12.445 entrevistas, en todos los contextos posibles: rurales y urbanos, zonas de mayor y de menor poder adquisitivo, de mayor y de menor nivel sociocultural, con el fin de hacer un trabajo veraz.

La encuesta, se realiza haciendo hincapié en los diferentes tipos de drogas y de esta misma manera expone sus datos; analizando cada sustancia por separado:

Tabaco:

La prevalencia del consumo en la población española en 1997 era de un 32,9%. Mayor en la población masculina; un 40,6% y más concretamente en las personas de 29 a 38 años con un 44%. Se observa que, con el paso de los años, cada generación, empieza a fumar antes que la anterior. Cuando se realizó la encuesta, los jóvenes de entre 15 y 18 años, habían empezado a fumar a la edad media de 14 años y el 20,2% de estos jóvenes fumaban todos los días.

Alcohol:

El alcohol era en esa época, y lo sigue siendo, la sustancia con mayor presencia en la sociedad española, siendo un 89,9% el porcentaje de personas que alguna vez habían probado esta sustancia. Un 12,9% de la población consumía alcohol a diario y la cifra se incrementaba en las personas de más de 49 años, siendo un 22,3%. Cuando se realizó la encuesta, un 60,7% de los encuestados declaraba haber consumido alcohol en los últimos 30 días.

Cannabis:

Era la droga ilegal más consumida en España, se comprobó que el 21,7% de la población la había probado, y que un 4% lo había hecho en el último mes. Ese porcentaje no se reducía con la edad, puesto que el 20,2% de los jóvenes de entre 15 y 18 años también lo habían probado. Como dato atípico, que no se registra ni en el tabaco ni en el alcohol, hay un gran salto generacional de la franja de los 39 a 48 años y las personas de más de 49: Los primeros habían probado esta droga en un 20,8% de la población, y los segundos solo un 3%.

Éxtasis:

Esta droga había sido consumida alguna vez por el 2,5% de la población, comprendida entre 15 y 65 años. El 1% la había consumido en el último año y el 0,2% en el último mes. La edad media de inicio en el consumo de esta droga, entre los más jóvenes, era de 16,3 años.

Cocaína:

Esta sustancia ilegal, también se encontraba en la lista de las más consumidas a nivel nacional, con un 1,53% de consumidores en el último año. La edad media global de inicio de consumo era 21 años.

Los porcentajes que se barajan en este informe de 1998 hacen referencia al total de población de entre 15 y 65 años: 28 millones de personas.

Se hicieron varias observaciones como el fenómeno del policonsumo, que nos explica que, entre los consumidores de cannabis, el 89% también tomaba alcohol, el 85% fumaba tabaco y el 15,3% consumía cocaína. Por lo que nos daba el perfil politoxicómano de la época.

También se resalta el dato del porcentaje de españoles que abogan por la legalización de las sustancias ilegales, un 18,5%. Siendo los mismos consumidores las personas que respaldan esta iniciativa.

Para acabar las observaciones, también se preguntó a los entrevistados por la accesibilidad de las drogas y destaca el hachís y la marihuana, que eran de muy fácil acceso para el 44,8% de la población.

Junto con todos los datos obtenidos de la encuesta, se llevaron a cabo unas conclusiones, que trataban de describir la situación nacional de 1998 en materia de consumo de drogas y sus tendencias:

Existe una gran penetración social en el consumo de sustancias legales consideradas drogas: el alcohol y el tabaco. Al grupo social consumidor ya existente, se han adherido dos más: mujeres y adolescentes.

Se han desarrollado dos grandes procesos, compatibles, que moldean la evolución social: el incremento de ciudadanos que prueban las drogas y la reducción de personas que hacen uso frecuente de ellas.

El consumo de sustancias no obedece a una tendencia genérica. Comparando los datos con 1995, en algunos casos como la heroína o las anfetaminas el consumo ha bajado, el tabaco se ha estabilizado y el cannabis y la cocaína han ganado protagonismo. Añadir a este punto que el consumo de heroína sigue una tendencia bajista, gracias a los programas asistenciales.

El consumo de cannabis está creciendo de manera significativa, sobre todo entre adolescentes de ambos sexos.

Los ciudadanos perciben como drogas poco peligrosas el alcohol, el tabaco y el cannabis.

La mayoría de ciudadanos coinciden en las medidas demandadas al gobierno para la lucha contra la droga. El 92,1% de la población piensa que, con una mejora en la educación para la salud, el problema del consumo de drogas mejoraría notablemente.

Prevención en el ámbito educativo

En la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE), se incluyó una asignatura transversal llamada Educación para la Salud. En este marco curricular fue trabajada la prevención de la drogadicción en el ámbito educativo. Esta asignatura se cursaba en todo el currículo, tanto de primaria como de secundaria.

La Educación para la salud exige una formación continua de los docentes, en los Centros de Profesores y Recursos (CPR), donde existe un responsable del desarrollo de los programas de prevención, en los centros educativos.

La mayoría de programas desarrollados en los centros educativos, también tenían como objetivo la formación de padres y madres. Desde la administración, se concedieron ayudas y subvenciones a varios proyectos de Educación para la Salud, desarrollados por Asociaciones de padres.

En 1998, más de la mitad de los centros educativos tanto de primaria como de secundaria, trabajaban con algún programa de prevención. Los más populares eran:

Programa de Entrenamiento en Habilidades de Vida, de Botvin (1995): Se seleccionaron doce zonas de actuación, con una media de diez centros de Educación Primaria por zona. Estaba enfocado a niños de sexto curso de primaria. En él se desarrollaban dos programas: uno multicomponente en el que se trabajaba la información, las actitudes y el desarrollo de competencias y otro de puertas abiertas, desarrollado en tiempo libre, llevado a cabo por ONGs. En este programa participaron 5077 niños.

Programa de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (2001): Se trató de hacer una intranet entre diferentes centros educativos de toda Europa, donde compartieran materiales e ideas para reforzar y promover la Educación para la Salud. Participaron 85 centros españoles.

Como síntesis, este trabajo nos dejó de forma clara constancia de la situación nacional en los años 1997 y 1998: El alcohol y el tabaco seguían muy arraigados en la sociedad española, el cannabis era la droga ilegal más consumida y, además, estaba percibida como droga poco peligrosa. Se empezó a estudiar el fenómeno del policonsumo y la heroína seguía en tendencia bajista. Se generan varios programas de prevención gracias a la nueva asignatura de Educación para la Salud.

A continuación, se van a analizar las dos Estrategias Nacionales que abarcan el periodo 2000-2016 con el fin de analizar, desde el ámbito nacional, cuáles han sido las tácticas llevadas a cabo.

8 ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2000-2008

La primera Estrategia Nacional Sobre Drogas, que abarca desde al año 2000 al 2008, se aprueba en el Congreso el 17 de diciembre de 1999.

En la presentación de la Estrategia, se justifica el cambio de Plan Nacional a Estrategia Nacional, argumentando la necesidad de actualización del formato; tras quince años de PNSD y como un modo de anticiparse a los previsibles cambios en los fenómenos que abarcan las drogas.

En dicha introducción se nombra la prevención como eje fundamental, basada en la educación y la formación en valores. También matiza que esta prevención debe enmarcarse dentro de la “Educación para la Salud”.

El proyecto de este documento fue impulsado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Comisión Interautonómica del PNSD.

Análisis de la situación

En los años 90, la droga por excelencia y en la que más recursos se invirtieron fue la heroína. A finales de esta década, el consumo de esta droga se estabilizó y en ciertos momentos disminuyó, por lo que se redujo el nivel de alarma social respecto a esta sustancia. Sin embargo, durante estos años, aparecieron nuevas drogas de síntesis y nuevos patrones de consumo.

La gran diferencia de estos patrones fue la periodicidad. Son drogas con patrones de consumo de fin de semana, fuera del ámbito familiar y que eran consumidas con el fin único de divertirse. Añadido a esto es importante mencionar que, a diferencia de la heroína, el consumo de estas nuevas sustancias no genera comportamientos marginales.

Las drogas de síntesis aparecieron en lugares de predominio turístico como Ibiza y el Levante y su consumo se extendió por todo el territorio nacional con gran rapidez.

La droga más consumida en estos años siguió siendo el alcohol, con un elevado número de personas, de entre 15 y 28 años, que mantenían un patrón de consumo de fin de semana. Sin embargo, el grupo más problemático seguía siendo el de personas mayores de 49 años, consumidores diarios.

Un dato que se reflejó en el análisis fue, a pesar de no haber cambios notables en el consumo de cocaína, que aumentó considerablemente el número de personas con problemas derivados de esta droga, y que solicitaban servicios sanitarios y sociales.

Prevención educativa

La prevención se rige como pieza clave en esta Estrategia Nacional sobre Drogas. Está estructurada en diferentes metas, principios, ámbitos de actuación y objetivos que se extenderán durante varios años tratando de crear un proyecto a largo plazo.

Como introducción al apartado de prevención, la Estrategia nombra las distintas metas propuestas: mantener y potenciar el debate político constante desde el inicio del PNSD, impulsar la sensibilización social, priorizar la prevención como herramienta más importante en la lucha contra las drogas y abordar el problema desde una perspectiva global, incluyendo todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso como el alcohol y el tabaco.

Los principios de actuación se dividen en cuatro apartados:

- El primero es la creación de programas preventivos que favorezcan la interacción de actuaciones en los ámbitos policial, educativo, sanitario, social, laboral, etc.

- Segundo, la corresponsabilidad social y la participación de los ciudadanos en la lucha contra las drogas. Dentro de este principio, es necesario matizar que el papel de los medios de comunicación es clave.

- El tercer principio es la promoción de la educación para la salud.

- El último principio de actuación es el desarrollo de programas y medidas destinadas a la profilaxis y a la reducción de enfermedades.

Esta intervención para la prevención del consumo se debe aplicar en diversos ámbitos. En el ámbito escolar se debe implicar a toda la comunidad escolar e integrar la educación para la salud como materia transversal. La actuación debe ser complementada con intervenciones intensivas sobre grupos especialmente vulnerables. En el ámbito familiar, se debe trabajar previniendo la aparición de problemas derivados de las drogas y su propio consumo. Es necesario un trabajo preventivo mayor con las familias multi-problemáticas. Es necesario disponer de multitud de programas que cumplan las diversas necesidades de todas estas familias. En cuanto al ámbito laboral, es necesario intervenir ya que la prevalencia de personas consumidoras de alcohol y tabaco son trabajadores. Por eso cuando se traten de medidas en el ámbito laboral, por lo general, se hará hincapié en sustancias institucionalizadas.

Referente al ámbito comunitario, según La Estrategia Nacional sobre drogas (2000-2008, p. 44) “debe perseguir reforzar los mensajes y normas de la comunidad, en contra del abuso de drogas y a favor de la salud”. Es imprescindible aplicar las políticas en cada territorio, de manera que se tenga en cuenta sus peculiaridades y se busque su aceptación. La comunicación social es un ámbito transversal debido a su carácter global. Todos los ámbitos pasan por este. Se incluye, sobre todo, en campañas y en medios de comunicación. En cuanto al ámbito de la salud, debe ser gestionado por el personal sanitario en los centros, trabajando por una detección precoz de síntomas de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Es necesario aplicar protocolos y programas específicos.

Por último, los objetivos principales que se persiguen con este programa de prevención e intervención son los siguientes:

Lanzar a la sociedad toda la información sobre los riesgos, acerca de las drogas, que los ciudadanos puedan necesitar.

Invertir en una mejora de la formación del personal docente, en toda la educación obligatoria. Ligado a esto, la mayoría de escolares al acabar su educación debería haber recibido la formación necesaria para enfrentarse a las drogas.

Otro de los objetivos que se busca con esta intervención es crear medidas normativas que gestionen y controlen la publicidad de sustancias nocivas pero legales.

Promover proyectos sobre prevención, programas basados en la evidencia científica y de diagnóstico precoz.

Formar a personal de animación sociocultural, centrado en los jóvenes, capaz de ser un agente preventivo en cuanto a drogodependencias.

Por último, potenciar el asociacionismo de madres, padres y otras entidades sociales para crear estrategias y programas dirigidos exclusivamente a las familias.

9 ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016

En la introducción de esta Estrategia Nacional, se hace hincapié en hecho de que el consumo de drogas en España sigue siendo muy elevado. Esto se traduce en sufrimiento personal de la población, incapacitación y multitud de costes sociales y sanitarios.

Los autores de esta Estrategia aspiran a que el documento, sea utilizado como una herramienta válida a cualquier nivel, y que pueda ser aplicada en cada ámbito social para lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas y, paralelamente, reducir los costes sociales y sanitarios que este problema genera.

Análisis de la situación

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 reconoce los cambios en los consumos de drogas que se han generado de pasadas ediciones a esta. Entre ellos, destaca los perfiles de los consumidores, siguiendo un patrón más generalizado de policonsumo y el comienzo más prematuro del abuso de drogas. Relacionado con el policonsumo, también esclarece la aparición de nuevas drogas psicoactivas que se han introducido en el mercado.

Otro factor importante de evolución es el envejecimiento de consumidores problemáticos y el incremento de trastornos mentales asociados a consumidores veteranos. Este hecho es la consecuencia de los elevados consumos durante los noventa y la primera década de los 2000.

Reconoce la influencia de la inmigración en diversos patrones de consumo y el creciente tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado. La Estrategia da a entender que el tráfico de drogas está siendo asumido por organizaciones criminales especializadas en diversos actos delictivos. La base de esta Estrategia es continuar con la prevención siempre teniendo en cuenta la evolución de los consumos en los últimos años, valorando el trabajo realizado por instituciones públicas y organizaciones sociales, para continuar juntos y en la misma línea.

Prevención en el ámbito educativo

La Estrategia propone tres soluciones para trabajar en la prevención del consumo de drogas. En primer lugar, crear una conciencia global de la sociedad sobre la importancia de los problemas que causa el abuso de sustancias, junto con los daños y costes personales y sociales. La sociedad debe ser parte activa de la lucha y de la solución

La segunda, aumentar las competencias y capacidades personales para que el individuo, sea capaz de decir no a las drogas. Para ello se deben trabajar actitudes y conductas de rechazo.

En tercer lugar, el objetivo es retrasar la edad de comienzo en el consumo de drogas. Por dos razones, primera para reducir el tiempo de exposición a una sustancia tóxica, la segunda porque cuanto mayor es el individuo que prueba una droga, menor probabilidad tiene de desarrollar una adicción a esta sustancia.

Este documento también hace referencia a la necesidad de diferenciar entre consumo habitual y consumo ocasional, ya que este fenómeno cada vez contempla mayores diferencias

entre uno y otro y por tanto los objetivos, estrategias y herramientas deben ser específicos para cada uno.

Poblaciones diana

La Estrategia Nacional sobre Drogas de 2009, recoge poblaciones diana como la familia, población infantil o población laboral. Entiende poblaciones diana como sectores de la población a los que deben ser dirigidas un tipo de medidas de prevención en concreto.

-La sociedad en su conjunto.

No es posible considerarse un sector como tal sobre el que actuar, pero pueden promoverse la implicación de la ciudadanía de muchas formas:

Reforzando el movimiento asociativo y de las entidades sociales

Incrementando la autonomía y responsabilidad personal fomentando valores culturales.

Manteniendo a largo plazo canales de información abiertos a todos y diversificados para llegar al total de la población.

Impulsando el uso de los recursos documentales y de las nuevas tecnologías de información que supongan un cambio cuantitativo y cualitativo en la transmisión de información al conjunto de la sociedad.

-La familia.

Es el elemento más importante de socialización, pese a los cambios sociológicos de los últimos años y es una referencia sólida para adolescentes, que consideran la familia uno de los ámbitos más importantes de su vida.

Acorde a esta importancia, se deben facilitar competencias educativas y de gestión familiar refuercen el mensaje de prevención, desde el núcleo familiar. Asimismo, desarrollar la participación de las familias en el ámbito social.

-Población infantil, adolescente y joven.

Sector más vulnerable por su etapa de desarrollo. Además, son los adolescentes los que más participan en el llamado “consumo recreativo” de drogas. Es innegociable tener este sector en cuenta a la hora de diseñar planes preventivos.

-La comunidad educativa.

Constituye junto con la familia, la instancia social más importante para las personas. La educación tiene unos objetivos en la lucha con el consumo de drogas, y para alcanzar esos objetivos, será necesaria la implicación de los tres elementos que forman la comunidad educativa, alumnado, familias y profesorado. Así mismo será básica la adecuada coordinación entre los mismos.

-La población laboral

La población laboral es un amplio sector de la sociedad y que incluye características comunes como estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Todas estas características favorecen la intervención en la fase preventiva del consumo de drogas, ayudan a alcanzar los objetivos y facilitan la integración social.

Ambas estrategias, tanto la de 2000-2008 como 2009-2016, tienen un hilo de continuidad en sus apartados de prevención. Se diferencian en la adaptación, ya que con el paso de los años surgen nuevas tendencias, perfiles y drogas. En las dos Estrategias se utiliza el modelo evolutivo de Kandel (1975), entre otros, para explicar la importancia de la prevención de drogas legales, ya que estas pueden facilitar el paso a las ilegales. También se le ha dado mucha importancia al ámbito familiar y educativo, siendo en este último donde se hace más hincapié en las herramientas, habilidades y estrategias de socialización con el fin de prevenir el abuso de drogas.

Continuamos este estudio con la encuesta ESTUDES que se realiza cada dos años al alumnado de entre 14 y 18 años. En este análisis veremos los datos actuales de consumo.

Por último, vamos a pasar a los Planes de Aragón y de Huesca con el fin de analizar, desde un punto de vista mucho más cercano, como se trata el tema de la prevención de drogodependencias en nuestra Comunidad

10 ESTUDES 2014/2015 ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA.

ESTUDES es una encuesta que realiza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Se lleva a cabo cada dos años y la población en la que se centra son los estudiantes de entre 14 y 18 años de centros públicos y privados. Una vez realizada la encuesta, el Plan Nacional Sobre Drogas revela las tendencias del consumo de alcohol y otras sustancias entre los escolares. Esta encuesta se viene haciendo bianualmente desde 1994.

La encuesta más reciente es la de 2014/2015, publicada el 11 de febrero de 2016. En esta encuesta participaron 37.486 jóvenes de 941 centros educativos públicos y privados. Los objetivos de este trabajo del PNSD son, en primer lugar, tener una visión real de la situación del consumo de drogas entre los jóvenes que cursan Enseñanzas Secundarias. El segundo objetivo es el de orientar a futuras estrategias en materia de prevención de drogodependencias.

Una vez recogidos todos los datos, ESTUDES publica unos resultados de consumo total por sustancias, añadiendo variables como edad, sexo, zona geográfica. También se hace hincapié en la percepción de la peligrosidad de las drogas, la disponibilidad de sustancias, drogas emergentes o mejores estrategias de lucha contra la droga consideradas por los estudiantes, entre otras.

A continuación, hacemos un desglose por sustancias de las prevalencias de consumo entre los jóvenes españoles.

-Alcohol: A día de hoy, sigue siendo con diferencia la sustancia más consumida en la población española y por supuesto entre los jóvenes. Pese a esto, la encuesta nos revela un descenso del consumo entre los encuestados, haciéndose más importante en los consumos intensivos, es decir, en los consumos diarios y de atracón (binge drinking). El 78,9% de nuestros jóvenes de entre 14 y 18 años ha probado el alcohol. El 1,7% bebió alcohol diariamente en los últimos 30 días y el 33% lo ha consumido al menos una vez en los últimos 30 días en forma de atracón. Este dato aumenta progresivamente, paralelo al aumento de edad. Por último, y siguiendo con la tendencia alcista en el consumo femenino de drogas legales, la encuesta revela que las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, tanto en consumos moderados como intensivos.

-Tabaco: Esta sustancia legal continúa en la línea descendente de consumo que ya se venía viendo en los últimos años desde 2004 y en estos momentos se encuentran en su mínimo histórico. En el último año 137.000 alumnos de edades comprendidas entre los 14 y 18 años empezaron a fumar. En 2014, el porcentaje de escolares que ha fumado alguna vez es del 38,4% y un 8,9% fuma tabaco a diario, lo que supone un descenso de 4 puntos respecto a la encuesta anterior. Diez años antes de la publicación de esta encuesta, el 21,5% de la población fumaba a diario, frente al 8,9% en 2014. En la línea de lo anterior, también mengua el número de cigarrillos fumados de media por persona, de 6,2% en la anterior encuesta a 5,6% en esta.

-Hipnosedante: Los resultados de esta encuesta revelan un parón en la tendencia creciente en el uso de hipnosedantes que se venía observando desde hace 10 años. Con y sin receta, la encuesta indica un descenso en el consumo: El 16% de los adolescentes los han consumido alguna vez, junto con un 10,8% que los ha tomado en los últimos 12 meses y el 6,2% de los encuestados ha tomado hipnosedantes en los últimos 30 días. El consumo de estas sustancias ha sido y sigue siendo mayoritariamente femenino, siendo el doble el porcentaje de mujeres que de hombres que han probado, en el último año, estas drogas legales.

-Cannabis: Se trata de la tercera droga más consumida en la población y también entre los encuestados (14-18 años), también la podemos catalogar como la droga ilegal más consumida en España, el 33% de los estudiantes la ha probado alguna vez en la vida y el 25% lo han hecho en el último año. Respecto al grupo de alumnos que lo ha consumido en los últimos 30 días (18,6%), el 65,6% ha consumido marihuana, el 9% hachís y el 25,4% de ambos tipos. La encuesta revela también el 13,5% de esta población que ha fumado en los últimos 30 días, lo ha hecho sin tabaco, siendo solo marihuana lo que han consumido. El número de porros consumidos de media es de 3,2 al día. Otro dato que nos arroja la encuesta es que 146.200 estudiantes comenzaron a fumar cannabis en el último año, siendo, como hasta ahora, una mayor proporción de hombres que de mujeres. Destacan los consumidores problemáticos de cannabis. Se trata de un 2,5% de la población (ha bajado dos puntos) y son consumidores de una media de 5,2 porros al día. Hablamos de alrededor de 53.000 alumnos de entre 14 y 18 años. Pese a todos estos datos, el consumo de cannabis entre los escolares se ha reducido en más de un 33% en la última década.

-Drogas Emergentes: Como en las dos ediciones anteriores de esta encuesta, se han introducido datos de nuevas drogas emergentes que se están popularizando entre los jóvenes.

Son drogas de fácil acceso por internet. Según ESTUDES, el 4% de los estudiantes de entre 14 y 18 años habrían probado estas sustancias psicoactivas, pero el 54% no había oído hablar de ellas. Las sustancias con mayor prevalencia de consumo son el Spice (0,8% de los jóvenes lo han probado), ketamina (0,7%), salvia (0,7%) y mefedrona (0,5%). En nuestro país, el uso de estas sustancias es relativamente nuevo y experimental, y los consumidores de un perfil joven, con baja percepción del riesgo y mucha facilidad para disponer de drogas. Los varones, de nuevo, son el mayor porcentaje de consumidores de estas sustancias emergentes.

En Aragón, la percepción de riesgo está generalizada entre los alumnos cuando se hace referencia al consumo habitual de sustancias como la heroína, los alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína en polvo o las anfetaminas. Sin embargo, Aragón, destaca por ser la comunidad con menos percepción al riesgo de consumo de alcohol diario, 51% de los encuestados, frente al 59% del alumnado del resto de España.

11 II PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS DEL GOBIERNO DE ARAGÓN 2010-2016

En la Comunidad Autónoma de Aragón, la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias es la que recoge este segundo Plan Autonómico.

El segundo Plan Autonómico establece cuatro áreas de actuación: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Para sus líneas de actuación se apoya en las conclusiones del Plan Autonómico de Aragón 2005-2008, en la experiencia de las distintas áreas de intervención y el compromiso institucional que incorpora la Estrategia Nacional sobre drogas.

La priorización de actuaciones de prevención, detección precoz, reducción de daños y asistencia en los colectivos y sectores de población más desfavorecidos, debe ser criterio fundamental en cuantas acciones de este tipo se programen desde las administraciones públicas y las entidades sociales en nuestra Comunidad Autónoma (II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016, p. 9).

Este Plan tiene una vigencia del periodo 2010-2016. Paralelo a este Plan, se lanzan, desde la Dirección General de Salud Pública, dos programas de acción: 2010-2013 y 2013-2016 que contemplan acciones concretas, objetivos operativos, acciones a desarrollar, calendario previsto, e indicadores para su evaluación.

A la hora de la planificación estratégica, es básico realizar un correcto análisis de la situación de la sociedad aragonesa frente al problema de las drogas. El análisis se basa en cuatro importantes encuestas. Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en Aragón (EDADES) de 2007, Encuestas sobre drogas en población escolar (ESTUDES) de 2006 y 2008, Encuesta nacional de salud de 2006 y el Estudio sobre conductas de los escolares, relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) de 2006, promovido por la OMS. A su vez, se utilizan indicadores indirectos como los datos por tratamientos médicos o muertes relacionadas o causadas por sustancias psicoactivas.

Desde los años 90, el perfil de consumidor adolescente, consumidor social-recreativo, politoxicómano y con un consumo normalizado le ha ganado terreno al perfil de los años 80, el consumidor de heroína con un estilo de vida antisocial e incompatible con ámbitos familiares o educativos. En la última década, se ha producido un descenso en el número de consumidores de drogas vía parenteral, así como la mortalidad ligada a reacción aguda por uso de sustancias psicotrópicas. También se ha producido un descenso en los consumos de cocaína y cannabis en especial entre los menores. El cannabis, sigue siendo la droga ilegal más presente entre los jóvenes, con prevalencias de consumo “alguna vez en la vida” muy elevadas.

El alcohol, según las encuestas, sigue siendo la droga más consumida entre los jóvenes de 14 a 18, un 85% lo habría consumido alguna vez en la vida. Los lugares donde más frecuentemente se consume son calles, plaza, parques o espacios públicos abiertos. La presencia del alcohol en el mundo adulto, reflejada en la encuesta domiciliaria de 2007, es muy elevada. Un 95,7% declaraba haberlo consumido alguna vez en la vida, y también se detectaba un aumento en el número de borracheras referidas a los últimos 12 meses. El tabaco es la segunda droga más consumida en Aragón. Aunque la tendencia de consumo es decreciente, sigue siendo un problema de salud pública relevante por el incremento de consumo entre adolescentes, especialmente mujeres. La edad de inicio se sitúa en los 13 años. El cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo. En la población entre 14 y 18 escolarizada, el 46% declara haber consumido alguna vez en su vida cannabis. Los chicos presentan una prevalencia mayor que la de las chicas. En cuanto a la cocaína, el 9,3% de los jóvenes entre 14 y

18, afirman haberla probado, siendo un 4,2% lo que lo habrían hecho en el último mes. De nuevo hay una mayor prevalencia entre los chicos, y la percepción del riesgo ha aumentado, lo que se revierte en un decrecimiento del consumo desde 2002. La cocaína ha sido la sustancia por la que se han iniciado más tratamientos en pacientes de entre 21 y 30 años. La heroína, no tiene la relevancia que tuvo entre el conjunto de las drogas, las estimaciones se basan en admisiones a tratamiento o programas de reducción de daños, todos estos enfocados a adultos.

En cuanto a la prevención en el ámbito educativo, sigue la línea de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, haciendo hincapié en la importancia de mejorar las capacidades y habilidades personales para que la persona sea capaz de negarse ante la oferta de drogas, y esté protegida ante los comportamientos problemáticos que puedan ocasionar el consumo de drogas a edades tempranas. Se propone la continuación y extensión de programas preventivos recogidos en la estrategia de Red de Escuelas Promotoras de Salud, implicando a toda la comunidad educativa, así como fomentando la coordinación de los recursos de prevención.

Los objetivos en este ámbito educativo son, incrementar el potencial de salud de los escolares, potenciar la coordinación entre departamentos de salud y educación, integrar la educación para la salud, facilitar la intervención en colectivos de especial vulnerabilidad y garantizar la formación de la comunidad educativa en prevención.

Dentro de este ámbito educativo, y con los objetivos marcados, se fijan también seis líneas de actuación.

En primer lugar, la extensión de los programas escolares de educación para la salud que abordan los factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas.

La siguiente línea es el desarrollo amplio de la estrategia de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud, permitiendo incrementar el control sobre factores determinantes de la salud.

Otra línea pasa por consolidar la Comisión Mixta Salud – Educación y las Comisiones Provinciales como elementos de coordinación para las intervenciones de prevención en el ámbito educativo. Inclusión de actividades formativas aplicables a programas escolares de educación para la salud para profesorado y Federaciones de Padres y Madres.

La quinta línea se basa en establecer medidas de apoyo para la identificación y la intervención sobre colectivos escolares en una situación de especial vulnerabilidad.

La última línea de actuación hace mención al desarrollo de iniciativas de prevención de las drogodependencias con la Universidad de Zaragoza en el marco de la Red de Universidades Saludables.

A continuación, se van a analizar otros ámbitos de actuación, dentro del apartado de prevención de este Plan Autonómico:

-Ámbito comunitario: La prevención comunitaria se va a centrar en los espacios de ocio y el tiempo libre, que son los principales lugares de socialización de personas. Las actuaciones preventivas estarán basadas en la educación para la salud, con especial atención a los grupos más vulnerables y potenciando la participación ciudadana.

-Ámbito laboral: El consumo en trabajadores disminuye la seguridad, aumenta la accidentalidad, merma la productividad y empeora el clima laboral. Es necesario realizar tareas de prevención en este ámbito debido al tiempo que la persona pasa en él.

-Ámbito sanitario: En este ámbito se intentará reducir los daños ocasionados por el consumo de drogas. Para ello, se trabajará en la detección temprana, la educación sanitaria y la prevención de factores de riesgo.

-Protección y control de la oferta: Regular la publicidad, promoción, venta y consumo de drogas legales serán las acciones de prevención que se llevarán en este ámbito. Los planes de acción en cuanto a las drogas ilegales se basarán en el abordaje policial y judicial de la oferta y la demanda.

Junto a estos ámbitos de actuación, en el plan se especifican cuatro niveles de prevención:

Prevención universal, potenciando factores de protección ante los consumos de drogas y fomentando actitudes y hábitos saludables entre la población en general, con el objetivo de retrasar el inicio de consumo y reducir los daños entre la población menor de dieciocho años. El siguiente nivel es la prevención selectiva, que se basa en fomentar actitudes y comportamientos responsables y reducir los factores de riesgo en colectivos caracterizados como grupos vulnerables. El tercer nivel es la prevención indicada, adaptado a personas altamente vulnerables al desarrollo de adicciones reduciendo los factores de riesgo. Por último, la prevención determinada, enfocada a personas con drogodependencias.

Por último, en el apartado de prevención, en el II Plan Autonómico, se hace referencia a los recursos de prevención con los que cuenta la comunidad: La Administración Local y la Administración Regional.

La Administración Local cuenta con los Centros de Prevención Comunitaria (CPC), que son recursos pertenecientes a las entidades locales, que tienen como objetivo reducir o evitar el uso de drogas y por ende los problemas asociados a éstos. También trabajan en promover hábitos de vida saludable.

Entre otras, las funciones generales de los CPC son informar y asesorar a los individuos implicados en el consumo de drogas, realizar la detección e intervención rápida en los problemas de adicciones o colaborar con el sistema educativo en la puesta en práctica de programas escolares de prevención, dando apoyo formativo y realizando un seguimiento de las acciones.

En el ámbito Regional, el Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad es el órgano de la Dirección General de Salud Pública el que gestiona la elaboración y seguimiento de los programas de prevención. Encontramos tres recursos educativos:

- *Programas Escolares de Educación Para la Salud*: Son programas llevados a cabo en las escuelas aragonesas y que tienen como objetivo la prevención del consumo de drogas. Son cuatro los programas incluidos en este apartado:

Órdago, que se inició en el curso escolar 2004-2005 en enseñanzas secundarias y que se basa en dotar al alumno de valores y habilidades para enfrentarse al consumo de drogas y otras sustancias adictivas.

Cine y Salud, se puso en marcha en 2001 y trata de promocionar la educación de la salud a través del cine, también está dirigido a alumnos de secundaria.

La Aventura de la Vida, se inició en 2005-2006 y está dirigido a alumnos de segundo y tercer ciclo de primaria, teniendo como objetivo adquirir una serie de habilidades para la vida, estilos de vida saludables y educación en valores.

Pantallas sanas, se dirige a toda la comunidad educativa y se basa en tratar el tema de las pantallas y las nuevas tecnologías desde el punto de vista de la educación para la salud.

- *Red Aragonesa de Escuelas promotoras de Salud*: incluye los centros educativos aragoneses que han priorizado en su proyecto educativo la promoción para la salud

de la comunidad escolar. Es el requisito fundamental para formar parte de la red. La acreditación de los centros la realiza la Comisión Mixta de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte. Esta red comenzó en Europa en 1991 y poco a poco se fue aplicando en nuestra comunidad.

- *Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)*: Creada en 1996, su finalidad es facilitar la extensión de la promoción y la educación para la salud en la Comunidad Autónoma de Aragón y pretende ser un instrumento integrador de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos en distintos ámbitos.

12 PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES 2011-2017. AYUNTAMIENTO DE HUESCA

El Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca se crea en 1986, a través de un Convenio de Colaboración con el Gobierno de Aragón. Este Servicio, ha venido trabajando en los aspectos preventivo y asistencial en los ámbitos educativo, familiar, laboral o comunitario entre otros. Todo lo que se trabajó hasta 2011, fue un trabajo consciente de la necesidad de crear un Plan Municipal, en la línea de la Estrategia Europea, el Plan Nacional Sobre Drogas y el Plan Autonómico.

Este Plan, trata de ser un documento que aporte estabilidad en las acciones y que enmarque, coordine y potencie los programas desarrollados hasta ahora por el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca.

Los criterios fundamentales que marcan el Plan son la priorización en actuaciones de prevención, detección precoz, reducción de daños y asistencia en los colectivos y sectores de población más desfavorecidos y vulnerables.

Para acabar la introducción, y antes de pasar al análisis de la realidad de Huesca, “Este plan persigue mejorar el nivel de salud de ciudadanas y ciudadanos a través de un proceso planificado y coordinado entre los distintos agentes, que intervienen sobre estilos de vida y factores medioambientales centrándose en la promoción y protección de salud” Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones (2001-2017, p. 7).

Huesca, en el momento en el que se publicó este Plan y en el cual nos basamos a día de hoy, tenía una población de 52.933 habitantes. Se observa una mayor concentración de población entre los 20 y los 65 años, un 57% del total. La población escolar, de 5 a 19 años, representa un 14,6% de la población, y será hacia esta franja de edad, hacia donde se volcarán mayor número de recursos y acciones preventivas.

En este Plan no se incluyen datos exactos del consumo municipal de sustancias estupefacientes, sino que se remite a los datos ofrecidos para la Comunidad de Aragón (analizados anteriormente en el Plan Autonómico), pero si incluye una serie de hábitos en el tiempo de ocio de los jóvenes en Huesca que debe ser analizado para contextualizar el Plan.

Es el fin de semana cuando la población joven de Huesca cambia las actividades deportivas y culturales por salir de fiesta. Un 67% de esta población practica deporte entre semana, pero la cifra se reduce al 28% el fin de semana. Según los datos de este Plan, el 44% de la población comprendida entre los 12 y los 21 años acuden a los bares o hacen botellón el fin de semana. Las zonas en auge para esta práctica suelen ser parques, plazas y orillas de río Isuela.

La zona de fiesta más transitada es “el tubo”. Tras la aprobación de las distintas leyes de la ciudad referentes a infancia y adolescencia, se ha regulado el acceso a menores a estos espacios. Esto ha creado la necesidad por parte de las pandillas del alquiler de locales. En estos locales, sin presencia adulta, es corriente la entrada de alcohol y drogas, un riesgo asociado al tiempo de ocio.

Debido al tamaño de la ciudad y al bajo índice de inseguridad, las familias no perciben los riesgos que el tiempo de ocio no programado puede tener para los jóvenes. Es por ello que la edad media para empezar a salir solos es de 12 o 13 años. Un factor importante que genera este hecho es el haberse educado en un ambiente de seguridad y protección, que ofrece la ciudad de Huesca.

Una vez analizado el contexto municipal de Huesca, el Plan publica un área de prevención donde se recogen las estrategias desde el ámbito educativo y del comunitario.

En el ámbito local, los recursos específicos de prevención son los Centros de Prevención Comunitaria. Se organizan a través de unidades de ámbito local, integrados en los Servicios

Sociales Comunitarios. Desarrollan funciones que tienen como objeto reducir y evitar el consumo de drogas y promover hábitos saludables.

-Ámbito educativo: La escuela es el lugar idóneo para adquirir los conocimientos y valores necesarios para ser personas capaces de resistir a la presión del consumo de drogas. Toda la comunidad escolar debe implicarse en esta tarea. Las razones que justifican la labor preventiva y que el Plan nos ofrece son las siguientes:

- La escuela, principal agente de socialización.
- Actúa en la fase de maduración de mayor importancia.
- Por los riesgos que conlleva para el alumno los cambios en edad escolar.
- Como mínimo, van a estar hasta los dieciséis años, esto nos da margen de actuación en el ámbito de la prevención.
- Es el espacio ideal para detectar factores de riesgo.
- El profesorado actúa como agente preventivo y modelo en su función educadora.

Los objetivos que persigue el plan son aumentar la presencia de la prevención en el plan de acción tutorial y en el proyecto educativo de centro, garantizar formación del equipo docente para que puedan aplicar programas de prevención con su alumnado y reforzar la Educación para la Salud en Proyecto Curricular, fomentando la participación del alumnado en el proceso educativo y fomentando su responsabilidad.

Las acciones preventivas en relación con el alumnado son cuatro. La primera proporcionar al alumnado las habilidades para tomar decisiones responsables respecto a su salud personal. La segunda ofrecer al alumnado de secundaria formación en valores que les haga tomar una decisión correcta cuando se encuentren en una situación de oferta de drogas. La tercera el desarrollo de hábitos y actitudes saludables y la cuarta fomentar la responsabilidad del alumnado hacia un consumo moderado cuando se da un patrón de abuso.

Para cerrar el ámbito escolar, el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias recomienda cinco programas preventivos: La aventura de la vida, Alcohol y tabaco 6º Primaria, Órdago, Retomemos y Drojnet2.

-Ámbito comunitario: la prevención comunitaria se lleva a cabo en los principales espacios de socialización, entorno familiar, ocio y tiempo libre y entorno laboral.

Los principios inspiradores de la intervención se basan en tratar los problemas derivados de conductas adictivas, ya que son problema de todos, desde el ámbito municipal, favoreciendo la cercanía entre la Administración y los ciudadanos.

Los objetivos específicos del ámbito comunitario son:

- Lanzar, hacia todas las propuestas del municipio, un marco teórico y principios metodológicos comunes en materia de prevención.
- Sensibilizar a la ciudadanía ante el problema y la prevención del consumo de drogas y otras adicciones.
- Implicar a todos los agentes que intervienen en la prevención.
- Conseguir que todos los agentes trabajen en red.
- Reducir la oferta y tráfico de drogas a través del cumplimiento de la normativa.

Algunas de las acciones a desarrollar en el ámbito comunitario que recoge este Plan son, dar herramientas a los profesionales a su nivel de intervención, informar a la población en general sobre el fenómeno de las drogodependencias, diseñar labores conjuntas de prevención, aplicar diferentes programas en el ámbito educativo, formar a los medios de comunicación sociales en materia de mediación o abrir nuevas redes sociales a la ciudadanía.

Por último, los programas de prevención en este ámbito que el Plan Municipal propone son el Programa Conoce tus Límites, San Jorge y el Programa “i” infórmate.

13 CONCLUSIONES

La salud de cada individuo es algo que como docentes debemos trabajar. A lo largo de los últimos 40 años, el consumo de drogas en España ha descendido. Esta disminución se debe a muchas estrategias y programas de prevención, pero en concreto al desarrollo en el currículo escolar de la Educación para la Salud. Cuando una persona aprende a valorar la importancia de su salud, está mejor preparada para ser capaz de negarse a la hora de consumir drogas, ya que sería perjudicial para su salud.

Para llevar a cabo los programas de prevención, en cualquier Plan Nacional o Estrategia, se han tenido que sustentar en modelos teóricos. La teoría más utilizada ha sido la teoría del

aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura (1986) que se basa en los principios de aprendizaje, la persona, su cognición y su ambiente. También ha sido esencial el modelo evolutivo de Kandel (1975), que crea una secuencia y divide el inicio del consumo en escalas, como vimos en la fundamentación teórica.

Tras la publicación de muchos modelos teóricos, se crearon los programas de prevención escolar. El programa más utilizado es el de Botvin, "Entrenamiento en habilidades para la vida". Se trata de un programa que desarrolla competencias y habilidades en el alumnado para ejercer un autocontrol que consiga generar un rechazo a las drogas. También se utiliza de manera generalizada el programa "¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas" donde se desarrollan diez habilidades para la vida.

A lo largo de la revisión de los Planes y Estrategias, las conclusiones más importantes son:

Las drogas más consumidas a lo largo del tiempo son las drogas legales, en concreto el alcohol y el tabaco. A continuación, la droga ilegal más consumida es el cannabis. Actualmente los hipnosedantes se han colocado en cuarta posición en esta escala. La heroína ha sido un gravísimo problema, y seguramente la causa principal del inicio del PNSD 1985, pero a día de hoy, en la sociedad española, ha dejado de ser grave.

A partir de la Estrategia Nacional de Drogas 2000-2008, cambia el perfil de persona adicta a sustancias estupefacientes. Hasta ese momento, se trataba de personas marginales, adictos a la heroína y sin ningún apego social. A partir de ese momento, se analizan más a fondo las drogas sintéticas, que hacen del usuario de sustancias estupefacientes una persona social y que consume con un fin recreativo, por lo que cambia totalmente el perfil de consumidor. Aun así, el grupo más problemático seguía siendo el de personas mayores de 49 con un consumo diario de alcohol.

La edad de inicio, como hemos visto en los documentos, se encuentra entre los 14-15 años, aunque cada vez es más frecuente ver la media de edad de 13 años de inicio.

Hay diferencias entre ambos sexos en la prevalencia del consumo de drogas. Actualmente, los consumidores de drogas ilegales en mayor porcentaje son hombres y de drogas legales mujeres.

En Aragón, tenemos la tasa menor de percepción al riesgo del alcohol, 51% de los jóvenes lo perciben como un riesgo, siendo 59% la media española, por lo que el riesgo será otro de los grandes factores a trabajar en el aula vinculándolo con la salud.

En Huesca, encontramos una ciudad con poco nivel de delincuencia, lo que va relacionado con una sensación de seguridad y un mayor nivel de libertad para el niño/adolescente. Esta libertad puede llegar a ponerle en contacto con las drogas. Pero, en mi opinión, no podemos quitarle esa libertad y esa suerte de vivir en una ciudad como Huesca, sino educarle en valores de salud propia para que cuando se ponga en contacto, sea capaz de valorar su salud y bienestar por encima de las drogas. La conclusión más importante que extraigo del Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias de Huesca es la importancia de la labor preventiva en el ámbito educativo, ya que el alumnado se encuentra en fase de maduración, estarán como mínimo hasta los dieciséis años en el sistema educativo y eso es mucho tiempo para poder detectar factores de riesgo.

Por último, según las encuestas, cuanto más tarde se inicia una persona en el consumo de drogas, es más fácil que lo abandone y no le cause secuelas. Por el contrario, cuando una persona se inicia a edades tempranas, le va a resultar mucho más difícil desprenderse de esa sustancia, porque ha acabado su última fase de desarrollo físico y mental a la par que consumía esa sustancia y seguramente, eso le pese el resto de su vida. Como docentes, nuestra misión va a ser clara: Evitar el uso de drogas a través de la Salud y favorecer el empuje tardío del consumo.

14 BIBLIOGRAFÍA:

- Alonso, C., Salvador, T. y Suelves, J. (2004). Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Centro de estudios sobre promoción de la salud.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becker, M.H. y Mainan, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, 13, 10-24. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología, edición revisada, 1, 375-402. Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. et al. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Boletín Oficial del Estado, 13 de septiembre de 1991, núm. 220, pp. 30226-30228. Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria.
- 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.
- 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.
- Costa, M. y López, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187. Zaragoza. Universidad de Zaragoza
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2014-2015. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 22 de agosto de 2017. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es>
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 (1999). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 (2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 15 de julio de 2017. Recuperado de: <http://eps.aragon.es/> Educación para la salud
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Infante, C., Barrio, G. y Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15, 77-96.
- Informe del Observatorio Español sobre Drogas (1998). Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.
- Informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2013). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. Nueva York: Academic Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254. En Becoña, E. et al. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912- 914. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 343-377. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40. En Becoña, E. et al. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Megías, E. et al. (1996). Plan Integral de Prevención Escolar (Pipes). Madrid: FAD.

- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504. En: Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Nuevos retos de la gerencia de riesgos. Consultado el 3 de junio de 2017.
Recuperado de:
<http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/gerencia/n107/estudio-2.html>
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. Substance Use & Misuse, 33, 995-1026. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Orte, C. (1993). Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas. Proyecto, 7, 73-48.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Programa de prevención “Órdago” Afrontar el desafío de las drogas. (1998). Bilbao. EDEX
Consultado el 25 de julio de 2017. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201- 215.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Swadi, H. (1989). Substance use in a population of London adolescents. M. Phjil. Thesis, University of London. En Becoña, E. et al. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Torres, M. (2009). Historia de las adicciones en la España Contemporánea. Ministerio de Sanidad y Consumo.

