



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Prevención de adicciones con sustancias en
Educación Primaria

Autor/es

Paula Brun Cuello

Director/es

Rafael Díaz Fernández

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

Año 2019

Índice

1. Introducción	4-6
2. Objetivo	6
3. Metodología	6
4. Antecedentes más próximos de educación para la salud	6-9
5. Ámbitos importantes de la educación para la salud en la escuela	
5.1. Ámbito 1: Promoción de la salud	9-21
5.2. Ámbito 3: Prevención de las adicciones.....	21-24
6. Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia ..	24-26
7. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas	26-31
8. Factores de riesgo y protección.....	31-32
9. El ámbito escolar para la prevención de la drogodependencia	33-36
10. Características evolutivas de la etapa de 6 a 12 años	36-38
11. Análisis de la realidad del I, II y III Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas 2018-2024	38-42
12. Estrategia Nacional sobre Drogodependencias 2017-2024	42-46
13. Conclusiones.....	46-47
14. Referencias Bibliográficas	48-51

Prevención de adicciones con sustancias en Educación Primaria

Prevention of substance addictions in Primary Education

- Elaborado por Paula Brun Cuello.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Septiembre del año 2019.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 15.526

Resumen

Las drogas son unas sustancias nocivas para la salud de todas las personas. El consumo de este tipo de sustancias es un hecho muy presente en la sociedad de hoy en día y por ello, es esencial realizar una buena prevención. Para ello, es necesaria la ayuda de los centros educativos, integrados en la Red de Centros Promotores de la Salud, para inculcar a todo el alumnado unas destrezas y habilidades que les permitan desarrollar unos hábitos de vida saludables e informarles acerca de los factores de riesgo a través de los factores de protección para que se alejen del inicio hacia el consumo de estas sustancias perjudiciales a temprana edad. Además, es importante que todas las personas que rodean al individuo colaboren con esta labor, es decir, tanto la familia como el centro educativo. De esta manera, se conseguirá que el desarrollo de la identidad, del autoconcepto y de la autoestima equilibrada sea el correcto, como fortaleza frente al consumo de drogas.

Palabras clave

Educación, prevención, drogodependencias, factores de riesgo y protección, programas.

1. INTRODUCCIÓN

Mi trabajo de fin de grado es un trabajo descriptivo basado en fuentes primarias y secundarias, el cual está orientado a la prevención de adicciones con sustancias. Aunque en Educación Primaria de forma general estas adicciones no se dan, lo que pretendo con este trabajo es realizar una prevención para retrasar la edad de inicio y que esto no ocurra en cursos posteriores.

He seleccionado este tema porque considero que es uno de los temas más actuales y problemáticos que se dan dentro de la población adolescente. Además, bajo mi punto de vista al tratarse de aspectos que están relacionados con la salud y el futuro de las personas, es fundamental como docentes que nos concienciamos y seamos capaces de informar y prevenir sobre el consumo de drogas.

Bajo mi punto de vista, uno de los mayores problemas existentes es que no se le da la importancia que tiene a la educación para la salud. Es fundamental, trabajar dentro del ámbito escolar todos los aspectos relacionados con la salud de las personas. Los niños desde pequeños tienen que adquirir unos buenos hábitos que les permitirán crecer de manera saludable.

La educación para salud engloba diferentes ámbitos que se deben tratar tales como la correcta higiene personal, una buena alimentación, el ejercicio físico y unos hábitos de vida saludables. Para ello, es necesario hacer una labor de prevención dentro del aula para además de fomentar una vida saludable, evitar el contacto con las drogas.

Tal y como se estudia en la asignatura "Psicología del Desarrollo", en el primer curso del Grado de Magisterio en Educación Primaria, los niños desde su nacimiento van desarrollando una serie de cambios y modificaciones, tanto física como cognitivamente. Vamos a centrarnos en el rango de edad de 6 a 12 años que es el referido a la etapa de Educación Primaria.

En esta etapa, es muy importante el papel de la escuela ya que van consolidando su identidad, su forma de ser y de relacionarse con los demás. Dentro de la escuela pasan una gran cantidad de horas y por ello es el sitio donde se da lugar a la socialización y

cooperación con sus iguales. Si su adaptación escolar y su relación con el resto de compañeros es buena, facilita que los niños adquieran un correcto desarrollo.

Además, poco a poco el pensamiento infantil y el egocentrismo se van superando y se comienza a utilizar la razón y a desarrollar un pensamiento más coherente y lógico. Esto está relacionado con lo que explica el psicólogo Jean Piaget, que dice que los niños en este rango de edad se encuentran en el periodo de operaciones concretas debido al gran desarrollo cognitivo que sufren, ya que comienzan a relacionar unos conceptos con otros, a comprender correctamente cada uno de los significados y adquieren la metacognición.

La metacognición hace referencia a todos los procesos implicados en la toma de conciencia de los procesos referidos al aprendizaje. Dicho de otra manera, es el conocimiento sobre el conocimiento. En esta etapa, los niños ya comprenden lo que están aprendiendo y desarrollan estrategias de aprendizaje.

La meta de la acción educativa es la consecución de la autonomía intelectual, social y moral de los escolares. El logro de un cierto control sobre el pensamiento supone, entre otras cosas, ir más allá de los hechos y experiencias inmediatas e interactuar con los demás. Son los propios sujetos los que construyen sus conocimientos en la interacción con el medio. El progreso de cada alumno depende, por tanto, de su interacción social y comunicativa. (Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES), 1996)

Continuando con lo que se estaba comentando, si el desarrollo sociopersonal de cada uno de los niños no es el correcto es más probable que puedan padecer algún tipo de problema de autoestima y por lo tanto, al comenzar el contacto con las drogas es probable que no tengan la respuesta adecuada hacia ellas y el acercamiento pueda ser mayor.

En muchas ocasiones, cuando los niños tienen problemas de autoestima, es decir, tienen una imagen negativa hacia sí mismos por diversos motivos, tienden a recurrir a las drogas como una ayuda para olvidar o intentar cambiar esta imagen.

Por todo esto, es necesaria desde las escuelas, la labor de fomentar las relaciones entre el alumnado para así ayudar al desarrollo sociopersonal y emocional de los niños y

además, también es necesaria la labor de prevención del consumo de drogas, que permite dar a conocer los factores de riesgo que conlleva su consumo.

2. OBJETIVO

Analizar y conocer los programas de prevención en el ámbito educativo en Aragón, 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 en su prevención desde la educación para la salud.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación descriptiva se ha llevado a cabo a través de un proceso de indagación y búsqueda de evidencias científica 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.

4. ANTECEDENTES MÁS PRÓXIMOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La salud es una condición que todo ser humano debe poseer para conseguir un bienestar total. Cada uno de los individuos de la sociedad deben estar bien consigo mismos y con su entorno para poder acceder a un nivel de salud completo.

"La educación para la salud es el instrumento que utiliza la promoción de la salud para facilitar los cambios del comportamiento hacia conductas más saludables que eliminen los factores de riesgo" (Sáez Cárdenas, Salvador y otros, 1998).

La educación para la salud es un aspecto fundamental en la vida para las personas ya que de ella depende que cada uno de los individuos que componen la sociedad tengan un estilo de vida saludable. A lo largo de los años ha ido sufriendo una evolución hasta llegar a nuestros días.

En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nació en 1946 con el objetivo de construir un futuro mejor y más saludable para todas las personas que componen el mundo.

Luchar contra las enfermedades, ya sean infecciosas, como la gripe y la infección por el VIH, o no transmisibles, como el cáncer y las cardiopatías. Ayudamos a que las madres y los niños sobrevivan y avancen en la vida para que puedan conservar la salud hasta una edad avanzada. Velamos por la salubridad del aire que respiran las personas, de los alimentos que comen y del agua que beben, así como de los medicamentos y las vacunas que necesitan. (OMS, 1946)

De esta manera, la Constitución de la OMS (1946) establece que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En segundo lugar, el Ministro de Sanidad Lalonde, identificó en 1974 cuatro variables que están relacionadas entre sí y que tienen una gran influencia en la salud. Estas cuatro variables son la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida.

En tercer lugar, en el año 1978 nace la "Declaración sobre cuidados primarios de salud". Esta declaración tenía el objetivo de que la salud de las personas fuera la ideal para llegar a conseguir el logro en todos los ámbitos de la vida, tanto socialmente como económicamente. Para conseguir esto se debían utilizar diferentes estrategias para fomentar la importancia de la salud.

Para continuar, en el año 1986 surge la Carta de Ottawa en la primera Conferencia Internacional basada en la Promoción de la Salud que se realiza en Ottawa. Esta carta se crea con el objetivo de establecer todos los aspectos que permiten disponer de una buena salud. Es fundamental que todos los individuos tengan a su alcance alimentos, una vivienda digna, una capacidad económica suficiente para poder subsistir y unas buenas condiciones sociales. El bienestar total de una persona depende en gran medida de su entorno, es decir, de las condiciones en la que el individuo se encuentre, sobre todo, económicamente y socialmente.

Si se continúa hablando de la Carta de Ottawa se puede destacar que define la salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla". Dicho de otra manera, toda la información que la población posee acerca de una buena salud para conseguir el bienestar total. Para que esto ocurra es necesario

dotar a las personas de esta información para que así, la puedan aplicar y conseguir el objetivo perseguido. De esta manera, se conseguirá prevenir algunas enfermedades y poner solución a otras que ya han aparecido.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud es un derecho fundamental que todas y cada una de las personas que conforman la sociedad deben poseer. Para ello, es imprescindible que todo individuo pueda acceder a una sanidad de calidad y que se tenga siempre en cuenta la repercusión que todas las acciones y actividades tienen para la salud de las personas.

Por otra parte, la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril, fue promulgada con el objetivo de atender a las necesidades de reforma del sistema sanitario, es decir, quería modificar todos aquellos aspectos referidos a la sanidad que no cumplieran con el propósito de lograr una situación de bienestar y salud para todos. Además, persigue algunos principios generales que cabe destacar:

La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias. (Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril)

Para finalizar, en el año 1997 apareció la Declaración de Yakarta en la que se establecen una serie de estrategias que se deben perseguir para promover la salud dentro de la sociedad. El objetivo que persigue es que cada uno de los individuos que componen la sociedad estén informados y sean capaces de lograr un estado total de bienestar y salud. Para ello, se debe trabajar tanto a nivel individual como a nivel de comunidad de manera que colaboren unos con otros y además, es necesario que se aporte dinero para invertir en la promoción para la salud y en crear nuevos edificios destinados a esto.

En conclusión, se puede decir que todos debemos participar en este proceso de promoción de la salud y colaborar unos con otros para conseguir que desde los más pequeños hasta las personas de mayor edad, estén informados y sean capaces de alcanzar el bienestar social y personal. Esto se puede conseguir a través de un instrumento denominado educación para la salud.

5. ÁMBITOS IMPORTANTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

5.1. Ámbito 1: Promoción de la Salud

Para la prevención de drogodependencias hay muchos factores que entran en juego, pero uno de los más importantes y destacables es la educación recibida. Es fundamental que los colegios se impliquen con la causa y que proporcionen una educación basada en la promoción de la salud.

Desde que se establecieron los principios de la carta de Ottawa (OMS, 1986), se han ido desarrollando diversas iniciativas con el fin de crear unas instituciones fundamentales en la correcta evolución de los niños: las escuelas promotoras de la salud.

Una Escuela Promotora de Salud es un centro educativo que prioriza en su proyecto educativo la salud y el bienestar de la comunidad educativa y facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud incluyendo el modelo de organización del centro, la actuación frente a los determinantes de la salud (alimentación, actividad física, salud emocional, consumos, ambiente), la programación educativa relacionada con la salud y las relaciones del centro con su entorno y la promoción de las competencias del alumnado basándose en las habilidades para la vida. (Gavidia, 2016, p. 45)

Es importante destacar que salud y educación son dos conceptos que van unidos. Desde las escuelas se debe realizar una labor de concienciación para garantizar la salud y el bienestar de toda la comunidad educativa.

La salud y la educación están mutuamente interrelacionadas. El alumnado que tiene unas mejores condiciones de salud y bienestar alcanzan mejores resultados educativos.

Un buen desarrollo de las competencias en salud mejora la autonomía del alumnado para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. (Gavidia, 2016, p. 45)

Relacionado con esto, existen cuatro conclusiones que afectan al alumnado según Brooks (2014):

1. Los alumnos que disponen de una buena salud y bienestar personal son capaces de adquirir con mayor facilidad los contenidos académicos y de conseguir los objetivos perseguidos.

2. Los alumnos que disponen de una buena salud y bienestar personal se relacionan mejor con los demás y son capaces de gestionar mejor sus emociones.

3. El correcto ambiente económico, físico y social de los alumnos permite que dispongan de una buena salud y bienestar personal.

4. Los alumnos que realizan de forma habitual deportes o cualquier otro tipo de actividades físicas obtienen unas mejores calificaciones.

Este nuevo movimiento de Escuelas Promotoras de la Salud aparece en el año 1991 en Europa con la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud. La REEPS fue creada por varios organismos tales como la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea. Ahora en la actualidad, ha surgido una nueva red tomando como referencia la REEPS, denominada Red de Escuelas para la Salud en Europa cuyo objetivo principal es apoyar a las organizaciones y a los profesionales para continuar desarrollando y manteniendo la promoción de la salud en todas las escuelas.

Es importante destacar que también existe una Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud. Esta red posee gran relevancia ya que ha sido la que ha establecido tres componentes en las actuaciones de salud en el ámbito escolar. Estos tres componentes según la Organización Panamericana de la Salud (2003) son¹:

¹ Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Valencia: Departamento de las Ciencias Experimentales y Sociales.

1. Ofrecer a todo el alumnado una correcta Educación para la Salud.
2. Instituir un entorno en el cual la salud sea el pilar fundamental.
3. Abastecer de unas pautas de salud a la población para que tengan un bienestar pleno tales como una buena alimentación y la realización de actividad física.

A continuación se muestran dos tablas en las cuales se detallan los valores y los pilares de las escuelas promotoras de la salud respectivamente.

Tabla 1. Valores de las escuelas promotoras de la salud

Valor	Justificación
Equidad	Su labor repercute en la reducción de desigualdades
Sostenibilidad	Reconocen la necesidad de entrelazar la salud, la educación y el desarrollo de manera duradera
Inclusión	Aprovechan la diversidad y fomentan las buenas relaciones de la comunidad educativa
Empoderamiento	Buscan la participación y la capacidad de acción de todos los miembros de la comunidad escolar
Democracia	Ponen en práctica el ejercicio de los derechos y la asunción de responsabilidades

Fuente: Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*, p.49. Declaración de Odense, 2013

Tabla 2. Pilares de las escuelas promotoras de la salud

Pilar	Justificación
Enfoque global de la salud en la escuela	Hay una coherencia entre las políticas escolares y la práctica, visible por la inclusión de la educación y promoción de la salud tanto en el currículo como en el resto de actividades del centro
Participación	El sentido de pertenencia a la escuela del alumnado, del profesorado y de las familias es fomentado a través de la participación y el compromiso significativo, que es un requisito previo para la efectividad de las actividades de educación y promoción de la salud en las escuelas
Calidad educativa	En un clima saludable, el alumnado aprende mejor y el profesorado trabaja con una mayor satisfacción profesional y busca los mejores procesos de enseñanza-aprendizaje, que favorezcan la consecución de sus metas educativas
Relación con la comunidad	Se establece una colaboración y un compromiso con la comunidad de su entorno para ratificar sus fortalezas, facilitar informaciones y reforzar actitudes y habilidades relacionadas con la salud
Evidencia	La educación y promoción de salud en la escuela se fundamentan en la investigación y en la evidencia existente sobre su puesta en práctica

Fuente: Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*, p.49. Declaración de Odense, 2013

Como se ha mencionado con anterioridad, educación y salud siempre deben ir juntas y por ello, las escuelas saludables son los centros en los que se aprenden competencias para gestionar la salud y donde se ofrecen diversos valores y habilidades para conseguir un bienestar completo del alumnado y conseguir de esta manera que lleguen a ser autónomos e independientes y capaces de tomar sus propias decisiones.

En estas escuelas es fundamental que exista un clima positivo tanto dentro como fuera del aula y que las relaciones existentes entre todos los miembros de la comunidad educativa sean buenas y favorezcan el aprendizaje del alumnado.

Además, educar para la salud implica la puesta en juego del desarrollo personal y social de cada uno de los alumnos.

La educación para la salud es aprender a cuidar de uno mismo, aprender a cuidar de los demás y aprender a cuidar del entorno. Este planteamiento significa un proceso que tenga en cuenta la dimensión personal, relacional y ambiental tanto en el currículum explícito como en el currículum oculto, aquel aprendizaje que emana de las vivencias de la cultura organizativa, las relaciones y el entorno del centro. El aprendizaje está relacionado con poner en práctica los conocimientos sobre la salud en el contexto y vida cotidiana del alumnado, promoviendo una reflexión y maduración crítica de la propia realidad. (Gavidia, 2016)

Dicho esto, cabe mencionar que la educación para la salud engloba un serie de dimensiones que influyen al alumnado. Estas dimensiones son la personal, la relacional y la ambiental.

En primer lugar, afecta a la dimensión personal del alumno ya que le enseña la competencia de aprender a aprender y además, a ser autónomo y a tener iniciativa personal. Los alumnos aprender a saber cuidarse por sí solos, a tomar sus propias decisiones y a resolver sus propios problemas sin necesitar constantemente la ayuda de los demás.

En segundo lugar, la educación para la salud ayuda a que los niños vayan desarrollando su capacidad para comunicarse con los demás, para saber expresar lo que

sienten en cada momento y para relacionarse. Esto es algo fundamental ya que todo ser humano necesita la capacidad para mantener relaciones sociales, ya que esto ayuda al desarrollo global del individuo.

En tercer y último lugar, ayuda a las relaciones con el entorno, a comprender todo lo que rodea al individuo y a saber interactuar con el mundo físico. Además, de esta manera se desarrolla la competencia cultural y artística.

Por otra parte cabe mencionar, que el aprendizaje que se da sobre la salud debe ser siempre significativo para que el alumnado pueda relacionar lo aprendido con la realidad. Si un aprendizaje, sea del tipo que sea, no se puede aplicar a la vida cotidiana, no va a ser significativo y por lo tanto, no va a ser útil para el alumnado.

Como conclusión tal y como dice Gavidia (2016) se podría decir que: "una escuela saludable se caracteriza por presentar un contexto positivo que ofrece una educación inclusiva y que tiene unas altas expectativas de su alumnado para lograr unos buenos resultados educativos".

Morgan y Ziglio (2007) proponen un modelo de activos en salud que definen como "cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones a mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud".

La Escuela Promotora de la Salud fomenta un enfoque integral que está basado en este modelo para que de esta manera, todos los miembros de la comunidad educativa estén unidos y se cree así, un buen aprendizaje y un clima positivo que fomente las relaciones entre todos y potencie el desarrollo personal, social y relacional de todos los alumnos.

Para continuar, un centro educativo que es promotor de la salud, debe tener una organización determinada para poder ofrecer al alumnado una respuesta educativa adecuada a sus necesidades. Lo primero que se debe hacer es elegir un coordinador y formar un equipo que sea el encargado de elaborar el proyecto, de gestionar los contactos que vayan a ser imprescindibles en su ejecución, de coordinar todas y cada

una de las tareas y de realizar las actividades. Para ello, hay que determinar una serie de ámbitos que se pueden llevar a cabo dentro de una escuela promotora de la salud:

1. Políticas escolares saludables con el objetivo de promover las políticas de bienestar y salud de la comunidad.
2. El entorno físico de la escuela, siendo este un lugar que reúna los requisitos básicos de seguridad, higiene y ausencia de elementos contaminantes y barreras arquitectónicas.
3. El entorno social de la escuela, el cual viene determinado por las relaciones interpersonales y relacionales entre todos los miembros de la comunidad educativa, es decir, alumnado, profesorado, personal no docente y padres y que favorece el bienestar saludable y la existencia de buenas relaciones entre todos, de manera que no exista la discriminación.
4. Habilidades de salud individuales y competencias para la acción. La Escuela Promotora de Salud integra sus objetivos en el currículum académico y en el Proyecto Educativo de centro. Bien sea de forma transversal en diferentes materias o en tiempos y actividades creados a tal efecto, tales como tutorías, seminarios, talleres, actividades extraescolares, fiestas... De esta forma, se estimula la creación de buenos hábitos y habilidades que permitan al alumnado ser constante y eficaz en sus tareas, protegerse de riesgos y adicciones, incrementar la autoestima personal y el conocimiento de sí mismo, mejorar las habilidades sociales, ser tolerante ante las frustraciones, tener una alimentación equilibrada y disfrutar con la actividad física y cuantos estímulos mejoren su dimensión emocional.
5. Vínculos con la comunidad para que el aislamiento no exista y se puedan generar relaciones entre el alumnado, el profesorado y los padres. Además, es importante que esta escuela saludable se extienda fuera del colegio para que se puedan realizar proyectos en los que tienen cabido otros componentes sociales que comparten un mismo hábitat.
6. Servicios de salud para conseguir el completo bienestar de toda la comunidad educativa. En estas escuelas promotoras de la salud deben participar profesionales sociosanitarios de los servicios de salud que aporten su experiencia y conocimiento para aplicarlo a la educación. (Leger et al., 2010)

Además, la metodología utilizada debe ser activa, participativa y cooperativa. El hecho de hacer al alumno partícipe de su propio aprendizaje y de cada una de las clases,

favorece a su desarrollo y además permite tener un buen estado de bienestar. Por otra parte, el aprendizaje adquirido es mucho más significativo porque es el alumno quién se siente más libre de poder preguntar y reflexionar acerca de cada uno de los conocimientos y así resolver sus dudas y poder comprender todo aquello acerca de lo que tenga dudas. Es imprescindible dotar al alumnado de un aprendizaje significativo de manera que sepa llevarlo a la realidad para poder ser más autónomo y ser capaz de resolver sus problemas por sí solo.

Por otra parte, la cooperación dentro del aula es un elemento fundamental, ya que permite que además de aprender juntos y no de manera individualizada, los alumnos desarrollen otras muchas habilidades. Estas habilidades se tratan de la escucha activa, el respeto por las opiniones de los demás y la reflexión grupal para llegar a una conclusión entre todos. Todo esto es necesario para el día a día y por ello, es tan importante trabajarlo dentro de la escuela. Fuera del aula el alumnado se va a encontrar con numerosos problemas, inconvenientes y personas que van a pensar diferente a ellos, por esto, es necesario enseñarles a gestionar sus emociones, a respetar las ideas de los demás y a resolver los problemas por sí solos.

Todos estos aspectos hacen referencia a los ocho factores clave que Samdal y Rowling (2013) destacaron relacionados con la implementación de la escuela promotora de la salud:

1. Planificación y equipo de trabajo.
2. Integración en institucionalización.
3. Desarrollo profesional del profesorado.
4. Liderazgo y gestión.
5. Apoyo al contexto organizativo y relacional.
6. Participación del alumnado.
7. Colaboración y trabajo en red.
8. Sostenibilidad de las actuaciones.

Para que se pueda llevar a cabo el proyecto de las Escuelas Promotoras de la Salud, existen algunos factores que son totalmente imprescindibles y que sin ellos, sería imposible la existencia de estos centros.

En primer lugar, la disponibilidad horaria es fundamental. Sin ella, no se podría organizar todo lo que se ha mencionado con anterioridad y por lo tanto el proyecto no saldría adelante. A la hora de realizar y llevar a cabo un proyecto educativo, del tipo que sea, es necesaria una buena organización y para ello, el tiempo es un elemento clave.

En segundo lugar, los recursos humanos también son muy importantes. Para poder poner en marcha un proyecto educativo se necesitan personas involucradas e interesadas en participar, colaborar y dedicarse a que el proyecto en cuestión se desarrolle correctamente. Además, el personal humano también es el encargado de resolver cualquier tipo de imprevisto o problema que surja.

En tercer lugar, un elemento muy necesario es el dinero, es decir, los recursos económicos que permitan realizar el proyecto sin ningún tipo de inconveniente y de manera autónoma. Estos recursos se determinan desde las Consejerías de Educación y de Salud.

Finalmente, en relación con este tema, los centros educativos y sanitarios deben realizar algunas acciones para llevar a cabo el proyecto que planteen:

- Ayuda y refuerzo por parte de todas las entidades educativas y sanitarias a los centros educativos considerados como Escuelas Promotoras de la Salud.
- Aumentar la cantidad de profesores dentro de las aulas para así poder atender mejor al alumnado.
- Aumentar la cantidad de dinero destinado a las actividades basadas en Educación para la Salud.
- Incrementar el número de horas destinadas a la comunicación entre los docentes, los alumnos y las familias.

- Dotar a los docentes de toda la información necesaria para que puedan ofrecer una correcta Educación para la Salud.
- Elección de una persona que organice todas las actividades relacionadas con la Educación para la Salud.
- Coordinación de todos los centros sanitarios, educativos o cualquier otro tipo de entidades relacionadas con la salud.

Si nos centramos más en la comunidad autónoma de Aragón, cabe mencionar la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS). Esta red se creó en el año 2009 con el objetivo de innovar y plantear nuevas ideas en relación a la importancia de la salud dentro de la educación. De hecho, numerosos centros forman parte de esta Red Aragonesa, más concretamente en el curso 2013-2014 se contabilizaban 134 centros. Estos centros al tratarse de escuelas promotoras de la salud deben seguir los criterios y valores establecidos por la Red de Escuelas por la Salud, es decir, deben ofertar una educación basada en el bienestar personal y en la salud. Para ello, estos centros trabajan en equipo tanto dentro del propio centro como fuera de él para así colaborar con otros agentes comunitarios y dotar de una serie de instrumentos que favorecen la mejora en educación para la salud.

Para que un centro se considere Escuela Promotora de la Salud, debe cumplir una serie de requisitos de manera obligatoria. Estos requisitos son los siguientes según Gavidia (2016)²:

1. Compromiso del centro para permanecer como Escuela Promotora de la Salud por un periodo de tres años renovable.
2. Integración de la educación y promoción de la salud en la dinámica del centro. Supone una reflexión y un análisis sobre la práctica educativa realizada. El centro debe potenciar la educación y promoción de la salud en el currículum escolar de manera

² Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Pg.63
Valencia: Departamento de las Ciencias Experimentales y Sociales.

estable y continuada de acuerdo con las necesidades identificadas, y promover la creación de entornos saludables en el medio educativo. La integración debe estar recogida en los documentos del centro, es decir, en el Proyecto Educativo de Centro, en la Programación General Anual y en el Proyecto Curricular.

3. Formación de un equipo de trabajo con una persona responsable de la coordinación.
4. Interacción del centro con su entorno.
5. Sistemática de evaluación y calidad de las actuaciones. (Gavidia, 2016, p.63)

Estos centros reciben un seguimiento por parte del equipo SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación Para la Salud) para comprobar que se han cumplido todos los objetivos y que el funcionamiento es el correcto.

En *"Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela"* de Valentín Gavidia, se explica cómo se realizó un estudio para analizar el currículo que se enmarcó dentro del proyecto de investigación COMSAL (Competencias en Salud) cuyo objetivo es estudiar las competencias en salud que los españoles deben adquirir dentro de la escuela. En este estudio, entran en juego tanto La Ley Orgánica de Educación (LOE), que está publicada en el BOE (2006) y que marcaba las enseñanzas mínimas como el DOCV que es donde el Gobierno Valenciano concretó estas enseñanzas mínimas en los decretos curriculares.

Para realizar el análisis del currículo se siguieron varios pasos. En primer lugar, se elaboró una lista con los problemas principales existentes en la Promoción de la Salud. Pero esto no es tarea fácil y por lo tanto, fue necesario seguir una secuencia metodológica.

Primero, se realizó una revisión bibliográfica de las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, del personal experto y propuestas del equipo de trabajo COMSAL.

Después, se llegó a un acuerdo para establecer los ocho ámbitos que englobaban los principales problemas de salud. Estos ocho ámbitos son los siguientes: Alimentación y Actividad Física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes,

Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud, aunque el presente estudio se centra en el ámbito de Promoción de la Salud.

Más tarde, se plantearon consultas a expertos para poder determinar los problemas de Salud, los ámbitos a los que pertenecen y la propuesta de competencias y justo después de estas consultas se realizó un estudio Delphi para comparar las diferentes opiniones, incorporar algunas nuevas y llegar a ciertas conclusiones.

"El método Delphi es una técnica de obtención de información, basada en la consulta a expertos de un área, con el fin de obtener la opinión de consenso más fiable del grupo consultado". (Reguant Álvarez & Torrado Fonseca, 2016)

Tras realizar estas consultas llegaron a la conclusión de que la competencia que el alumnado debía adquirir en relación a este tema es "la capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social". Esta competencia según Gavidia (2016) hacía referencia a tres ámbitos:

- Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables.
- Procurar entornos estables.
- Gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios.

Finalmente, se elaboró un listado de los problemas en Promoción de la Salud con toda la información recabada para posteriormente poder hacer un análisis detallado del contenido del currículo de la Educación Obligatoria que era el objetivo que se perseguía.

A la hora de analizar el currículum se basaron en los tres ámbitos que incluía la competencia que los alumnos debían adquirir.

En el primero de ellos, "generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables", las asignaturas que más aportación tienen para el alumnado según el BOE son Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales, mientras que si nos centramos en el DOCV es Educación Física.

En el segundo, "procurar entornos saludables", indicó que al igual que en el primer ámbito, Conocimiento del Medio, Biología y Geología, Física y Química y Ciencias Sociales son las materias que más aportaciones reúnen atendiendo a ambas leyes.

Finalmente, en el tercer ámbito denominado "autocuidados y utilización adecuada de los servicios sociosanitarios", ocurre lo mismo que en los otros ámbitos anteriores. Son las mismas asignaturas las que tienen una mayor aportación al alumnado sobre la salud.

Esto nos permite llegar a la conclusión de que las asignaturas más relacionadas con el mundo científico son las que más influencia positiva acerca de la salud tienen sobre el alumnado.

5.2. Ámbito 3: Prevención de las adicciones

La Educación para la Salud es un derecho que tiene todo el alumnado y que por lo tanto, las escuelas tienen la obligación de ofrecer una educación que ayude a los niños y niñas a construir un mundo más humano y más justo así como a desarrollar ciertas habilidades y destrezas que les permitan aumentar el control sobre su salud.

Es fundamental destacar la importancia de que las escuelas debieran ser lugares saludables por excelencia donde los niños y las niñas, al mismo tiempo que abren su mirada para un mejor conocimiento del mundo, de los otros y de sí mismos, se preparan para disponer de un proyecto de vida saludable. (Gavidia, 2016, pg.153)

Dentro de la Educación para la Salud existe un tema que está un poco más abandonado de lo que debería, ya que posee una gran relevancia dentro de la salud de un ser humano. Este tema es la educación sobre drogas. Normalmente, lo único que se lleva a cabo es algún proyecto educativo a corto plazo pero esto es insuficiente como para generar efectos positivos en el alumnado a más largo plazo.

"La Educación sobre las drogas es como un proceso continuo y un largo y arduo empeño, cuyo objetivo es despertar y mejorar la comprensión de las causas... y ayudar a jóvenes y adultos a hallar soluciones para sus dificultades y a vivir sin tener que recurrir a las drogas". (Naciones Unidas, 1987)

Esta definición puede tener un doble significado. Por un lado, se puede plantear de manera que el individuo se encuentra en una sociedad corrompida por las drogas y en la que es muy complicado no consumir ninguna. Pero en cambio, por otro lado, se puede considerar que es el individuo el que tiene la responsabilidad del consumo ya que nadie le está obligando a hacerlo.

Por esto, al hablar de educación debemos tener en cuenta que sin todos sus componentes ya no existe la práctica educativa.

En toda situación educativa encontramos:

- Un sujeto: el sujeto que enseñando aprende y el sujeto que aprendiendo enseña (educador y educando).
- Objetos de conocimiento que el profesor debe enseñar y que los alumnos tienen que aprender (contenidos).
- Objetivos mediatos e inmediatos a que se destina o se orienta la práctica educativa (metas).
- Métodos, procesos, técnicas de enseñanza, materiales didácticos, que deben estar en coherencia con los objetivos, con la opción política, con la utopía, con el sueño del que está impregnado el proyecto pedagógico. (Freire, 1994)

La prevención de drogodependencias en el ámbito educativo es un aspecto fundamental ya que este es un tema que se debe tratar desde todas las perspectivas posibles para que tenga su repercusión en los niños. Esto es, se debe tratar desde el centro educativo, desde la familia y desde el centro sanitario.

Esta prevención en drogodependencias se enmarca dentro del Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas del año 2005-2008. Todas las actuaciones que se plantean dentro de este plan tienen una base que busca fomentar los hábitos de vida saludables y prevenir el consumo de drogas. Esta prevención se hace a todo el alumnado presente dentro de los centros educativos pero también se realizan encuestas e investigaciones para conocer cuál es el alumnado más afectado por diversos motivos y prevenir de manera individualizada a estos casos.

Existen cuatro niveles de prevención según establece el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008:

- La prevención universal que consiste en incrementar los factores de protección de toda la población para así conseguir que se comience a consumir drogas de la forma más tardía posible.

- La prevención selectiva que busca disminuir los factores de riesgo y generar dentro de la población joven un comportamiento responsable ante el contacto con las drogas.

- La prevención indicada que fomenta la disminución de los factores de riesgo y los problemas que puede acarrear el consumo de drogas en personas que son muy vulnerables y influenciables. Una persona que es fácilmente influenciable probablemente tenga más posibilidades de probar las drogas y de generar una adicción a ellas, ya que para integrarse dentro el grupo las va a seguir consumiendo.

- La prevención determinada que busca disminuir los riesgos y solventar los daños causados en personas que tienen problemas de adicción de drogodependencias.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existen algunos recursos de prevención y los más destacados e importantes son los Centros de Prevención Comunitaria (CPC). "Estos centro son recursos, pertenecientes a las entidades locales, que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éstos, así como promover hábitos de vida saludables". (II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008)

Por otra parte, cabe mencionar la importancia de los Programas Escolares de Educación para la Salud. Existen varios programas que se van a explicar a continuación aunque el más destacable es "La Aventura de la Vida".

- Órdago. Comenzó en el curso escolar 2004-2005 en los Centros de Educación Secundaria. Su objetivo principal es que todos los alumnos del centro estén informados y adquieran una serie de habilidades y destrezas para saber enfrentarse de la manera correcta a las drogas.

- Cine y Salud. Se inició en el curso 2001-2002. Su objetivo es tratar a través del cine, la salud y todo lo relacionado con ella.

- La Aventura de la Vida. Nació en el curso 2005-2006 y estaba orientado a los niños que estaban en el segundo y tercer ciclo de Educación Primaria. Su objetivo principal es que este alumnado consiga obtener habilidades para afrontar la vida, un estilo de vida saludable dentro del cual se trabaja la prevención del consumo de alcohol y tabaco, y la educación en valores y para la convivencia.

Es un programa de educación para la salud y formación de valores para la prevención primaria de la drogodependencia, dirigido a niños y niñas de la Educación Primaria, involucra a educadores (as), a la familia, la comunidad, e instituciones sociales. Se centra en dos ejes temáticos: Habilidades para la Vida y Hábitos Saludables, trabajados a través de cuentos que narran historias cotidianas en la escuela, la familia y el barrio (espacios básicos de socialización). (Lobaina, M.L. y Rojas, J., 2009)

Es importante mencionar que se desarrolla dentro de los tres ámbitos fundamentales dentro de los cuales se encuentra el niño. Estos tres ámbitos son el colegio, la familia y la comunidad. Esto es un aspecto muy destacable de este programa ya que para trabajar con el alumnado de manera total y completa es necesario abarcar todos los ámbitos que le rodean.

Además, este programa trabaja diversas áreas fundamentales en el desarrollo de los niños. Estas áreas son la autoestima, las habilidades para la vida y los hábitos saludables. De esta manera, aprenden a regular sus propias emociones, a valorarse a sí mismos, a controlar y saber manejar diferentes situaciones que puedan ser complejas, tales como el acercamiento a las drogas y a saber cuáles son los hábitos diarios que se deben seguir, como por ejemplo realizar actividad física diaria, tener una buena alimentación y una correcta higiene personal.

- Pantallas Sanas. Está orientado a todo el alumnado y se basa en la utilización de las nuevas tecnologías con el fin de trabajar la educación para la salud.

6. TEORÍAS QUE SUBYACEN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA

Para poder plantear una prevención de drogodependencias y crear unos programas preventivos de drogas, es fundamental entender el consumo de estas sustancias y para ello, se parte de un marco teórico. Este marco pone su base en la etiología del consumo que dice que: "el modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en las causas que originan el consumo" (Díaz Fernandez & Sierra Berdejo, 2008, p. 173).

En el artículo "Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud"³, se explica que el modelo teórico general se puede sintetizar en tres ejes básicos:

1. Los factores que facilitan el inicio y el mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras.
2. La progresión en el consumo de drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
3. Las variables socioculturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias.

(Becoña (2001 y 2002, p.48))

El objetivo final que siguen la mayor parte de los modelos teóricos es comprender el motivo por el cual unas personas consumen drogas y otras no. Esto lo hacen para crear unas estrategias de prevención de drogas lo más adecuadas posibles para que se consiga evitar su consumo en la medida de lo posible.

Uno de los modelos más significativo que subyace a la prevención de drogodependencias es el de la "escalada del consumo de drogas". Este modelo explica

³ Díaz Fernandez, R., & Sierra Berdejo, 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, pp. 161-187). Zaragoza.

que se va desde las drogas legales como son el tabaco y el alcohol hasta la marihuana y desde esta, a la cocaína y heroína.

En "Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas"⁴ se afirma: "Si prevenimos las drogas de inicio, las legales, conseguimos retrasar o impedir el consumo de las drogas ilegales, en una cadena ascendente donde están la marihuana y la cocaína y heroína. El consumo de marihuana conduce al consumo de heroína". (Becoña, 2002, p. 44).

Según O'Donnell y Clayton (1982) nunca se ha demostrado que esto sea cierto, por ello, Becoña (2002) dice que las personas que confirmaban que estos aspectos eran ciertos no eran personas preparadas sino personas cuyo objetivo era evitar el consumo y por lo tanto, su opinión era subjetiva. A través de todas estas afirmaciones se creó una teoría secuencial de la implicación en el uso de drogas. Según esta teoría existían cuatro fases para el consumo de drogas que iban del consumo de drogas legales a las ilegales. La primera fase es el consumo de cerveza o vino, la segunda el consumo de cigarrillos o licores, la tercera el consumo de marihuana, y la cuarta y última el consumo de otras drogas ilegales.

7. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

Para comprender el consumo de drogas, existen diferentes teorías y modelos explicativos. Estas teorías y modelos se dividen en tres grupos: las teorías parciales o basadas en pocos componentes, las teorías de estadios y evolutivas y las teorías integrativas y comprensivas.

1. Las teorías parciales o basadas en pocos componentes destacan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Dentro de este grupo, se pueden encontrar diferentes teorías o modelos que se van a explicar detalladamente a continuación y que tienen en común que consideran que todas las adicciones se producen debido a una causa biológica.

⁴ Becoña Iglesias, E. (2002). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Santiago de Compostela, pp.44-45.

En primer lugar, se encuentra el modelo de creencias en salud y de competencia persigue dos objetivos tal y como indican Costa y López en el año 2000, que son fomentar la capacidad de cada individuo y crear grupos capacitados.

En segundo lugar, destacan las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención que buscan según Becoña (2002, p.98), mostrar de qué manera se puede adquirir una actuación nueva y de qué manera se puede suprimir alguna de los comportamientos que el individuo ya tiene interiorizados.

En tercer lugar, encontramos las teorías actitud-conducta, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) y la teoría de la conducta planificada Ajzen (1988) que tienen en común el hecho de que consideran que a través de los pensamientos, creencias y formas de ser que tiene un sujeto es posible saber cómo va a actuar o que conducta va a llevar a cabo.

En cuarto lugar, cabe mencionar las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima (1986) y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). Las dos primeras, explican la importancia que tiene la influencia de los padres ante los niños. Si no se cumple lo que los padres tenían previsto, se produce un malestar o miedo en el niño que hace que pierda la seguridad en sí mismo, lo cual afecta a su autoestima y lo cual puede producir grandes problemas en el desarrollo afectivo del niño. La tercera, dice que las personas siempre buscan la aceptación de los demás a la hora de realizar un acto para así, reforzarse positivamente y mejorar su propia autoestima y situación emocional. En caso de que no encuentre el acogimiento que busca, es decir, si los demás no aceptan lo que está haciendo es probable que se refugie en actos ilegales.

Otro modelo que posee gran importancia es el de la afectividad. La afectividad se define como un aspecto fundamental que determina el control del comportamiento de un individuo. Este modelo explica que las personas que no poseen un refuerzo positivo de manera habitual, necesitan buscarlo en otro sitio y por ende, el acercamiento a las drogas es mucho más evidente.

Para finalizar, existe un modelo denominado modelo social de Peele, del año 1985 el cual se basa según Becoña (2002, p.123) en que lo que hace que un individuo consuma una sustancia de manera muy repetida es la reacción que tiene ese individuo a la sustancia en cuestión y a cómo se siente al consumirla, no la propia droga. Esto se puede explicar diciendo que no todas las personas tienen la misma respuesta ante una sustancia. Si una persona interpreta la experiencia como algo positivo es muy probable que lo quiera repetir para sentirse de nuevo mejor, pero en cambio, si la persona lo recibe como algo negativo o no le gusta, lo que ocurrirá será se producirá un alejamiento.

2. Las teorías de estadios y evolutivas explican el consumo de drogas centrándose en el desarrollo evolutivo de los seres humanos. Dentro de esta gran grupo existen diferentes modelos que se van a ir detallando a continuación.

El primero de ellos es el modelo evolutivo de Kandel en el cual se explica que el consumo de drogas sigue una serie de pasos comenzando por tomar drogas tales como el alcohol y el tabaco que son las consideradas drogas legales, para ir sucesivamente introduciéndose en otro tipo de drogas más peligrosas. "Las cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales según Kandel son las siguientes: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, 4) otras drogas ilegales". (Becoña, 2002, p.140). El hecho de que haya diferentes fases no implica que todos los sujetos tengan que pasar por todas ellas pero sí que es cierto que al pasar por una de ellas, es más probable que se pase por las demás. Además, hay otros factores que incitan al consumo de drogas principalmente el grupo de iguales. En determinadas edades, los niños son muy influenciados y si su grupo de amigos hace algo, en este caso, consumir drogas, lo más probable es que para introducirse en el grupo también lo haga.

El segundo modelo es de estadios o etapas de Werch y Dicelmente elaborado en el año 1994 el cual, al igual que el anterior, se basa en una serie de pasos muy similares.

- Cuando el individuo no piensa en tomar ninguna sustancia.
- Cuando se comienza a pensar la idea de probar algún tipo de sustancia.
- Cuando además de plantearse el hecho de probar las drogas, se quiere hacer pronto.

- Cuando se consume alguna droga.
- Cuando al iniciar el consumo, este no se cesa sino que se continúa.

Lo que se pretende con este modelo es la prevención de drogodependencias, para que no se comience a consumir y de esta manera, no haya riesgo de continuar.

El tercer modelo destacable es el del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998), que también recibe el nombre de efecto Pigmalión. El efecto Pigmalión se define como "el fenómeno por el que cuanto mayor sea la expectativa depositada sobre una persona, mejor rendimiento obtendrá éste". (Baños, I. 2010). En este modelo es fundamental la familia, ya que la forma en que los demás tratan al individuo es muy influyente a la hora de desarrollar la autoestima y el autoconcepto.

El cuarto modelo es el de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie que se creó en el año 1996 y que se basa en la autorregulación. Dentro de este modelo es muy importante perseguir unas metas que sean posibles y que te hagan sentirte realizado como persona, si esto no es así el individuo se va a sentir mal y esto le va a llevar al consumo de sustancias nocivas. Además, a través de este modelo también se destaca que el proceso de madurez que van experimentando los individuos hace que este consumo se vea reducido en gran medida. Existen muchas más personas que no consumen y tienen un proyecto de vida que las que sí.

En cuarto lugar, destaca la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb desarrollada en el año 1996. Esta teoría afirma que si desde pequeño se desempeñan actividades pertenecientes a personas más adultas, el desarrollo y la madurez es más rápida y por lo tanto es más probable tener un futuro más favorable.

En quinto lugar y último lugar, se encuentra la teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting en 1998 y colaboradores que se crea para solucionar todas las limitaciones que poseen los modelos anteriores. Según Becoña (2002, p.161) esta última teoría se centra en que todos los comportamientos que las personas tienen son aprendidos, es decir, el individuo conforme van pasando los años a través de la observación va aprendiendo nuevas conductas.

3. Las teorías integrativas y comprensivas de forma general se centran en integrar los diferentes componentes de algunas teorías pero en ocasiones también plantean teorías que son capaces de explicar el problema en cuestión.

Dentro de estas teorías, al igual que ocurre con los otros dos grupos anteriores ya mencionados, existen varios modelos y teorías que se van a explicar a continuación.

El primero de ellos es el modelo de promoción de la salud el cual se basa en un derecho humano fundamental e indispensable: el derecho a la salud. Además, busca a través del uso de diversas estrategias, mejorar la salud de todas los individuos existentes.

La segunda teoría destacable es una de las más relevantes y es la teoría del aprendizaje social de Bandura, que nació en el año 1986. Esta teoría es de la cual parten la mayoría de programas destinados a la prevención de drogodependencias y tiene en cuenta tanto a la persona y a sus características (cognición) como al ambiente que le rodea. De esta manera, se puede explicar que una persona manifieste una conducta u otra.

El tercer modelo que se encuentra dentro de este gran grupo, es el de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores que fue creado en el año 1996 y que daba gran importancia tanto a los factores de riesgo como a los de protección basando el modelo en ellos y explicando las conductas antisociales a través de ellos.

En cuarto lugar, cabe destacar la conducta problema de Jessor en el año 1977. Esta teoría explica que cuando aparecen conductas de riesgo en un niño o adolescente es debido a que en la sociedad existen grandes desigualdades y hay muchas discriminación y esto genera que algunos de los adolescentes se encuentren en una situación de riesgo. Esta teoría al igual que la anterior, da mucha importancia a los factores de riesgo y protección ya que a través de ellos se puede generar en el niño un cambio de vida.

En quinto lugar, otro de los modelos que posee gran importancia es el modelo integrado general de la conducta de uso de drogas que fue creado por Botvin desarrollando un programa de prevención de drogodependencias. Dentro de este modelo es muy importante el programa preventivo "Tú decides", que fue elaborado por Calafat

et al. en el año 1992. Este programa preventivo daba mucha importancia y se basaba en los factores de riesgo y protección y en el estilo de vida de cada individuo y para modificar la conducta, es decir, para alejar al adolescente del consumo de drogas, lo que se debía hacer es influir sobre dichos factores de riesgo y protección.

Finalmente, se encuentra el modelo de autocontrol de Santacreu et al. que fue elaborado entre el año 1991 y el 1992 y está basado en que el consumo aparece debido a que el individuo busca otras fuentes de refuerzo ajenas a la propia familia, para así lograr un autocontrol y conseguir una cierta independencia.

8. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

En este apartado, se explican los diferentes factores de riesgo y de protección en la prevención de drogodependencias, pero antes es importante definir cada uno de ellos.

Cuando hablamos de factores de riesgo nos referimos a "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión". (Organización Mundial de la Salud, OMS)

También existe otra definición correspondiente a este término: "atributo y/o característica individual, condición situaciones y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas". (Clayton, 1992)

Al comparar estas dos definiciones se observa que son muy similares y que definen los factores de riesgo como cualquier elemento que hace que las personas puedan padecer algún tipo de problema de salud ya sea por el acercamiento a las drogas o no.

Por otra parte, los riesgos de protección se definen como: "atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas". (Clayton, 1992)

Clayton se centra al realizar sus definiciones en el consumo de sustancias nocivas para la salud y por ello, tanto en los factores de riesgo como en los de protección

considera que cualquier elemento que acerque al individuo a las drogas es un factor de riesgo, mientras que cualquier elemento que lo aleje es de protección.

Principales factores	Riesgo	Protección
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Rebeldía. - Amigos que se implican en conductas problema. - Actitudes favorables hacia la conducta problema. - Iniciación temprana en la conducta. - Relaciones negativas con los adultos. - Propensión a buscar riesgo o a la impulsividad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades para la implicación prosocial. - Refuerzos y reconocimientos por la implicación prosocial. - Creencias saludables y claros estándares de conducta. - Sentido positivo de uno mismo. - Actitudes negativas hacia las drogas. - Relaciones positivas con los adultos.
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. - Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo. - Otras características de su edad y la susceptibilidad a la presión de los iguales negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. - Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. - Dificultad para ser influenciado por los iguales.
Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Historia familiar de conductas de alto riesgo. - Problemas de manejo de la familia. - Conflicto familiar. - Actitudes parentales. - Implicación en la conducta problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apego. - Creencias saludables y claro estándares de conducta. - Altas expectativas parentales. - Un sentido de confianza básico. - Dinámica familiar positiva.
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> - Temprana y persistente conducta antisocial. - Fracaso académico desde la escuela elemental. - Bajo apego a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades para la implicación prosocial. - Refuerzos y reconocimiento para la implicación prosocial. - Creencias saludables. - Claros estándares de conducta, cuidado y apoyo de los profesores y personal del Centro. - Clima instruccional positivo.
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de drogas. - Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. - Deprivación económica y social externa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. - Descenso de la accesibilidad a la sustancia. - Normas culturales que

	<ul style="list-style-type: none"> - Transición y movilidad. - Bajo apego al vecindario. - Desorganización comunitaria. 	<p>proporcionan altas expectativas para los jóvenes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes sociales de apoyo dentro de la comunidad.
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - Empobrecimiento. - Empleo y desempleo precario. - Discriminación y mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes en los medios de comunicación de resistencia al uso de drogas. - Descenso de la accesibilidad. - Incremento del precio a través de los impuestos. - Aumentar la edad de compra. - Acceso y leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.

Fuente: Gardner et al. (2001). Factores de riesgo y de protección. Center for substance Abuse Prevention en Díaz, R. y Sierra, M. *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. p.183

9. EL ÁMBITO ESCOLAR: ESPACIO IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA

Prevenir según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE) posee diferentes acepciones pero la que corresponde con el tema que se está tratando es la siguiente: "Precaver, evitar, estorbar o impedir algo". Esto es lo que los centros educativos deben perseguir y conseguir para lograr su objetivo de "La Prevención de la Drogodependencia".

Es fundamental hacer llegar al alumnado la información necesaria relacionada con el tema, saber transmitirla correctamente y de esta manera, posteriormente es probable que se consiga impedir el interés por estas sustancias. Por ello, el trabajo desde el ámbito educativo es muy importante.

Desde los centros educativos se desarrollan estrategias de educación para la salud en colaboración con el resto de la comunidad educativa, es decir, tanto el profesorado, las familias, el alumnado como el personal no docente y de apoyo se implican para conseguir un resultado positivo sobre la salud. Además, se persiguen siete objetivos principales tal y como aparece en el "*Plan Autonómico sobre drogodependencias y*

otras conductas adictivas (2005-2008"). Cada uno de los objetivos tiene unas determinadas actuaciones que se van a mencionar a continuación.⁵

1. El primer objetivo es introducir la educación para la salud en el currículo de las Comunidades Autónomas.

Para lograr este objetivo se ponen en marcha cuatro actuaciones:

- Incluir los contenidos relacionados con la educación para la salud y más concretamente con la prevención de drogodependencias en el currículum de las Comunidades Autónomas dando importancia a ciertos factores como son adaptar estos contenidos a los distintos niveles y edades, desarrollar habilidades de comunicación y de espíritu crítico hacia el consumo de drogas y aumentar la autoestima de los individuos, lo cual es fundamental en la adolescencia debido a que están sometidos a una época de cambios.

- Realizar actividades de formación para el profesorado para que se puedan llevar a cabo correctamente diferentes programas educativos destinados al alumnado.

- Fomentar las Escuelas Promotoras de la Salud para integrar y desarrollar ciertos proyectos destinados a la prevención de drogodependencias dentro del aula y del centro escolar.

- Permitir que se lleven a cabo los diferentes programas de prevención de drogodependencias en todos los centros educativos para así educar en salud.

2. El segundo objetivo es que tanto la educación como la sanidad se unan para poder ofrecer una buena educación para la salud y prevenir así las drogodependencias y otras conductas adictivas.

En relación a este segundo objetivo existen dos actuaciones:

⁵ Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008). Gobierno de Aragón y Departamento de Salud y Consumo, p.13-16.

- Colaboración de la educación con las asociaciones dedicadas a la prevención de drogodependencias de las diferentes provincias de Aragón para crear actividades que fomenten una educación para la salud.

- Ofrecer apoyo al Departamento de Salud en la elaboración y aplicación de programas destinados a la prevención de drogodependencias en los centros educativos.

3. El tercer objetivo consiste en disponer de recursos materiales y humanos para la detección precoz y para poder ayudar a los individuos que posean problemas de adicciones.

Existen dos actuaciones para llevar a cabo este objetivo:

- Vincular los centros educativos con los centros o asociaciones de prevención de drogodependencias para que se puedan elaborar programas de ayuda a los alumnos con problemas de adicción.

- Ofrecer al profesorado y a los tutores una formación por parte del Departamento de Salud y Consumo que permita asesorar a los alumnos desde el centro educativo.

4. El cuarto objetivo es dotar de una formación al profesorado de los colegios relacionada con la prevención de drogodependencias..

Este es uno de los objetivos más importantes ya que para poder dar una buena educación al alumnado y lograr la prevención de drogodependencias es fundamental que el profesorado este bien formado y conozca con exactitud el tema.

5. El quinto objetivo consiste en acercar a los adolescentes la educación para la salud y concienciarlos a través del desarrollo de valores y habilidades sociales.

Este objetivo también posee gran relevancia porque uno de los aspectos fundamentales que debe perseguir el ámbito educativo es crear en el alumnado nuevos valores, competencias, habilidades y destrezas.

Las actuaciones que corresponden a este objetivo son dos:

- Realización de actividades de ocio saludables en los centros educativos para promover la educación para la salud.

- Participación de algunos de los alumnos a la hora de elaborar programas relacionados con la salud y con la prevención de drogodependencias en el centro escolar.

6. El sexto objetivo es coordinar el ámbito educativo con el sanitario y con todas las entidades externas que participen en las actividades de prevención de drogodependencias para que estas sean significativas.

Para este objetivo se encuentra únicamente una actuación consistente en la colaboración en la localidad entre el sector educativo y los recursos comunitarios de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

7. El séptimo y último objetivo es fomentar la participación de la comunidad escolar a la hora de realizar y aplicar los diferentes programas o actividades vinculados con la prevención de drogodependencias y de educación para la salud dentro del centro educativo y al igual que el objetivo anterior dispone de una única actuación. Esta actuación consiste en la difusión desde el Sistema de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES) de información a cada uno de los centros educativos que deseen participar en esta propuesta acerca de la situación en la que se encuentra la Comunidad Autónoma sobre drogodependencias.

Los programas de prevención de drogodependencias son realizados tanto por los centros específicos de atención a drogodependencias como desde otros centros que aunque no sean específicos realizan una labor fundamental. Dentro de estos centros se encuentran los centros educativos y los centros sanitarios.

10. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS

Los niños desde su nacimiento, van sufriendo un proceso de evolución y desarrollo a lo largo de todos los años de su vida.

Al comienzo de la vida de un niño y hasta la adolescencia es el periodo en el que mayor cantidad de cambios se experimentan tanto física como cognitivamente, pero a la

hora de hablar de prevención de drogodependencias la etapa que más interesa analizar es la que va desde los seis a los doce años. En esta etapa, el consumo de drogas de manera general no es relevante ya que los niños no se encuentran en contacto directo con ellas pero lo que se busca es la prevención para que cuando el contacto comience a existir la respuesta hacia las sustancias nocivas sea la adecuada.

Esta evolución se puede explicar a través de la teoría constructivista de Jean Piaget. Existen numerosas teorías del desarrollo mediante las cuales se puede explicar este proceso evolutivo pero la de Piaget es la más adecuada.

Según Jean Piaget existen diferentes estadios del desarrollo intelectual, en los cuales se explica que el desarrollo cognoscitivo está en un continuo proceso de reconstrucción.⁶

El primer estadio es el sensorio-motriz que va de los 0 a los 2 años, es decir, comienza cuando el niño nace. No se profundiza más en este estadio ya que lo que interesa es el rango de edad de 6 a 12 años.

El segundo estadio es las denominadas operaciones concretas. Este estadio abarca de los dos a los once años y Piaget lo divide en dos fases.

La primera de ellas, es la fase preoperatoria (2 a 7 años) que es en la que aparece la función simbólica en la cual se comienza a hacer uso de pensamientos sobre hechos u objetos no perceptibles en este momento. La inteligencia y el razonamiento es intuitivo porque con esa edad todavía no tienen la capacidad para razonar y reflexionar acerca de lo que ocurre a su alrededor. Por otra parte, se desarrolla en gran medida el lenguaje lo que permite un gran desarrollo cognitivo y además entran en juego la imaginación, el dibujo y el juego simbólico.

La segunda fase es la de operaciones concretas (7 a 12 años) y se caracteriza por el desarrollo de los esquemas operatorios de los niños. El pensamiento es reversible y en esta fase ya son capaces de clasificar, entender la noción de número, de establecer

⁶ Pedro J. Saldarriaga-Zambrano, Guadalupe del R. Bravo-Cedeño, Marlene R. Loor-Rivadeneira. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2, 127-137

relaciones cooperativas y de respetar y comprender las opiniones de los demás. Esto es algo fundamental en el desarrollo de los niños, ya que además del desarrollo físico y cognitivo, el desarrollo social favorece mucho al desarrollo global del individuo.

Al inicio de esta etapa en la que estamos situados, el pensamiento es muy simple porque los niños no son capaces todavía de relacionar unas ideas con otras y formar un orden lógico. A lo largo de su desarrollo esto cambia, y poco a poco se va realizando una reorganización cognitiva de manera que se van estableciendo relaciones entre los hechos y así se generan nuevos conocimientos. Además, la velocidad y capacidad de pensamiento se mejoran de esta manera se adquiere la metacognición.

Por otra parte, en esta etapa es fundamental la integración dentro del grupo de iguales para que desarrollen una buena autoestima y autoconcepto. Para los niños, en esta edad es muy importante la aceptación del resto de alumnado y por ello, se debe fomentar la interacción dentro del aula tanto con los demás compañeros tanto con el profesorado. Si la autoestima de los niños es baja genera que el autoconcepto que se crean de sí mismos sea pobre y por lo tanto, es más probable que se apoyen en el consumo de drogas para paliar esta mala sensación. Por otra parte, si se encuentran felices consigo mismos, su autoestima es más alta y por ende, es más improbable que vayan a consumir sustancias nocivas para su salud. Durante esta etapa el desarrollo de su identidad y de su autoestima está muy presente y se debe tener en cuenta para favorecerlo en todo momento, tanto desde la familia que es el ámbito más cercano al niño como desde el centro educativo.

Es esencial que la educación de los niños sea buena para fomentar así la educación para la salud. Se debe dar el valor que tiene a la salud para que los niños desde pequeños adquieran unos hábitos adecuados y así se evite un acercamiento a las drogas. Si desde pequeños adquieren unas habilidades y unas competencias basadas en la salud, es más probable que con el paso del tiempo sean más conscientes de lo importante que es desarrollar unos buenos hábitos.

11. ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL I, II Y III PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2018/2024

Existen tres Planes Autonómicos sobre conductas adictivas en los cuales se puede encontrar toda la información necesaria acerca de la evolución que se ha ido manifestando a lo largo de los años acerca del consumo de drogas. En este apartado, se van a comparar los tres Planes Autonómicos para observar las diferencias existentes entre unos y otros.

En primer lugar, se va a comenzar con el I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas del año 2005-2008. En este plan se explica que se realiza una encuesta domiciliaria de consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón en el año 2001 y en ella se observa la cantidad de cada uno de los tipos de droga que se consume.

En relación con el consumo de tabaco, se observa un aumento por parte de la población más joven de la comunidad y por ello, el consumo total con respecto a otros años es también mayor.

Con respecto al consumo de alcohol, la cantidad de personas que consumen esta sustancia de forma habitual es inferior a la media nacional. Es cierto que la edad con la que se comienza a probar este tipo de sustancias es a los 16 años aproximadamente y que este consumo se centra principalmente en los fines de semana. Además, los hombres son mayores consumidores de alcohol.

El cannabis es la droga ilegal que más consume la población de Aragón, un 31,6% de esta población la ha probado alguna vez.

Para finalizar, el consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta es una de las drogas que en ocasiones no tenemos en cuenta pero que también se consume. En Aragón el consumo de estas drogas alcanza un 2,2%.

Por otra parte, se realiza una encuesta sobre drogas a la población escolar de los 14 a los 18 años que es la edad en la que se comienza a consumir este tipo de sustancias y de esta manera, se puede averiguar si se consume de forma habitual, cuántas personas

de la población ha probado alguna vez las drogas, la opinión que tienen acerca de estas sustancias y los factores de riesgo asociados al consumo.

Las conclusiones que se obtienen al realizar esta encuesta son las siguientes:

- El consumo de sustancias aumenta con la edad.

- El alcohol es la sustancia más consumida dentro de la población de 14 a 18 años. El 85,5% ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida y un 54,7% de los adolescentes afirman haberse emborrachado alguna vez. Estas proporciones muestran que la cantidad de alcohol ingerida de manera habitual es bastante elevada, lo cual debería de generar una preocupación.

- El tabaco es la segunda droga más consumida con un 34,5% de fumadores diarios. Esta es una cantidad muy elevada para la población tan joven que forma la muestra estudiada. Es importante mencionar también que la edad de inicio de consumo de tabaco es la menor, a los 12,9 años.

- Después de esas dos sustancias, encontramos el consumo de cannabis con un 44,5% de individuos que lo han consumido alguna vez en la vida, seguido del speed y la cocaína (12,8% y 8,8% respectivamente).

- Si nos centramos en el sexo, los hombres de manera general consumen más que las mujeres exceptuando algunos tranquilizantes que suelen ser consumidos por las mujeres con una prevalencia del 8,3%.

Al obtener estos datos, se establecen una serie de variables que pueden influir en el consumo de drogas. En primer lugar, el riesgo percibido. Esto quiere decir que normalmente se habla más de los riesgos que conlleva el consumo de alcohol o de tabaco ya que son las drogas más consumidas pero no se habla tanto de la cocaína, la heroína o el éxtasis. En segundo lugar, es mucho más fácil poder acceder a algunas drogas que a otras y por ello, se consumen en mayor cantidad. En tercer lugar, la información aportada a los adolescentes en muchas ocasiones no procede de las vías más fiables y por ello, es posible que el consumo sea mayor si por ejemplo proceden de personas que han tenido contacto con estas sustancias. En cuarto lugar, influye mucho la

cantidad de dinero del que se disponga. La media se encuentra en 17,7 euros, la cual va aumentando conforme aumenta la edad. En último lugar, el tiempo de ocio es muy relevante ya que algunos individuos dedican este tiempo para el consumo, principalmente el fin de semana que es cuando pasan más tiempo con los amigos y en bares, discotecas y otros lugares donde se incita más al consumo.

En el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas del año 2010-2016 se utilizan varias encuestas para obtener información:

- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en Aragón, es la encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) del año 2007.
- Encuestas sobre drogas en población escolar, es la encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) de los años 2006 y 2008.
- Encuesta nacional de salud del año 2006.
- Estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud del año 2006.

El principal aspecto que preocupa acerca del consumo de sustancias es la temprana edad de inicio y las circunstancias en las que se da ya que mucha de la población que consume algún tipo de droga es para integrarse en el grupo, hacer amigos y socializar. Las conclusiones que se extraen tras realizar las diversas encuestas son:

- El alcohol se sitúa en el primer lugar del consumo, un 84,8% de la población lo ha probado alguna vez.
- El tabaco sigue al alcohol con un 53,1% de población que ha consumido alguna vez esta sustancia y un 23% que consume de manera diaria.
- El cannabis se trata de la droga ilegal que más se consume con un 29,5%.
- El consumo de cocaína se encuentra en el 9,3%. El consumo de esta sustancia ha ido disminuyendo debido a que ha aumentado la percepción del riesgo.
- El consumo de heroína no es demasiado alto pero se mantiene estable desde el año 2003.

- Si nos centramos en el sexo, los hombres de forma general consumen más que las mujeres exceptuando el tabaco y los tranquilizantes.

- Las drogas más accesibles son el alcohol y el tabaco y los jóvenes afirman que consideran que se encuentran bien informados acerca de todo el tipo de riesgos que conlleva consumir drogas.

- En este caso, la cantidad de dinero del que disponen se sitúa en 27,20 euros de media.

Finalmente, en el III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón del año 2018-2024 se realiza una encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) y estudia la evolución del consumo en Aragón desde el año 2010 hasta el 2016.

El alcohol continúa siendo la sustancia más consumida con un 80% de la población que lo ha probado alguna vez en su vida. Esto es debido a que se puede conseguir fácilmente y además no se considera de manera general, una sustancia peligrosa. Está muy normalizada y los jóvenes observan que aunque haya personas que beban en exceso se acaban recuperando.

El tabaco como se indicaba en los dos planes anteriores, sigue al alcohol y en el año 2016 desciende hasta el 11,8% de personas que fuman todos los días. En el estudio, también se muestra que de forma aproximada, la mitad de los alumnos conviven con alguien que consume tabaco. Esto influye en que el estudiante fume. Además, también influye en gran medida si el grupo de iguales consume tabaco o no .

Tal y como se indicaba con anterioridad, el cannabis es la tercera droga que más se consume aunque en el año 2016 ha sufrido un descenso pasando a un 17,9%. Es importante mencionar que se añadió la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) a la encuesta para poder diferenciar el consumo habitual al únicamente realizado de manera esporádica.

En cuanto a los hipnosedantes el porcentaje se sitúa en un 14,4% de la población de entre 14 y 18 años. El consumo de esta sustancia ha aumentado y además, un 6,5% de la población admite que ha tomado esta droga sin prescripción médica.

Finalmente, es importante explicar que también se realiza cada dos años la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), entre la población de entre 15 y 64 años. En esta encuesta los resultados obtenidos son muy similares a los que se obtienen en ESTUDES, posicionando al alcohol, al tabaco y al cannabis en los primeros puestos.

12- ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS 2017-2024

La Estrategia Nacional sobre Adicciones es un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y de todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas.⁷

En La Estrategia Nacional sobre Adicciones hay diferentes datos interesantes que es importante mencionar:

- Según datos de EDADES (2015-2016) las sustancias que más se consumen entre los individuos que conforman la sociedad son sustancias legales: el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes.

- Por otra parte, una tercera parte de las personas ha tomado alguna vez a lo largo de los años alguna droga que no es legal.

- Además, si se compara el consumo de drogas entre hombres y mujeres, la única droga en la que el consumo en las mujeres es superior son los hipnosedantes.

- La cantidad de drogas que se consumen en España es diferente según el tipo de sustancias, por ejemplo, en el año 2016 se puede observar que las personas consumieron menos hachís y cocaína pero el consumo en la marihuana y el cannabis fue en incremento.

⁷ Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Las sustancias que más arrestos presentan son el cannabis (52,82%) y la cocaína (27,95%).

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 persigue dos metas principales que son las siguientes.

En primer lugar, desea ir hacia una sociedad más saludable y más informada. El elevado consumo de drogas afecta y está relacionado con otro tipo de problemas asociados a la sociedad y a la salud de las personas. El alcohol es la droga que más se consume incluyendo a la población menor de edad y la que más problemas produce por su fácil acceso. Por otra parte, si nos centramos en las drogas ilegales, el cannabis seguido de la cocaína y la heroína es una de las más consumidas.

Actualmente existe una gran motivación por conocer algunos temas relacionados con las drogas y su impacto en la sociedad como por ejemplo algunos tratamientos del consumo de sustancias, como influye el ambiente y el entorno y el fomento y creación de nuevas políticas que se ayuden entre ellas.

"El consumo de drogas puede ser un tema importante para las consideraciones políticas en áreas como la vivienda, el empleo, la prevención de la delincuencia e incluso la seguridad." (Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024)

Para conseguir el objetivo de ir hacia una sociedad más saludable e informada incluye diferentes áreas de actuación.

La primera de ellas es la prevención y reducción del riesgo que se basa en disminuir los factores de riesgo e incrementar los de protección a través de diferentes estrategias orientadas a toda la población.

La segunda es la atención integral y multidisciplinar orientada a disminuir todos los perjuicios relacionados con la salud existentes creados a raíz del consumo de sustancias.

La tercera es la reducción de daños que consiste en reducir los efectos negativos que tiene el consumo de drogas tanto de manera individual como en el grupo de iguales o en la familia.

La cuarta es la incorporación social principalmente haciendo hincapié en la integración laboral. Este área se basa en ayudar a las personas a ser autónomas y a desarrollarse de manera que el individuo se desarrolle y consiga encontrarse en una situación de bienestar.

En segundo lugar, quiere ir hacia sociedad más segura. Todavía hay áreas que no están del todo desarrolladas y lo que se busca en todo momento es que todas ellas vayan progresando para crear así una sociedad mejor. Algunas de estas áreas en las que se busca un pronto desarrollo son la venta de algunas medicinas a través de internet y mejorar y aumentar la velocidad de la producción.

Las áreas de actuación que se tienen en cuenta dentro de esta meta son las siguientes.

En primer lugar, el área de reducción y control de la oferta basada en reducir la disponibilidad de drogas ilegales. Hoy en día el acceso a las drogas es más sencillo de lo que debería y esto es algo que se debe reducir.

En segundo lugar, se encuentra el área de revisión normativa que se centra en que todas las partes de la sociedad se pongan de acuerdo para determinar los peligros que conlleva el consumo de drogas.

En tercer lugar, está el área de cooperación judicial a nivel nacional e internacional.

El suministro de información y análisis objetivos, factibles y fiables apoyará la creación de capacidad en el Estado español y fuera del mismo, ayudará a los responsables de la adopción de decisiones y a los responsables de la formulación de políticas a elaborar respuestas a las nuevas amenazas relacionadas con las drogas; y establecerá datos de referencia que apoyarán la evaluación de las intervenciones de la oferta. (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024)

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ofrece un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia a todas las Administraciones Públicas y entidades que formen parte del Plan Nacional sobre Drogas para facilitarles y permitirles llevar a cabo todas las actividades y programas que deseen en relación a este tema. Además, persigue unos objetivos generales que son retrasar la edad de inicio de las adicciones, disminuir la presencia y el consumo de

sustancias con potencial adictivo y de las adicciones comportamentales y disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.

CONCLUSIONES

El consumo de drogas dentro de la población es bastante elevado y afecta tanto a la persona que consume este tipo de sustancias como a las personas que lo rodean, es decir, la familia, la escuela y los amigos.

Generalmente en la Educación Primaria el acercamiento a las drogas no es muy elevado pero es necesaria una prevención para que el años posteriores sepan enfrentarse a ellas.

La droga que más se consume es el alcohol, seguido del tabaco y éstas producen numerosos problemas de salud al consumidor.

Dentro de las drogas ilegales la droga más consumida es el cannabis.

Existen numerosas teorías sobre el consumo de drogas pero una de las más destacables es la teoría cognitiva de Bandura, en la que se explica que en el consumo de drogas influye tanto el individuo con sus características como todo lo que le rodea.

Uno de los principales motivos por los que se consumen diversas sustancias nocivas, principalmente el alcohol y el tabaco es por su fácil acceso y por su aceptación dentro de la sociedad.

Las personas que rodean al individuo son una fuente principal de influencia a la hora de consumir drogas, si todo el mundo consume, aunque sea de forma recreativa el individuo también lo hace para integrarse, por la creencia de que si todos la tomas no debe ser tan mala, también por imitación.

Los factores de riesgo y protección son elementos fundamentales que se tienen que tener en cuenta en todo momento al hablar de prevención de drogodependencias.

Todos los centros educativos deberían ser Escuelas Promotoras de Salud para así conseguir inculcar a los jóvenes una serie de valores basados en la adquisición de buenos hábitos de salud.

La edad de inicio de consumo de drogas se ha modificado a lo largo de los años, de manera que cada vez se empieza a consumir drogas a una edad más temprana.

El desarrollo de una buena autoestima y autoconcepto es un aspecto que influye muy positivamente en los niños para evitar el contacto con las drogas.

Existen numerosos programas escolares de Educación para la Salud pero el más destacable es "La Aventura de la Vida" que se basa en transmitir al alumnado la información necesaria para que tengan un estilo de vida saludable dentro del cual se trabaja la prevención del consumo de alcohol y tabaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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
- Baños Gil, I. (2010). El efecto Pigmalión en el aula. *Innovación y experiencias educativas*, p.1.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Brooks, F. (2014). *The link between pupil health and wellbeing and attainment. A briefing for head teachers, governors and staff in education settings*. Public Health England. London. Accesible en: http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_SP.pdf.
- 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. (2000). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid. Pirámide.
- Díaz Fernandez, R., & Sierra Berdejo, 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, pp. 161-187). Zaragoza.

- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2016-2017. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 3 de septiembre de 2018. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (EDADES), 2015-2016. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 3 de septiembre de 2018. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período de 2017-2024. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Gavidia, V. (2016). Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela. Valencia: Universitat de València.
- 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.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory behavior to the study of drugs use. *Journal of drugs Issues*, 262 (pp. 345-377).
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. 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.
- Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril
- Lobaina, M. and Rojas, J. (2009). Proyecto "La Aventura de la Vida", características de su aplicación en la Educación Primaria. *EduSol*, 9(26), p.48-57.
- Morgan y Ziglio (2007). Modelo de activos en salud.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sexdifferences, 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.
- O'Donell, J.A. y Clayton, R.R (1982). The stepping -stone hipótesis-Marijuan, heroin, and causalita. *Chemical Dependencias: Behavioral and Biomedical Issues*, 4 (pp.229-241).
- 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.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS/OPS.
- Pedro J. Saldarriaga-Zambrano, Guadalupe del R. Bravo-Cedeño, Marlene R. Looor-Rivadeneira. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2, 127-137
- Plan Nacional Sobre Drogas para el período de 1985. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2005-2008). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Integral de Prevención Escolar. (1996). Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- Samdal y Rowling (2013). Ocho factores clave para la implementación de la Escuela Promotora de la Salud.
- 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.
- St Leger, L. et al. (2010). Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción. Paris: UIPES.

Reguant Álvarez, M. and Torrado Fonseca, M. (2016). El método Delphi. [ebook]
Barcelona, pp.88-89. Available at:
<http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/14631-28704-1-PB.pdf>