



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

Prevención del consumo de Cannabis en
Educación Primaria

Autora

María Dolores Martínez Manzano

Director

Dr. Rafael Díaz Fernández

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

Septiembre 2019.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.	4
2. OBJETIVO.	5
3. METODOLOGÍA	5
4. ANTECEDENTES MÁS PRÓXIMOS A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	6
5. ÁMBITOS IMPORTANTES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA.	8
5.1. Ámbito 1: Promoción de la Salud.	8
5.2. Ámbito 2: Adicciones.	10
6. TEORÍAS QUE SUBYACEN A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA.	12
7. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.	14
7.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.	15
7.2. Teorías de estadios y evolutivas.	16
7.3. Teorías integrativas y comprensivas.	17
8. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.	19
9. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LAS ETAPAS DE 6 A 12 AÑOS.	22
10. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017 – 2024.	24
10.1 Análisis de la Realidad.	25
10.2 Medidas de Prevención.	26
10.2.1 1ª Meta: Hacia una Sociedad más Saludable e Informada.	26
10.2.2 2ª Meta: Hacia una Sociedad más Segura.	28
11. II PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2010 – 2016.	29
11.1 Análisis de la Realidad.	30
11.2 Medidas de Prevención.	32
11.2.1 Prevención en el Ámbito Educativo.	32
11.2.2 Niveles de prevención.	34

11.2.3	<i>Programas de prevención.</i>	34
12.	III PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2018 – 2024.	35
12.1	Análisis de la Realidad.	36
12.1.1	<i>La Actividad Asistencial.</i>	37
12.2	Medidas de Prevención.	39
12.2.1	<i>Principios de Actuación.</i>	40
12.2.2.	<i>Áreas de Actuación.</i>	41
13.	ENCUESTAS SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2016 – 2017).	43
14.	CANNABIS.	45
14.1	¿Qué Es?	45
14.2	Efectos del THC.	46
14.3	El Cannabis y el Aprendizaje.	48
14.4	Programas de Prevención.	50
15.	CONCLUSIONES.	50
16.	BIBLIOGRAFÍA.	53
17.	ANEXOS.	58
	TABLAS.	58
	GRÁFICOS.	58

Título del TFG: Prevención del consumo de Cannabis en Educación Primaria.

Title (in English): Prevention of Cannabis consumption in Primary School.

Elaborado por María Dolores Martínez Manzano

Dirigido por Rafael Díaz Fernández

Presentado para su defensa en la **convocatoria de octubre de 2019**

Número de palabras: 16372.

Resumen:

El presente trabajo se basa en una revisión de las teorías psicológicas del desarrollo, realizando con esto una localización temporal de los destinatarios a los que se enfoca la prevención del consumo de Cannabis. Tratando, a su vez, la Educación para la Salud desde un enfoque multidisciplinar y presentando la Red de Escuelas para la Salud. El análisis de los diferentes documentos en los que se presentan diversas estadísticas entorno a la edad en la que nos centramos para el desarrollo del trabajo, ayuda a conocer el estado actual del consumo de dicha sustancia psicoactiva. En definitiva, en este Trabajo de Fin de Grado se exponen las consecuencias del consumo del Cannabis, junto con diferentes programas de prevención de los factores de riesgo y el aumento que se ha producido de los factores de protección.

Palabras clave: Cannabis, Primaria, Educación para la Salud, Sustancias Psicoactivas, Prevención, Programa.

1. INTRODUCCIÓN.

El hecho que me ha llevado a la realización de este Trabajo Fin de Grado sobre el cannabis es que según las Encuestas del Plan Nacional de Drogas, es la droga ilegal más consumida.

Se trata de un hecho que debe causar gran preocupación, llevando el consumo de esta sustancia psicoactiva al abandono escolar, además de tener diferentes consecuencias en cuanto a trastornos de la personalidad y problemas de aprendizaje, como se explicarán a lo largo de este trabajo.

Además del consumo de cannabis y sus consecuencias, se hablará además de las diferentes encuestas y programas que se han realizado a lo largo de los últimos años con el fin de conocer la actualidad acerca de esta sustancia. Así mismo, se explicará el motivo y la importancia de la educación para la salud en los centros educativos, procurando, a su vez, influir en las diferentes teorías explicativas que ayudan a conocer el motivo de inicio en el consumo además de los diferentes factores de riesgo y de protección ante los que se presenta cualquier individuo haciendo mayor hincapié en el consumidor.

La Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2016 – 2017) junto con los diferentes datos presentes en las variadas Estrategias y en los Planes de actuación tanto nacionales como autonómicos nos dan a conocer la evolución del consumo de las diferentes sustancias tanto legales como ilegales de manera individual y como policonsumo.

El método de trabajo en el que me he basado para la realización de esta investigación de Fin de Grado ha sido el de la lectura, extracción y análisis de diferentes documentos en los que se narran aspectos sobre la drogodependencia, desde la creación de la Organización Mundial de la Salud en el año 1946.

El primer documento en el que quiero hacer hincapié es *Estrategia Nacional sobre Adicciones* (2017 – 2024) elaborado por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, el Consejo de Ministros y el Pleno de la Conferencia Sectorial, basándose en el Informe preceptivo favorable del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones. En este se explica la meta del programa de

prevención de drogodependencias tanto desde un ámbito sanitario como educativo, además de la realización de un análisis de la realidad actual.

Otro escrito, con carácter teórico, es *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección* de Díaz y Sierra (2008), del cual he extraído una gran cantidad de información de la que he podido partir para conocer, en mayor profundidad, el aspecto actual por el que se regula la Educación para la Salud desde un aspecto educativo.

2. OBJETIVO.

El objetivo primordial del presente trabajo es analizar los datos aportados de las encuestas nacionales como ESTUDES y EDADES sobre consumo de cannabis, su realidad social en España, su prevención en el ámbito educativo desde la promoción de la salud.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación de tipo 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 de la realidad social sobre el consumo de cannabis en la juventud, como su prevención.

Comenzando esta investigación por los antecedentes más próximos de la educación para la salud, así como por las teorías que subyacen a los programas de prevención de la drogodependencia, modelos explicativos del consumo de drogas, factores de riesgo y protección etc.

Dando como resultado una investigación en el ámbito de las drogodependencias especialmente sobre el cannabis a nivel nacional, Planes, Estrategias, Encuestas, hasta la Comunidad Autónoma de Aragón, desde los diferentes planes sobre conductas adictivas.

4. ANTECEDENTES MÁS PRÓXIMOS A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

En la Carta Magna de la Organización de las Naciones Unidas de 1945, esta define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Martínez, F., 2014)

La Promoción de la Salud utiliza esta como un recurso de las personas para que lleven una vida individual, social y económica satisfactorias.

La biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida son las variables que determinan la salud estudiadas en 1974 por Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá. (Martínez, F., 2014)

En el mismo año, este publica el “Informe Lalonde”, en el que se explica los determinantes de la salud relacionándolos con los presupuestos de salud y gastos sanitarios canadienses. (Martínez, F., 2014)

Según este informe, son las dos últimas variables mencionadas, esto es, el medio ambiente y el estilo de vida, las que determinan la salud de las poblaciones.

El acontecimiento más importante realizado en 1978 fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma – Ata en Kazajistán.

A lo largo de los seis días que duró dicho encuentro, y a través de la “Declaración sobre cuidados primarios de salud” se incitó a los diferentes gobiernos a la formulación de estrategias para alcanzar en el año 2000 un nivel de salud que permitiera a la ciudadanía llevar un nivel de vida social y económica productiva.

La “Carta de Ottawa” fue presentada en la 1º Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa en 1986. En esta se trataron aspectos relacionados con la paz, los recursos económicos y alimenticios, la vivienda, un ecosistema saludable y el uso sostenible de los diferentes recursos. Además, se expuso la relación que hay entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida y la salud.

A consecuencia de que la OMS considera la salud como un derecho humano fundamental, todos los sistemas que coordinan las condiciones sociales, económicas y físicas tienen que tener en cuenta la huella en la salud y en el bienestar.

Tal y como se expone en la Carta de Ottawa, la promoción de la salud es un proceso político y social que tiene como fin el incremento del control de las personas sobre su salud, evitando la aparición de enfermedades, así como la mejora de las óptimas condiciones sociales, ambientales y económicas.

En este documento se exponen las tres estrategias básicas para la promoción de la salud:

- La defensa de la salud para crear condiciones sanitarias esenciales.
- Facilitar a todas las personas el desarrollo potencial de la salud.
- Mediar en contra de los intereses lesivos dados en el desarrollo económico frente a la salud.

Estas tres estrategias han de llevarse a cabo a través de una política saludable, favoreciendo entornos que apoyen la salud, así como un acto comunitario que desarrolle las habilidades personales para la salud y la reorientación de los servicios sanitarios. (Díaz, R., Sierra, M., 2008, pp. 165)

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI establece cinco prioridades para la promoción de la salud:

1. Promover la responsabilidad social para la salud.
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud. (Díaz, R., Sierra, M., 2008, pp. 166)

La referencia que sigue España para la Reforma Sanitaria es la Ley General de Sanidad 14 / 1986 de 26 de abril, en la cual se expone que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

Así, la prevención de las drogodependencias significa preparar a los individuos a controlar los factores de riesgo en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas con la ayuda de la promoción de la salud.

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

5.1. Ámbito 1: Promoción de la Salud.

La Promoción para la Salud que se plantea Gavidia en su libro “Los ocho ámbitos de la promoción de la salud”, 2016, pretende fomentar una educación saludable a toda la comunidad mediante aspectos relacionados con el desarrollo físico, psíquico y emocional de los estudiantes. Esta actuación es una gran herramienta para una mejora de la educación que se ve amenazada por las drogas, con el objetivo final de que las personas, en general, lleven una vida lo más saludable posible.

Este proyecto viene dado por los principios establecidos en la Carta de Ottawa en 1986, realizada por la Organización Mundial de la Salud durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en la que se pretende dar respuesta a la nueva concepción de salud pública de creciente demanda. (Gavidia, V., 2016)

La equidad, la sostenibilidad, la inclusión, el empoderamiento y la democracia son los valores expuestos como reforzamiento dentro del programa para fortalecer la coordinación entre la salud y la educación mediante una participación y un compromiso significativo a través de un imprescindible tratamiento con un clima saludable, además de la ratificación de las fortalezas, la proporción de información y el reforzamiento de actitudes y habilidades, todo ello relacionado con la salud y teniendo en cuenta un enfoque global para incorporar la misma en la escuela. (Gavidia, V., 2016)

Para ello, la Escuela Promotora de Salud, presenta un contexto positivo ofreciendo una educación inclusiva y un enfoque integral propuesto por Morgan y Ziglio (2007) que definen activo para la salud 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”*. (Gavidia, V., 2016)

Según la Organización Mundial de la Salud, una Escuela Promotora de Salud es: *“Una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para*

vivir, aprender y trabajar”, es decir, aquella en la que la transmisión de los conocimientos se basa en el fomento de la salud a través de las diferentes herramientas que se tienen al alcance. (Organización Mundial de la Salud, 1998)

Desde la conferencia celebrada en Ottawa se pretende desarrollar un ambiente en el que enseñar las claves de la Promoción de la Salud. Por ello, en los años 80, en Europa se comienzan a realizar diferentes modelos de enseñanza basandose en los principios ya establecidos en dicha conferencia. (Martínez, F., 2014)

“La escuela promotora de salud” fue un congreso europeo celebrado en Escocia, de donde surgió el informe “La escuela saludable” (Young y Williams, 1989) de la Organización Mundial de la Salud, en el que se establecía la Promoción de la Salud en las escuelas definiéndola como “*combinación de educación para la salud y de todas las demás acciones que una escuela debe llevar a cabo para proteger y mejorar la salud de las personas que alberga*”. (Martínez, F., 2014)

La Red de Escuelas Promotoras de Salud tiene su fundamentación teórica en Europa, en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, favoreciendo la coordinación entre los equipos educativos y los sanitarios en cuanto a la Educación para la Salud. (Gavidia, V., 2016)

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud nace en España en 1991. (Red de Escuelas para la Salud en Europa)

Una Escuela Promotora de Salud tiene como fin la enseñanza, en diferentes niveles académicos, de elementos tanto materiales como aquellos interrelacionados con lo físico, psíquico y emocional dentro de un marco de vida sana, creando ambientes favorables que favorezcan la equidad, la convivencia y la protección medioambiental además de considerar la diversidad mediante la creación de equipos multidisciplinarios y programas de promoción de la salud. (Gavidia, V., 2016)

La Escuela Promotora de Salud debe tener en cuenta en su actuación tanto las políticas nacionales y locales como las propias del proceso de enseñanza – aprendizaje que presenta el propio centro escolar, incluyendo en este último aspecto los objetivos específicos, los contenidos, la temporalización, así como las orientaciones y las actividades, con el fin de solucionar las diferencias encontradas tras tener en cuenta el

entorno social de la escuela mediante un análisis inicial de las debilidades del alumnado, además de las relaciones interpersonales de la comunidad educativa. (Gavidia, V., 2016)

La cohesión de todos estos aspectos se concentran en la creación de actividades, con el material adecuado, para concienciar al alumnado con el fin de evitar riesgos y adicciones. Sin embargo, para que los objetivos de la Escuela Promotora de Salud se lleven a cabo se debe tener en cuenta, de manera multidisciplinar, tanto al equipo de trabajo del propio centro educativo como a los profesionales de los servicios sanitarios y los servicios sociales de la localidad. (Gavidia, V., 2016)

Y, como ocurre en todo proceso de enseñanza – aprendizaje, la Escuela Promotora de Salud debe realizar una evaluación final que le permita conocer las debilidades y las fortalezas del plan de actuación establecido y, de esta manera, poder re proyectar la estrategia didáctica y los objetivos. (Gavidia, V., 2016)

5.2. Ámbito 2: Adicciones.

Actualmente, no existen técnicas suficientes para erradicar ciertas creencias inciertas sobre las drogas, existentes tanto en la sociedad como en el ámbito sanitario. (Gavidia, V., 2016)

La comunicación parental no es uno de los mejores métodos, pudiendo llegar a aparecer el “*síndrome de negar el problema por no mencionarlo*”, aunque sería conveniente que esta figura esté activa y en continua prevención en el consumo de drogas. El uso de sustancias estupefacientes, además de estar vinculado con momentos de diversión y de consumirse de manera grupal, es, por otra parte, un factor de riesgo añadido en cuanto a prácticas sexuales a edades tempranas se refiere. (Gavidia, V., 2016)

El consumo tanto de tabaco como de alcohol, puede llegar a comportar un consumo de drogas, ya que los adolescentes no tienen una idea correcta sobre la trascendencia de los efectos que puede acarrear este hecho, además de estar presente la aceptación social del entorno. (Gavidia, V., 2016)

Por todo ello, las Naciones Unidas presentó en 1987 un programa que incorporaba la educación sobre las drogas, definiéndola como “*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”. (Gavidia, V., 2016)

La educación sigue los valores básicos que Delors expone en un informe encomendado por la UNESCO, los cuales son: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir. Por ello, se han de tener en cuenta al educando, al educador, y así como contenidos que este tiene como objetivo a través de una serie de métodos de docencia. (Gavidia, V., 2016)

La educación para la vida pretende integrar una serie de aspectos que ayuden a formar al individuo sobre la promoción de la salud, contribuyendo de esta manera a que la persona sea una experta en el desarrollo de su vida y asista al cambio de la sociedad. Para ello, se debe realizar un modelo en el que esté presente la interacción entre los factores biológicos y ambientales del desarrollo de la persona, teniendo en cuenta las diferentes contribuciones económicas, políticas y sociales, según la OMS en 1978. (Gavidia, V., 2016)

La prevención del consumo, desde un aspecto educativo, tiene como finalidad que, los individuos sean capaces de tomar las decisiones pertinentes a través de la adquisición de unos valores y de unas aptitudes para enfrentarse a las situaciones en las que se vean involucrados. (Gavidia, V., 2016)

Las dificultades que tienen los docentes en cuanto a la enseñanza de la prevención de adicciones, es que estos no presentan un nivel de conocimientos suficientes para tratar el tema, así como ciertas dificultades presentes en lo que al sistema educativo se refiere, teniendo en cuenta que los individuos ante los que se realizan las intervenciones pueden llegar a perder el control y la autonomía, o ya lo han perdido ante el consumo de las drogas. (Gavidia, V., 2016)

Por otro lado, la prevención bajo la enseñanza se relaciona con la acción tutorial, pero el consumo de sustancias psicoactivas necesita una intervención más prolongada así como de una coordinación entre servicios. (Gavidia, V., 2016)

El profesor no debe ser un mero facilitador de información, utilizándola de manera correcta y desarrollando una serie de acciones que sacien las necesidades del alumnado. Por ello, la mejor manera en la que un docente puede trabajar la prevención del abuso de

drogas en el aula es tras una reflexión sobre las fortalezas que el sistema educativo le garantiza, además de que este debe conocer el contexto en el que los individuos se encuentran, pudiendo así intervenir con ellos desde diferentes puntos de vista. Un aspecto muy importante sobre la prevención en el consumo de sustancias adictivas es que los programas que se ponen en marcha llevan un largo tiempo de trabajo para su programación. (Gavidia, V., 2016)

Estos programas no sólo deben aportar información, sino que deben hacer partícipes a los propios individuos a través de un método intenso y transversal, es decir, que los maestros de diferentes materias sean capaces de trabajar este aspecto en ciertas sesiones, sin dejar de tener en cuenta el principal objetivo de la materia. (Gavidia, V., 2016)

Si la intervención se realiza en torno a unos principios generales, teniendo siempre en cuenta el nivel organizativo del centro educativo, los objetivos se alcanzarán con mayor facilidad.

Las características de dicha intervención son:

1. Esta no tiene que añadir nuevos problemas a los individuos.
2. No debe ser exclusiva para aquellas personas que tienen problemas.
3. Los programas de intervención han de integrarse y adaptarse a una población concreta.
4. Las intervenciones serán de acción comunitaria.
5. Y, por último, deberán ser coherentes y estar integradas en el Proyecto Educativo de Centro (PEC). (Gavidia, V., 2016)

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

Los teóricos estudian los diferentes factores que hacen que los adolescentes se inicien y progresen en el consumo de las drogas así como las circunstancias que producen el no consumo de las mismas, con la finalidad de impedir su empleo y, con ello, plantear diferentes programas de prevención.

Los programas preventivos de drogas deben basarse en un marco teórico general que se fundamenta en las causas del consumo, hecho importante que ayuda a proponer las herramientas y las vías de acción para prevenir el uso de este tipo de sustancias. Este

modelo se pueden resumir según Becoña (2001 y 2002, pp. 48) en tres ejes básicos: (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

1. Los factores que facilitan tanto el inicio como la continuidad del consumo.
2. La persistencia en el consumo de drogas ilegales y legales.
3. Los factores biológicos, socioculturales y psicológicos que influyen en el inicio y en el mantenimiento. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

Los factores que influyen tanto en el inicio como en la sustentación del consumo deben de estar definidos según la edad y la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño.

De manera general, estos son la personalidad, el estilo de vida y los factores ambientales.

Sin embargo, encontramos también dentro de estos algunos factores de riesgo como problemas económicos, padres con abuso de drogas o haber sido víctima de un abuso físico, sexual o psicológico e, incluso, el abandono de la escuela por ser madres prematuras o jóvenes delictivos, violentos o con problemas de salud mental, tal y como dice Clayton (1992) en su última revisión. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

Una parte importante entre los consumidores de drogas legales e ilegales en relación con los no consumidores es la progresión entre estas. Los estudios profundizan sobre el comienzo de la edad del consumo de drogas, situando este entre los 12 y 13 años, observando en varias investigaciones que los jóvenes pasan del consumo de drogas legales a las ilegales de manera furtiva (Kandel y Yamaguchi, 1985). Estos comienzan con el consumo de alcohol y de tabaco, pasando al cannabis o a otras sustancias estimulantes. Según el estudio realizado por Chen y Kandel (1995), la marihuana es la droga ilegal que primero se consume y cuya progresión está más extendida entre la juventud, decreciendo su consumo entre los 19 y los 22 años. (Becoña, E., 2002)

La sociedad, la biología y las características psicológicas de las personas son factores que influyen tanto en el inicio como en la progresión del consumo de las sustancias legales y de las ilegales. En cuanto a lo que respecta a los factores genéticos, la existencia de gemelos o la adopción, así como aquellos elementos que repercuten en el crecimiento del niño, son causas que producen susceptibilidad al alcoholismo, hecho no demostrado en otras drogas. (Becoña, E., 2002)

El abuso de sustancias viene dado por factores psicológicos entre los que podemos incluir la capacidad intelectual y las propias características mentales. La obediencia de la ley y la valoración de la sociedad son factores asociados a un menor consumo tanto de drogas como de alcohol. Sin embargo, los componentes socioculturales entre los que se incluirá la educación familiar y escolar o el uso de drogas en el entorno, son factores que influyen en el consumo de sustancias. (Becoña, E., 2002)

La teoría “*escalada del consumo de drogas*” es una de las bases del consumo de las drogas tanto de las legales como de las ilegales. Esta teoría afirma que el consumo de marihuana es el primer paso para el consumo de otras sustancias. Dicha hipótesis y otras, han conducido a la creación de la teoría secuencial, demostrándose la existencia de cuatro fases: la primera sería el consumo de bebidas alcohólicas como cerveza y vino, seguido de cigarrillos o licores, pasando posteriormente al consumo de la marihuana y, por último, al de otras drogas ilegales. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

Becoña (2002, pp. 48) afirma que el consumo de sustancias legales no conlleva el consumo de las ilegales. Sin embargo, también postula que la mayoría de los consumidores de marihuana han consumido previamente cigarrillos.

7. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Las diversas teorías que se han desarrollado para explicar el consumo de drogas pueden dividirse en tres grupos:

1. Las teorías parciales o basadas en pocos componentes, explicando el consumo de sustancias psicoactivas, como un trastorno con causa biológica o a través de la hipótesis de la automedicación, es decir, el individuo consume las sustancias, porque descubre la necesidad del consumo para su autorregulación.
2. Las teorías de estadios y evolutivas, que explican el consumo de drogas en base al desarrollo evolutivo.
3. Las teorías integrativas y comprensivas, que agrupan diferentes teorías para explicar un único problema. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

La hipótesis de la automedicación insinúa que el consumo de sustancias psicoactivas se produce con el fin de disminuir un malestar psíquico relacionado con un estado psicótico o con los efectos secundarios de un tratamiento.

7.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.

El modelo de creencias de salud y de competencia, derivado del de promoción de la salud y de la salud pública, tiene como objetivos la promoción de la competencia individual y el desarrollo de comunidades y organizaciones competentes. (Costa, M., López, E., 2000).

Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, el tratamiento y la prevención, basadas en la conducta como fenómeno de adquisición que sigue las leyes del condicionamiento clásico, el operante y el aprendizaje social, tratando de explicar la adquisición de conductas nuevas o el modo de eliminar ciertas conductas del individuo. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

Las teorías actitud – conducta, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen en 1975 y la teoría de la conducta planificada de Ajzen en 1988, enuncian que se pueden predecir las conductas del sujeto a partir de actitudes o creencias de este. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

Las teorías psicológicas basadas en causas interpersonales postulan que el individuo sufre sentimientos de auto - rechazo, así como una respuesta correctiva y compensatoria que necesita resolver. Esto es promovido por la necesidad que se desarrolla en dicho individuo para cambiar una forma de ser que está lejos de lo esperado por la sociedad y desajustada a los cánones de su núcleo familiar. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan en 1996 dice que “realizar un acto que se considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella y en donde lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo define como adaptativo”. Por ello, el individuo necesita conseguir tanto una aceptación personal como de la sociedad, en caso de que éste no lo consiga buscará actividades que le lleven a experimentar nuevas sensaciones que le ayuden a alcanzar un sentimiento de autorrespeto. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

El modelo basado en la afectividad de Pandina et al. de 1992 define la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y en el control de la conducta. Uniendo esta definición al efecto negativo, al arousal, es decir, una activación cortical a la que le

sigue un estímulo sensorial y una vulnerabilidad ante las drogas, con lo que se explica el consumo de estas. (Díaz, R., Sierra, M., 2008) Con ello, este modelo concluye que aquellas personas que encuentran atracción en el consumo de sustancias psicoactivas son individuos que necesitan un reforzamiento positivo y altos niveles de activación. (Becoña, 2002, pp. 120)

Las teorías basadas en el enfoque sistemático y los modelos de familia derivados de las primeras, parten de la teoría de que “el consumo de sustancias u otro tipo de problemas es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, produciendo disfunción en el sistema familiar”. (Waldrom, 1998)

El último modelo que se incluye en el grupo de teorías parciales o basadas en pocos componentes es el Modelo Social de Peele de 1985 que sostiene que “no es la sustancia o la conducta la que producen la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y cómo responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual de la misma”. (Becoña, E., 2002, pp. 123)

7.2. Teorías de estadios y evolutivas.

El modelo evolutivo de Kandel habla sobre una serie de fases que sigue el consumo de drogas, partiendo de la teoría de la socialización. El primer paso es el consumo de cerveza y vino, siguiendo el disfrute de cigarrillos o licores, pasando a la marihuana y, por último, el uso de otras drogas ilegales, relacionando el paso de estas fases con la familia y el grupo de iguales, además de las características personales. (Becoña, E., 2002)

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclement de 1994 ayuda a conducir la prevención primaria para que el individuo se sitúe en el primero, o sin pasar al último de los estadios en los que se basa este modelo. Estos son:

- No se contempla el uso de drogas.
- Se piensa iniciar el consumo.
- Se pretende utilizarlas en un futuro inmediato.
- Se produce el inicio del consumo.
- Se continúa consumiendo. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. de 1998 es popularmente conocido como el efecto Pigmalión o modelos de comunicación de

expectativas. Este modelo teórico postula que el individuo forma su modo de ser entorno a la influencia del modelo familiar y social, por ello la aceptación de su entorno depende de la perspectiva de estos. (Becoña, E., 2002 pp.149)

El modelo de madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie de 1996 afirma que los elementos básicos para la autorregulación son el control personal y la eficacia, produciendo un descenso del consumo atribuido al proceso de madurez. (Becoña, E., 2002 pp. 151)

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb de 1996 se basa en el factor biológico de la persona, defendiendo que depositar responsabilidades de adulto en un individuo adolescente le ayudan a este a la obtención de mayores habilidades psicosociales con el fin de alcanzar un éxito posterior. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz de 1992 basa su explicación del consumo de drogas en factores neurobiológicos y genéticos, en la predisposición a situaciones problemáticas, factores psicológicos y psicopatológicos, además del ambiente y factores sociales. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos en 1996 habla de tres factores en relación con el consumo de sustancias psicoactivas: predisposición, uso de drogas y el sistema permitido. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

La teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting de 1998 defiende que todas las conductas son aprendidas, centrándose en las conductas problema, tratando de explicar las fronteras de las teorías explicadas anteriormente en este segundo grupo. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

7.3. Teorías integrativas y comprensivas.

Dentro de este último grupo de teorías nos encontramos con:

El modelo de promoción de la salud o de la salud pública como parte de un derecho humano instituido en la Declaración de Yakarta. (Díaz, R., Sierra, M., 2008). Este pretende ser un modelo universal con el fin de mejorar la calidad de la salud de todos los individuos, en base al establecimiento de una política pública saludable. La creación de

entornos que apoyan la salud, el fortalecimiento de una acción comunitaria, así como el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los recursos sanitarios (Green, L., Kreuter, M., 1991)

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura de 1986 se basa en los principios del aprendizaje, en la persona y en la cognición de ésta, además del ambiente en el que se desarrolla, con el fin de ser utilizada en los programas de prevención de consumo de drogas. Para ello, se debe tener en cuenta el inicio, el mantenimiento y la detención del consumo. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

Bandura afirma que el aprendizaje por observación se realiza en torno a cuatro elementos:

- La atención es necesaria para el aprendizaje. El sujeto debe poner en su propia piel las mismas sensaciones de aquella persona de la que está aprendiendo, para que de esta manera la atención se realice de manera correcta y el aprendizaje sea satisfactorio.
- Recordar el modelo del que se quiere aprender es fundamental, por ello, es necesaria una representación mental de los actos y la puesta en práctica es un elemento importante para llegar a conseguir la conducta deseada.
- La generalización, en la que el sujeto debe repetir en diferentes momentos el acto para que este termine siendo el deseado y se ejecute de manera exitosa.
- La motivación y el reforzamiento. Este último elemento es importante si se quiere que el aprendizaje continúe. (Ollendick, Dailey, Shapiro, 1983; Schunk, 2003)

Bandura realiza una clasificación de diferentes tipos de reforzamientos, pero, en el caso del consumo de la marihuana y, relacionado con la teoría del aprendizaje social de dicho autor, el reforzamiento más importante es el autorreforzamiento, en el que el propio sujeto se recompensará por haber establecido las metas que quería llegar a alcanzar gracias a un progreso continuado. (Bandura, 1987)

La autoeficiencia es uno de los elementos imprescindibles en esta teoría de Bandura. Se trata de un componente esencial para la explicación de la adquisición, el mantenimiento y el cambio de la conducta. (Bandura, 1987)

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores de 1996 a través de la integración de la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial defienden que tanto las conductas prosociales como las antisociales se desarrollan de manera similar teniendo en cuenta los factores de riesgo y de protección. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes parte de la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor de 1997 que da como base para su teoría los factores de pobreza social, la desigualdad y la discriminación que aumentan las conductas de riesgo y los resultados en riesgo de la población adolescente. (Becoña, E., 2002 pp. 194)

El modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin está basado en un programa preventivo. “Tú Decides” es un programa de prevención de consumo de drogas basado en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo, así como en la protección para el consumo de drogas, orientando la prevención a la influencia sobre los factores de riesgo y de protección. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

El modelo de autocontrol de Santacreu et al. realizado entre 1991 y 1992 se basa en el autocontrol a partir del modelo biológico – social. Explica que el problema se da cuando el adolescente pretende conseguir refuerzos alternativos con el fin de buscar independencia del refuerzo paterno y de esa manera alcanzar el autocontrol. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

8. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

Un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). (Clayton, R., 1992 pp. 15)

Un factor de protección se *define por Clayton en 1992 como “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.* (Clayton, R., 1992)

Ambos términos forman parte del proceso de socialización del individuo, el cual se inicia a través del medio familiar, ambiente en el que se conforman las creencias, actitudes, normas sociales, valores y conductas. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

El siguiente nivel de socialización se corresponde con la escuela, los compañeros y los amigos durante la etapa de la adolescencia. Los factores de riesgo y protección que el individuo se va a encontrar durante este proceso vienen determinados por el ambiente y el medio social además de la familia, compañeros, amigos, así como de la escuela, teniendo en cuenta también aquellos factores propios de la persona. (Becoña, E., 2002)

La prevención es un proceso que consiste en conocer los factores de riesgo para poder influir sobre estos y reducirlos, aumentando a la vez los factores de protección. Conocer aquellos individuos adolescentes que tienen un alto nivel de vulnerabilidad es una fase indispensable para progresar en el ámbito físico, psicológico y social, así como para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. (Becoña, E., 2002)

Tal y como afirman Newcomb y Bentler entre 1986 y 1988, el consumo de sustancias durante la etapa de la adolescencia temprana se relaciona con la interrupción de las tareas de estudiante y la atribución de funciones de la etapa adulta, provocando a la larga una serie de problemas en dicha etapa asociados al divorcio, el trabajo, la emoción o la familia. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

Los primeros consumos pueden venir dados en ambientes familiares o sociales, teniendo en cuenta además la falta de habilidades para afrontar diferentes situaciones o la vulnerabilidad, aumentando de esta manera el riesgo de uso de sustancias psicoactivas. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

El modelo epidemiológico del uso de drogas de Felix – Ortiz y Newcomb de 1999 postula que el consumo de las mismas viene dado por el número de factores ante los que se encuentra la persona. Estos factores son: los individuales, los iguales, la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

En el año 2001, Gardner et al. publicaron una lista en la que se exponían los diferentes factores de riesgo y protección gracias al Center for Substance Abuse Prevention. (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

• Nivel individual	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Rebeldía. • Amigos que se implican en conductas problemáticas. • Actitudes favorables hacia la conducta problema. • Iniciación temprana en la conducta problema. • 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 conocimientos por la implicación prosocial, las creencias saludables y claros estándares de conducta. • Sentido positivo de uno mismo. • Actitudes negativas hacia las drogas. • Relaciones positivas con adultos.
• Grupo de iguales	
Factores de riesgo	Factores de protección
<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 y otras características de su edad. • 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 y a la dificultad para ser influenciado por los iguales.
• La familia	
Factores de riesgo	Factores de protección
<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. • Claros estándares de conducta. • Altas expectativas parentales. • Sentido de confianza básico. • Dinámica familiar positiva.
• La escuela	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Temprana y persistente conducta antisocial. • Fracaso académico desde la escuela elemental. • Bajo apego en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para la implicación prosocial. • Refuerzos y conocimientos para la implicación prosocial. • Creencias saludables. • Claros estándares de conducta. • Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro. • Clima institucional positivo.
• La comunidad	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de drogas. • Leyes y normas de comunidad favorables hacia el consumo de drogas. • Deprivación económica y social externa. • Transición y movilidad. • Bajo apego al vecindario. • Desorganización comunitaria. 	<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 proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales de apoyo dentro de la comunidad.

• La sociedad	
Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Empobrecimiento. • Desempleo y empleo precario. • Discriminación. • 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. publicó una lista en la que se exponían los diferentes factores de riesgo y los de protección gracias al Center for Substance Abuse Prevention.	

9. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LAS ETAPAS DE 6 A 12 AÑOS.

Dentro de las etapas evolutivas de los niños, debemos diferenciar los tres componentes de la personalidad descritos por Freud (Woolfolk, A., 2010), el ello, el yo y el superyó.

- El ello, trata de aquellos impulsos biológicos que buscan una gratificación.
- El yo trata del ego, y es esa parte de la personalidad que interactúa de manera racional y consciente con el medio
- Por último, el superyó es la parte de la personalidad del individuo que interioriza los valores, tanto familiares como sociales.

La interacción de estas tres partes durante la etapa preescolar del alumnado conforma la personalidad futura. (Woolfolk, A., 2010)

Piaget (Woolfolk, A., 2010) afirma que el desarrollo evolutivo de las personas se realiza, de manera invariable y universal, a través de una serie de estructuras internas que están en constante interacción con el medio y que las estimula, dependiendo de la edad del individuo.

El primer estadio del que habla Piaget (Woolfolk, A. 2010) es el sensoriomotor, que abarca desde los 0 a los 2 años de edad. Durante este periodo, el conocimiento se limita a la interacción física con el entorno.

Posteriormente, desde los 2 a los 6 años de edad, el niño pasa por el estadio preoperatorio, en el que aún no tienen capacidades lógicas, pero comienza a usar símbolos gráficos como letras o números.

Desde los 6 a los 11 años de edad, el estadio se denomina operaciones concretas, en el cual el niño no presenta un pensamiento abstracto, pero ya comienza con la resolución de problemas.

Finalmente, desde los 12 años hasta la edad adulta pasa por la etapa de operaciones formales, que se define por la capacidad de la persona por razonar sobre lo real y lo posible. (Woolfolk, A. 2010)

Otro de los autores que definen el desarrollo de la psicología es Vygotsky (Woolfolk, A. 2010) y su perspectiva sociocultural.

En esta, postula que las funciones psicológicas superiores se desarrollan a través de un proceso de diálogo entre el individuo y la cultura. Este proceso debe caracterizarse por ser un desarrollo intersubjetivo, es decir, que los individuos que formen parte comiencen una tarea conjunta y que, a través de una comprensión diferenciada, finalicen con una comprensión compartida, además de una estructuración, en la cual el apoyo social que da el adulto al individuo cambia progresivamente.

En definitiva, la teoría de Vygotsky (Woolfolk, A. 2010) se basa en que el desarrollo del individuo se realiza bajo la influencia de la cultura y de la participación activa del sujeto.

De manera universal, durante la última etapa de desarrollo que engloba la Educación Primaria encontramos la adolescencia, que se define como el periodo de transición que comienza a los nueve años y termina después de los veintiuno (Coleman y Hendry, L.B., 1999), y durante el cual se producen una serie de cambios tanto biológicos como psicológicos que son:

1. La pubertad.
2. La forma de pensar y de razonar, tanto para las habilidades comunicativas y las decisiones, como para la elaboración de la propia imagen. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

El estrés que sufren los adolescentes viene dado por la pubertad, cambio biológico, que marca el inicio de esta. Según Balaguer (2002, pp. 7), “es muy importante atender al tipo de educación que reciben los adolescentes en este momento para saber si realmente se esta potenciando lo que debe potenciarse [...]” en la transición del pensamiento

concreto al abstracto, acentuando a su vez lo que se denomina como audiencia imaginaria del adolescente (Elkind, D., 1967), es decir, las suposiciones acerca de la gente en la etapa de egocentrismo por la que pasa, construyendo la historia personal sobre la base de diferentes áreas.

Durante la creación del autoconcepto, los adolescentes se exponen a actividades que les pueden llevar al fracaso por miedo a ser rechazado por sus iguales y por la sociedad en general. (Díaz, R., Sierra, M., 2008)

La consecución de los hábitos saludables, viene dada por el proceso de socialización, las actitudes, creencias y los valores sociales, teniendo en cuenta la defensa del enfoque psicosocial sobre las conductas, y que estas están influidas por el medio social (Díaz, R., Sierra, M., 2008).

Para entender el modo de adquisición de valores, creencias, costumbres y actitudes sociales existen varios modelos teóricos como:

- La Teoría Ecológica de Desarrollo de Bronfenbrenner en 1979. (Díaz, R., Sierra, M., 2008), que profundiza en las estructuras sociales, exponiéndolas de manera concéntrica. Estas estarían compuestas por: macrosistema, mesosistema, exosistema y microsistema.
- La Teoría de Campo de Kurt Lewin (1963) (Díaz, R., Sierra, M., 2008) que expone que la conducta que adquiere la persona viene dada por el ambiente.
- El Interaccionismo Simbólico de George Herbert Mead (1934) (Díaz, R., Sierra, M., 2008), que enuncia la adquisición definitiva de las normas, valores y hábitos sociales
- Finalmente, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Woolfolk, A., 2010), según la cual existen dos procesos de aprendizaje: la imitación y el modelado. Según esta, aprendemos durante toda nuestra vida a través de modelado observacional.

10. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017 – 2024.

Una Estrategia Nacional pretende dar respuesta a las necesidades planteadas desde un marco local y/o regional mediante la coordinación de aquellas agrupaciones que estén implicadas en la prevención de las drogas.

Como documento participativo y de consenso se hablará a lo largo de este apartado de la Estrategia Nacional sobre Adicciones, (ENA 2017 – 2024), fundamentada en las precedentes (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 – 2008 y Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016) y basada en los tres Planes de Acción de ambas estrategias: para la primera, el Plan de Acción sobre Drogas 2005 – 2008 y para la segunda, los Planes de Acción sobre Drogas 2009 – 2012 y 2013 – 2016.

Se trata de un documento que sirve para el desarrollo de las diferentes estrategias sobre las adicciones con base en las políticas de las Administraciones Autonómicas y Locales, siendo referencia para las actividades realizadas bajo las corporaciones sociales. (ENA, 2017 – 2024)

Bajo la ya mencionada Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024 (ENA 2017 – 2024), encontramos dos Planes de Acción que abarcarán desde 2017 a 2020 y desde 2021 a 2024, siendo los objetivos de ambas la divulgación de la información necesaria para la obtención de una sociedad más saludable y segura con el control, en primer lugar, de la obtención de drogas, así como posteriormente de las acciones que lleven a situaciones adictiva.

Todo esto se realizará mediante la coordinación y cooperación nacional e internacional, la gestión de los sistemas de información, de investigaciones y de la formación pertinente, la legislación, la propagación y la evaluación posterior de los resultados. (ENA, 2017 – 2024)

10.1 Análisis de la Realidad.

El consumo de sustancias ilegales en España es una de las amenazas que perduran en el tiempo, siendo, de manera regular un tercio de la población consumidora de alguna de estas a lo largo de su vida.

EDADES 2015-16 concluye que las drogas legales de mayor relevancia son: el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. Por otra parte, las drogas ilegales con mayor tasa de consumo son el cannabis y la cocaína. (ENA, 2017 – 2024)

Según datos de la encuesta anteriormente citada, el cannabis constituye una de las drogas ilegales con mayor consumo, siendo este creciente y con una edad de inicio entre 15 y 17 años. (ENA, 2017 – 2024)

Datos oficiales de la DGT en 2015 sobre consumo y conducción revelan que un 12% de los españoles han tomado previamente al manejo de un vehículo alcohol y/o alguna sustancia ilegal, siendo utilizado con preferencia, en este segundo caso, el cannabis en un 7,5% de los casos. (ENA, 2017 – 2024)

10.2 Medidas de Prevención.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024 propone las áreas de actuación en cuanto a dos metas. La primera es denominada “Hacia una sociedad más saludable e informada” y, la segunda: “Hacia una sociedad más segura”.

10.2.1 1ª Meta: Hacia una Sociedad más Saludable e Informada.

Uno de los mayores desafíos para las políticas de prevención es que el consumo de drogas está asociado tanto a los problemas sociales como a los de salud.

Por ello, los avances científicos y la práctica clínica ayudan al desarrollo de nuevas estrategias farmacológicas para la prevención, el tratamiento continuado, multidisciplinar e integral en el que se abordan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como para la disminución de las secuelas que provocan las adicciones, tanto las relativas al consumo de sustancias como las adicciones en las que no están presentes dichas sustancias. (ENA, 2017 – 2024)

La prevención consiste en aumentar los factores de protección en cuanto a las conductas que pueden conllevar una adicción, modificando al mismo tiempo los factores de riesgo, a través de diferentes estrategias clasificadas en tres niveles:

1. “Intervenciones universales, las cuales contemplan a la población a toda la población a la que va dirigido el programa de intervención.
2. Intervenciones selectivas, es decir, aquellas que están destinadas a un grupo de población vulnerable.
3. Intervenciones indicadas, en las que los programas de intervención se enfocan en aquellas personas que presentan un riesgo alto” (ENA, 2017 – 2024).

La prevención se lleva a cabo en diferentes contextos: comunidad educativa, familia, trabajo, medios de comunicación, Fuerzas Armadas, hostelería y restauración, situaciones de ocio que se llevan a cabo en la comunidad y Atención Primaria del sistema

sanitario, teniendo en cuenta la normativa de conductas adictivas tanto con sustancia como sin ella que ayudan a la promoción de la salud. (ENA, 2017 – 2024)

La población que se ha observado que presenta un mayor nivel de consumo se encuentra entre los jóvenes y menores, las mujeres fértiles o embarazadas, la población adulta reclusa, así como trabajadores del ámbito hostelero. (ENA, 2017 – 2024)

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024 tiene como objetivo asegurar una intervención individual sobre aquellas personas que se encuentran en situaciones de adicción, normalizando la asistencia a través de la creación de protocolos o guías de intervención. (ENA, 2017 – 2024)

El Modelo de Intervención de Reducción de Daños pretende disminuir los efectos negativos que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta tanto la prevención como la inclusión en actividades menos dañinas. (ENA, 2017 – 2024)

El fin último de este modelo de intervención y prevención es eliminar o reducir los daños tanto en la vida como en la salud de aquellas personas consumidoras de drogas, además de la reducción de los efectos socio – sanitarios y económicos que acarrearán los programas de intervención. (ENA, 2017 – 2024)

Es por esto que tenemos que tener en cuenta a los menores y a aquellos miembros familia que estén afectados por el consumo para la reducción de los riesgos en cuanto a la salud y la seguridad, ya que aquellas personas que presentan un abusivo de determinadas sustancias que están expuestas a un aumento de la violencia doméstica. (ENA, 2017 – 2024)

El conjunto de acciones y de intervenciones que tienen como fin una implicación activa de las personas para el desarrollo de la autonomía, el bienestar social, y una crítica del entorno social. Este término debe diferenciarse de los conceptos de inserción o integración, ya que estos se determinan de manera más específica, mientras que el primero se trata de un proceso de socialización individual y flexible. (ENA, 2017 – 2024)

El tratamiento que pone en marcha para la recuperación de aquellas personas que lo precisan, necesita de una intervención integral en la que se tengan en cuenta todos los procesos que formen parte del estilo de vida de la persona. (ENA, 2017 – 2024)

Por todo ello, la Estrategia Nacional de Adicciones 2017 – 2024 propone la creación de un modelo de intervención, el aumento de la cobertura de reacción que precise de una coordinación con la red asistencial y, por último, la profundización en los modelos de práctica para mejorar las intervenciones de manera progresiva, teniendo en cuenta una serie de criterios de los programas, además del desarrollo de estos, del sistema de información y un modo de evaluación. (ENA, 2017 – 2024)

10.2.2 2ª Meta: Hacia una Sociedad más Segura.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024 presenta la necesidad de adaptación a situaciones cambiantes y dinámicas, con el fin de poder responder de una manera más efectiva a las nuevas amenazas y de realizar una adaptación más exhaustiva de las políticas de actuación.

Para ello se deben comprender los impulsores de los cambios además de los ritmos de innovación existentes a través de enfoques de motorización en aquellos puntos ciegos.

El mercado de las drogas ilegales se ve auspiciado por la gran cantidad de avances tecnológicos existentes, hecho que ayuda al aumento del comercio internacional y al comercio oculto mediante la denominada *darkweb*. (ENA, 2017 – 2024)

Una manera de anticipar las amenazas en España es conocer los hechos ocurridos fuera, para desarrollar de esta manera las medidas necesarias en su llegada.

A través de la prevención y desarticulación de la delincuencia organizada se trata de reducir la disponibilidad de las drogas ilegales, mediante la cooperación existente entre la Justicia y los diferentes cuerpos de policía para la apropiación de los bienes, la investigación y la gestión de fronteras. (ENA, 2017 – 2024)

En cuanto a las drogas ilegales, el conjunto de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado intervienen sobre cuatro áreas de organización:

1. “Cultivo de sustancias o proceso de producción” a partir de materias primas.
2. Distribución mayorista, teniendo en cuenta el tráfico internacional y el nacional.
3. Distribución minorista.
4. Proceso de transformación en bienes económicos” (ENA 2017-2024).

11. II PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2010 – 2016.

La Ley 3/2001 define como droga aquella sustancia que altera el sistema nervioso central de la persona pudiendo llegar a generar dependencia psíquica, física o ambas. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

La Ley 3/2001 de la Comunidad Autónoma de Aragón pretende establecer una correcta coordinación entre instituciones y entidades para trabajar las drogodependencias, estableciendo una regulación en las acciones necesarias. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

En esta, se establece que el documento más importante y básico que se ajusta a la coordinación, ordenación y planificación tanto de los recursos como de los materiales y actuaciones pertinentes establecidos para la Comunidad Autónoma de Aragón es el Plan Autonómico sobre drogodependencias. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

El I Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2005 – 2008 presenta un enfoque multiestructural e integrador que pretende reestructurar el uso de los recursos teniendo en cuenta la priorización de la prevención y la adecuación de estos, según los diferentes problemas generados por nuevos consumos y adicciones. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

En él se establecieron los principios en que se basaba la Ley 3/2001:

[...] La promoción de hábitos saludables; la prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención; la integración de las actuaciones en los sistemas educativo, sanitario y social; la responsabilidad de las Administraciones Públicas en la puesta en marcha de las actuaciones y la necesidad de modificar actitudes y comportamientos en la sociedad frente al problema de las drogodependencias. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

El II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010 – 2016 establece unos criterios coherentes y homogéneos, además de unos objetivos que atienden un enfoque de Salud Pública para prestar atención a todas las actuaciones presentes en la Comunidad Autónoma.

Para que el desarrollo de dicho plan se lleve a cabo con el éxito esperado, este se divide en dos programas. El primer Programa de acción, que abarca desde el inicio del II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas hasta el año 2013, y, el segundo Programa de acción, que se desarrolla desde el fin del primer Programa hasta el final del II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Ambos programas se ajustarán a los medios económicos disponibles para este fin que establezcan tanto la Administración Central como la Comunidad Autónoma.

11.1 Análisis de la Realidad.

El análisis de la realidad de una situación tiene la finalidad de poder planificar la respuesta de actuación gracias a la identificación de las necesidades, prioridades y características de los diferentes consumos por medio de las variadas fuentes de información. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

En estas, utilizados de manera habitual:

1. La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en Aragón (EDADES) realizada a la población de entre 15 y 64 años, en los años impares.
2. La Encuesta sobre Drogas en Población Escolar (ESTUDES) con una muestra de estudiantes que comprende desde los 14 a los 18 años, y que se encuentran escolarizados en Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Aragón, elaborada en este caso durante los años pares.
3. La Encuesta Nacional de Salud en la que se describen los consumos de alcohol y tabaco.
4. Health Behaviour in School – Aged Children, HBSC, es decir, el estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la que recoge información de 40 países occidentales así como de una población comprendida entre 11 y 17 años, dirigido por la OMS. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

A su vez, también se recoge información de diferentes indicadores indirectos como son:

- Las administraciones de tratamiento en la red asistencial, dónde se recogen los datos individuales de aquellas personas que precisan del mismo por abuso o dependencia.
- La información de episodios de urgencia por consumo de aquellas sustancias psicoactivas no recetadas de personas de 15 a 54 años en las urgencias hospitalarias.
- La mortalidad por reacción perjudicial de drogas en personas de 10 a 64 años. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

La temprana edad y el contexto de ocio en el que los adolescentes y jóvenes comienzan con el consumo de este tipo de sustancias, es provocado por un proceso de socialización en el que la integración al grupo de iguales es el hecho más importante. También es de destacar un policonsumo asociado a un consumo simultáneo, así como el denominado “atración” generalmente de alcohol. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Uno de los mayores descensos del consumo entre los adictos menores se encuentra en la cocaína y en el cannabis, aunque, con todo ello, este último sigue siendo la droga más difundida entre los jóvenes. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Tal y como describe la Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar de 2008, el cannabis tiene el porcentaje más alto de consumo entre todas las drogas ilegales, destacando asimismo la prevalencia de consumo en varones sobre el número de mujeres. Además, el consumo de esta sustancia es mayor en Aragón que en el resto de España. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

El nivel económico familiar también es un factor influyente en el consumo del cannabis según el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School – Aged Children, HBSC), que confirma además que quienes presentan un nivel adquisitivo elevado consumen menos que aquellos en el que este es

medio – bajo. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

11.2 Medidas de Prevención.

La prevención que se establece en el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas, propone una serie de principios para dar respuesta y asistencia según la Ley 3/2001.

En aquellas personas que son drogodependientes se debe tener en cuenta el uso que hacen de las drogas, repercutiendo de esta manera en la salud, tanto biológica como psicológica y social del entorno social y familiar, a través de la estimulación de una serie de hábitos saludables

Todo esto se realizará tomando las medidas necesarias para abordar el consumo de sustancias, así como los problemas que pueden acarrear, mediante diferentes actuaciones en el sistema educativo, sanitario y de servicios sociales, los cuales deben coordinarse en las intervenciones además de realizar una participación activa en las actuaciones, con el objetivo de alterar las actitudes y comportamientos ante situaciones de drogodependencias. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

11.2.1 Prevención en el Ámbito Educativo.

El primer Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas del año 2005 – 2008 basó su actuación de prevención en los hábitos saludables a través de la coordinación entre el sistema educativo, el sanitario y los servicios sociales.

Con base en la propuesta expuesta en la Estrategia Nacional sobre drogas 2009 – 2016 sobre la resistencia al ofrecimiento de drogas con el fin de disminuir la edad de inicio en el consumo, se pretende extender la Red de Escuelas Promotoras de Salud. Esto ha de llevarse a cabo integrando este programa en el Proyecto Educativo de Centro (PEC), e implicando a todo el profesorado y a quien forma parte de la comunidad educativa, teniendo en cuenta la coordinación de los recursos de la localidad. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Con todo ello se pretende realizar una prevención global, además de una selectiva, atendiendo a aquellos grupos de personas que se encuentren en riesgo relacionado con el consumo de drogas.

Los objetivos del II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010 – 2016 se basan en el desarrollo de actitudes, valores y habilidades sociales para la mejora de la salud de los estudiantes, integrando la educación para la salud en el Proyecto Educativo de Centro (PEC) a través de una formación del personal docente en el ámbito de conductas adictivas y de su prevención. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Del mismo modo, es importante la coordinación entre los diferentes Departamentos de Salud y Consumo, Educación, Cultura y Deporte de cara a la prevención de personas drogodependientes.

Así como se encuentra en desarrollo el programa de Red de Escuelas Promotoras de Salud, se pretende desarrollar la Red de Universidades Saludables, poniendo en funcionamiento la coordinación necesaria con la Universidad de Zaragoza. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

Para actuar en una situación de adicción se debe determinar los grupos escolares vulnerables y el modo de actuación con ellos.

Para poder llevar a cabo dichos objetivos, las líneas de actuación que propone el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010 – 2016 son:

- La Educación para la Salud debe estar integrada en los diferentes niveles de programación educativa, proporcionando así una continuidad y una implicación por parte del personal docente del centro poniendo en practica un proyecto con una metodología participativa.
- El desarrollo progresivo de la Red de Escuelas Promotoras de Salud es una gran ayuda para el perfeccionamiento de los recursos, la formación y la práctica del programa.
- Tanto la Comisión Mixta Salud – Educación como las Comisiones Provinciales deben de estar coordinadas para optimizar la prevención, siendo la primera quien aprueba y coordina las diferentes intervenciones.

Para aquellos grupos de gran vulnerabilidad se establecen una serie de acciones tanto para la identificación como para la intervención, intensificando las medidas necesarias junto con los Centros de Prevención Comunitaria.

- La formación sólida es una acción esencial para la motivación y para la instrucción de la prevención en el ámbito educativo. Por este motivo, en los Planes de Formación del Profesorado y en las Federaciones de Padres y Madres se incluyen los programas de educación para la salud.
- Deben formentarse diferentes programas de prevención de drogodependencias con la Universidad de Zaragoza incrementando el programa de la Red de Universidades Saludables. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

11.2.2 Niveles de prevención.

- La prevención universal trata de aumentar los factores de protección a través del fomento de diferentes actitudes y de los hábitos saludables con el objetivo de reducir las consecuencias del consumo en sujetos menores de 18 años.
- La reducción de los factores de riesgo mediante comportamientos de colectivos vulnerables ante situaciones de consumo de drogas se realiza a través de la prevención selectiva.
- La reducción tanto de los factores de riesgo como de los propios de aquellos sujetos con un alto nivel de vulnerabilidad se intervienen ante la prevención indicada con el fin de evitar usos problemáticos y adicciones.
- Para aquellas personas que sufren de drogodependencia, la prevención determinada trata de reducir los riesgos y los daños personales. (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

11.2.3 Programas de prevención.

- “Órdago: se puso en marcha a lo largo del curso escolar 2004 – 2005 en los Centros de Educación Secundaria.
- Cine y Salud: puesto en marcha en el curso 2001 – 2002. Dirigido al alumnado de Educación Secundaria.

- La Aventura de la Vida: puesto en marcha en el curso 2005 – 2006. Dirigido al alumnado del segundo y tercer ciclo de primaria.
- Pantallas Sanas: iniciativa dirigida a toda la comunidad educativa” (II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2010 – 2016)

12. III PLAN AUTONÓMICO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS 2018 – 2024.

El III Plan Autonómico de Adicciones, teniendo en cuenta los criterios incorporados en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024, establece en su campo de actuación las drogas legales, los fármacos que pueden llegar a repercutir en una adicción, las drogas ilegales entre las que se incluyen las nuevas sustancias psicoactivas, además de aquellas adicciones sin sustancia o que se relacionan con un aspecto de comportamiento. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

Este Plan Autonómico sobre Conductas Adictivas está vinculado tanto con la Estrategia Nacional como con el Plan de Salud Pública 2030 y el Plan de Salud Mental de Aragón 2017 – 2021.

El primero, en cuanto a las adicciones se refiere, propone un trabajo multisectorial, incorporando en el III Plan Autonómico, desde la misma perspectiva, la promoción de la salud así como la prevención de las enfermedades a través de estrategias efectivas o no medicinales. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

El Plan de Salud Mental 2017 – 2021 establece una serie de criterios y una coordinación entre todo el personal que trabaja en este ámbito, dándoles oportunidad a aquellas personas que lo necesiten de ser beneficiarios de los servicios necesarios. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La coordinación entre los servicios expuestos tanto en la Estrategia Nacional como en los diferentes Planes de actuación nombrados anteriormente, pretende establecer un modelo asistencial, teniendo en cuenta las demandas que se producen en la Comunidad Autónoma de Aragón. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

En definitiva, el III Plan Autonómico de Adicciones 2018 – 2024 tiene como objetivo el fortalecimiento de los Centros de Prevención con base en la Promoción de la Salud y la prevención de las drogodependencias, teniendo en cuenta, aquellos grupos de personas más vulnerables, siempre y cuando se le de acceso tanto a los servicios como a los recursos sociales y sanitarios a toda persona que precise de intervención o ayuda. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

12.1 Análisis de la Realidad.

El análisis de la situación que se presenta en el III Plan Autonómico de Adicciones 2018 – 2024 tiene en cuenta una serie de indicadores, que son facilitados por las diferentes encuestas realizadas tanto a nivel comunitario como nacional.

Entre ellas podemos destacar:

- La Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España (ESTUDES), con una muestra de estudiantes entre los 14 y 18 años y que se encuentran escolarizados en Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Aragón, que es elaborada de manera bienal.
- La Encuesta Domiliaria sobre Consumo de Drogas de Aragón (EDADES), enfocada a la población de entre 15 y 64 años, realizada en los años impares. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) muestra que la edad media de inicio es de 14 años en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

Esta última sustancia es la tercera droga más extendida, aunque se observa un descenso en su consumo, llegando a estar la media de la Comunidad Autónoma de Aragón por debajo de la nacional, y reflejando dicha Encuesta, por otra parte, una gran diferencia en el consumo por sexos. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

El consumo problemático que puede conllevar el cannabis está recogido en la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), que indica la existencia de un 11% de casos con un consumo problemático, un 19,7% con un consumo con un bajo riesgo de serlo y el

porcentaje restante, representa el consumo sin riesgo problemático. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

En cuanto al riesgo por consumo de alcohol podemos decir que, de manera general, se encuentra por debajo del 50%, observándose que en este aspecto que el riesgo de consumo en las mujeres es mayor que en los varones. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La adquisición de sustancias psicoactivas se encuentra diferenciado entre el Cannabis y otras sustancias. Según los estudiantes, esta primera, según los estudiantes, es de fácil acceso, mientras que el resto de las sustancias, como el éxtasis o la heroína, presentan mayor dificultad para su obtención. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

Con respecto a la información sobre las diferentes adicciones, los estudiantes consideran que conocen con exactitud lo más relevante sobre el tema y admiten que, una vez al año, reciben una sesión informativa. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

12.1.1 La Actividad Asistencial.

Nos encontramos ante un proceso descendente en el número de personas que inician el tratamiento de adicciones aunque, en cuanto a los jóvenes de entre 15 y 20 años se refiere, el dato se encuentra de manera estable, esto es, entre un 11% – 12% de aquellos que inician el tratamiento de adicción, hasta el año 2017. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

Tabla 1. Porcentaje de pacientes por grupos de edad admitidos a tratamiento. Aragón
2010 – 2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
14 y < años	3,4	8,8	10,4	9,1	0,2	0,4	0,2	0,5
15-20 años	11,3	11,4	13,0	12,7	12,4	12,8	9,4	11,3
21-30 años	23,4	25,1	23,3	25,5	19,9	17,4	17,7	14,0
31-40 años	26,4	30,2	27,0	26,5	24,6	24,8	24,5	25,8
41-50 años	24,8	17,3	18,4	18,0	22,4	24,8	25,3	24,3
51-60 años	8,0	6,1	6,7	6,5	15,3	14,4	17,3	18,1
61 y > años	2,4	1,1	1,2	1,7	5,3	5,2	5,5	5,9

Fuente: III Plan Autónomo sobre Adicciones 2018 – 2024. Pp.32.

En cuanto al porcentaje de incidencias atendidas en los servicios de las urgencias hospitalarias, este se mantiene constante, al igual que en los menores de 20 años. Cabe destacar que los casos por consumo de cannabis se encuentran en el 15%, a los que se suma al mismo tiempo el consumo de sustancias psicoactivas. Además, se pone de relieve la prevalencia del consumo entre hombres y mujeres. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

Tabla 2. Datos indicador urgencias relacionadas por sustancia y sexo. Aragón 2014 – 2017.

	2014		2015		2016		2017	
Grupo sustancias	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alcohol +otras sustancias	19,5%	27,1%	21,9%	20,3%	22,0%	29,%	23,%	17,7%
Anfetaminas	11,4%	1,2%	9,5%	10,1%	10,2%	8,3%	12,9%	3,2%
Cannabis	27,6%	8,6%	25,7%	2,9%	23,6%	9,7%	19,8%	6,4%
Cocaína	10,6%	3,7%	10,5%	5,8%	16,5%	6,9%	11,2%	6,4%
Heroína	3,2%	0,0%	0,9%	1,4%	1,6%	0,0%	2,6%	0,0%
Hipnóticos y sedantes	21,1%	51,8%	23,8%	55,1%	22,8%	41,7%	25,8%	54,8%

Fuente: III Plan Autonómico sobre Adicciones 2018 – 2024. Pp.39.

Junto con el Instituto de Medicina Legal de Aragón, el III Plan Autonómico de Adicciones 2018 – 2024 expone en su análisis de la realidad un apartado en el que se detalla la mortalidad relacionada con las diferentes sustancias, reflejando que esta se ha visto incrementada, que es mayor el número de hombres que el de mujeres y, por último, que la franja de edad de los afectados oscila entre los 35 y los 54 años. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

12.2 Medidas de Prevención.

Tanto en las actuaciones contra el uso inadecuado de sustancias adictivas, como en los comportamientos de adicción con sustancia o sin ellas, se deben de tener en cuenta el gran número de factores y contexto, por lo que el III Plan Autonómico sobre

Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024 plantea un modelo asistencial multisectorial.

El método que este Plan propone se trata de un modelo homogéneo y que se pueda expandir de manera que se utilicen los recursos territoriales a través de una intervención cooperativa entre los servicios sociales, sanitarios, educativos y entidades en general. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La intervención se realizará en torno a:

- El consumo de drogas legales e ilegales, incluyendo en estas últimas las nuevas sustancias psicoactivas.
- El consumo de fármacos con potencial adictivo, con o sin receta médica.
- Aquellas adicciones que no presentan sustancia o son comportamentales. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

12.2.1 Principios de Actuación.

Los principios en los que se basa la actuación establecida en el III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024 son:

- El principio de universalidad, es decir, toda la población puede ser receptor de las diferentes actuaciones.
- El principio de equidad, que tendrá en cuenta las desigualdades en todos los aspectos de la población, presentando mayor atención en aquellos grupos menos favorecidos.
- El principio de salud en todas las políticas, teniendo en cuenta todas las entidades que participan en las diferentes actuaciones, así como las políticas de cada una de ellas, con el fin de crear espacios saludables en los que se eliminen los riesgos y que puedan asegurar una protección.
- El principio de transparencia y rendición de cuentas, que se basa en la explicación pública tanto de las intervenciones como de los datos, así como de la evolución periódica de todas las personas que son atendidas.

- El principio de participación, que engloba a todas aquellas personas a las que van dirigidas las actuaciones expuestas en el III Plan Autonómico sobre adicciones en la realización y la aplicación de los diferentes programas.
- El principio de calidad y eficacia, el cual asegurará que la práctica se corresponda con los objetivos marcados y que se realice de la forma más favorable para los usuarios. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

12.2.2. Áreas de Actuación.

Las actuaciones que se corresponden con la programación del III Plan Autonómico de Adicciones se dividen en 5 áreas:

- Prevención y promoción de la salud.
- Reducción de la oferta.
- Red asistencial de atención de las adicciones.
- Formación y gestión del conocimiento.
- Coordinación.

La primera, prevención y promoción de la salud, expone un modelo homogéneo y sistematizado para la actuación en la prevención con el fin de reducir tanto el consumo como los daños en la salud. Además, refuerza en todo momento la atención de los servicios sociales y la coordinación de estos con los diferentes sistemas y ámbitos que intervienen en las diferentes acciones. Para el trabajo en esta área se plantean 5 objetivos y 17 métodos de actuación. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La reducción de la oferta tiene como objetivo el control del cumplimiento de la normativa legislativa de aquellas drogas denominadas legales. En esta segunda área de trabajo se pretende realizar una revisión de las políticas de control del alcohol, tabaco y fármacos que pueden llegar a producir una adicción. A su vez, también tiene como fin dificultar la obtención de drogas ilegales, siendo esto una labor enfocada a la política del Gobierno de Aragón junto con los órganos judiciales. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La siguiente área de trabajo es denominada red asistencial de atención a las adicciones que, junto con el Plan de Salud Mental 2017 – 2020, pretende que las adicciones se trabajen desde un solo servicio, denominándolo “Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA)”. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

En el caso de que la persona necesite tratamiento del servicio de Salud Mental por presentar un trastorno mental además de la adicción, la derivación deberá tener en cuenta el tiempo de hospitalización, así como los recursos que han sido utilizados para la rehabilitación de la adicción, tanto con la comunidad terapéutica como bajo un programa específico. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La difusión de la evolución de las diferentes técnicas de trabajo sobre las adicciones será competencia del área 4, formación y gestión del conocimiento, con el fin de mejorar las intervenciones que se realizan para la prevención de las drogodependencias con carácter homogéneo a través de los recursos necesarios. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

La coordinación de una intervención que lleva a cabo un enfoque multisectorial es un elemento clave para el cumplimiento de todos los objetivos planteados. La quinta área del III Plan Autonómico de Adicciones 2018 – 2024 divide la coordinación en tres niveles. El primero corresponde al Departamento de Sanidad junto con diferentes órganos institucionales; en el segundo, se relacionan las unidades del Departamento de Sanidad con los recursos de prevención y asistencia y el último nivel se enfoca a los recursos planteados a nivel local. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

El Consejo Asesor en drogodependencias, la Comisión interdepartamental de drogodependencia, la Comisión Mixta de Salud – Educación, el Consejo Asesor de Salud Mental y la Comisión del Juego son órganos de coordinación para la participación y la organización, que tienen el objetivo de promocionar la salud en el ámbito educativo, entre otros aspectos. (III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 – 2024)

13. ENCUESTAS SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2016 – 2017).

La encuesta ESTUDES pretende recoger la información necesaria para poder proyectar una política que ayude a la prevención del consumo de drogas y lo que conlleva este.

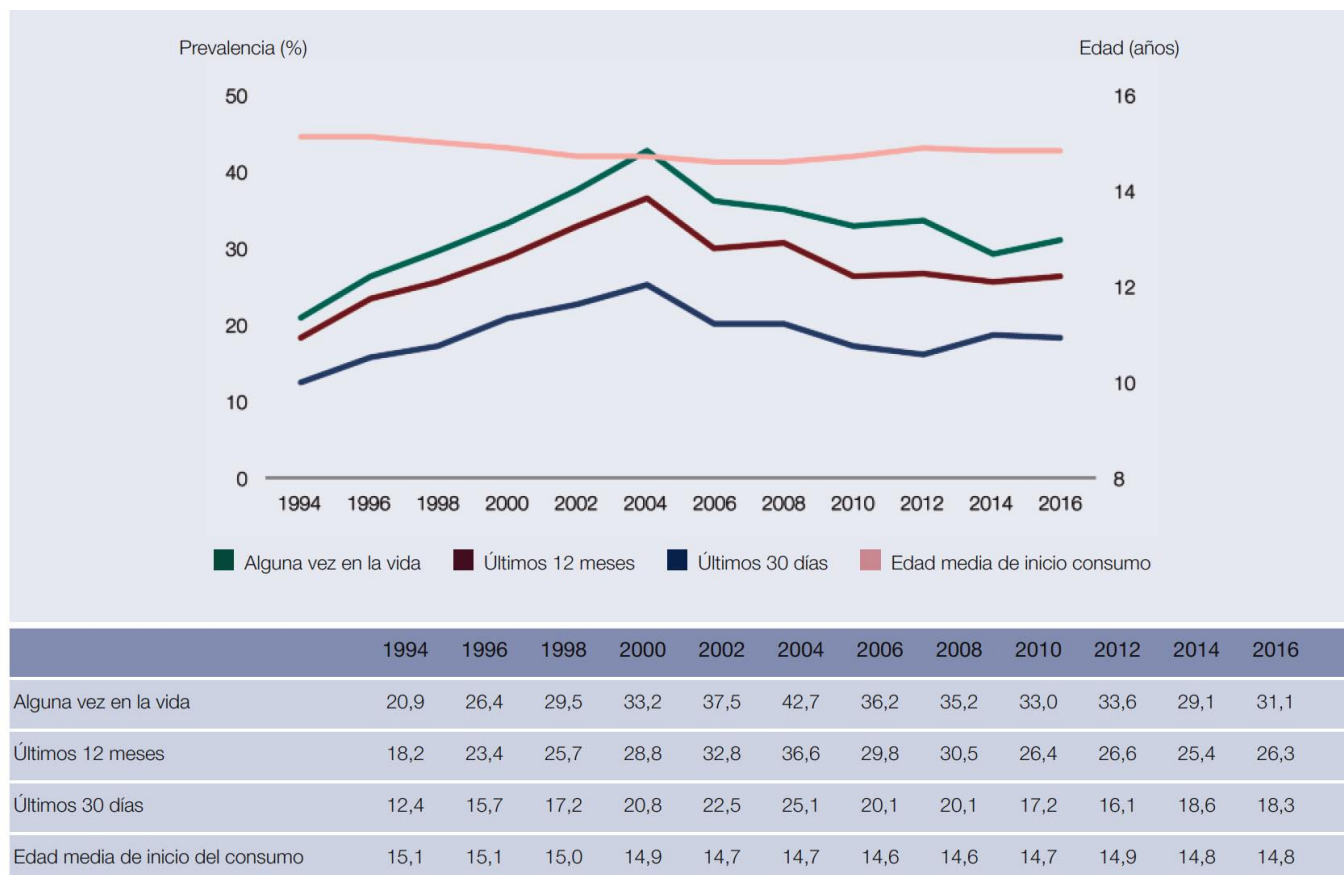
Los objetivos específicos de esta encuesta son:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes entre determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas [...] y algunos factores relacionados con el consumo y otras adicciones.
- Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones. (ESTUDES 2016 – 2017)

El 31,1% de los estudiantes de entre 14 y 18 años han consumido el cannabis alguna vez a lo largo de su vida, posicionando esta sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia. Con una edad de inicio anterior a los 15 años. (ESTUDES 2016 – 2017)

En cuanto al género masculino, el consumo se encuentra más difundido, con un 15,2% en individuos de 14 años, aumentando este dato, de manera progresiva, alcanzando el 56,3% en sujetos de 18 años. (ESTUDES 2016 – 2017)

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años (%) y edad medica de inicio de consumo. España 1994 – 2016.



Fuente: CEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Pp. 60.

En cuanto al modo de consumo del cannabis en formato marihuana o hachís, también se encuentra más extendido entre el sexo masculino. El 82,4% lo mezcla con tabaco. Sin embargo, entre los menos de 14 años, el 34,5% de estos ha consumido marihuana sin mezclarla con tabaco, disminuyendo este dato conforme aumenta la edad. (ESTUDES 2016 – 2017)

Tabla 3. Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años que han consumo cannabis en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2016.

	TOTAL	SEXO		EDAD				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
En forma de porro o canuto	97,7	97,4	98,0	93,6	96,7	98,2	98,4	99,3
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas	17,0	19,0	14,2	20,0	18,8	17,4	16,2	12,5
Por vía oral: pasteles, galletas...	5,7	6,3	4,9	7,5	4,7	4,8	6,7	5,4
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	2,3	1,1	4,4	2,4	1,5	1,2	1,1

Fuente: CEDA. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Pp. 64.

14. CANNABIS.

14.1 ¿Qué Es?

La palabra marihuana procede de México. Usada inicialmente para denominar el tabaco barato, posteriormente usándose para nombrar a las hojas o a la misma planta. Por otro lado, el término hachís, se usaba en las islas del Mediterráneo oriental, así como en el sudeste de Europa, el oeste de Asia y el noreste de África, para denominar al cannabis, y actualmente se denomina con este vocablo a la resina del cannabis. (Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, 2008)

La Organización Mundial para la Salud define droga como aquella sustancia que actúa sobre el sistema nervioso central y que provoca alteraciones físicas y psicológicas a través de la experimentación de nuevas sensaciones y modificando el estado psíquico. (Glosario de Términos de Alcohol y Drogas, 2008)

La droga considerada de inicio es el cannabis. Este se extrae de la planta Cannabis Sativa que contiene más de 400 sustancias de las cuales se sabe que 60 son cannabinoides. Según el efecto psicoactivo que producen, las tres sustancias más importantes son: Tetrahidrocannabinol (THC), el Cannabidiol (CBC) y el Cannabinol (CBN). (Rodríguez González, C., Martínez Campanario, E., Lobato Miranda, CL., 2017)

El primero de ellos es el responsable de la mayoría de los efectos psicoactivos que produce el Cannabis. Los otros dos, Cannabidiol y Cannabinol, son los causantes de los efectos sedantes y ansiolíticos. Se trata de una sustancia que llega rápidamente al cerebro, y cuya metabolización es lenta. Los efectos se producen entre los 10 y 20 minutos después del consumo y se llegan a prolongar durante 3 horas. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

Sin embargo, el componente de los cannabinoides depende del tipo de planta o el momento de su recolecta. Si la extracción se produce de una planta femenina o de las hojas, los efectos son mayores. Por el contrario, si la extracción se produce del tallo, las raíces o las semillas, la concentración de la sustancia es menor y sus efectos también. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

El uso de este psicoactivo se presenta en diferentes modos, consudiéndose todos ellos por vía oral:

- El hachis y el polen son triturados secos de la planta. El primero a partir de flores, hojas y tallos y el segundo únicamente de flores, presentándose este último en forma de polvo de color amarillo.
- El aceite se obtiene con las partes de las flores en las que se encuentran los cannabinoides, junto con sustancias solventes (butano, alcohol, isopropílico, etanol o hexano). (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

14.2 Efectos del THC.

El consumo de cannabis, de manera general, produce un estado de tranquilidad y felicidad, llegando a alterar la ejecución de actividades que requieren un alto nivel de concentración para su realización. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

Este elemento psicoactivo afecta a la coordinación motriz además de a la percepción de profundidad produciéndose, por otra parte, una reducción de la visión periférica, así como un aumento del riego sanguíneo en la conjuntiva ocular. Por otra parte, se produce una distorsión en la percepción del tiempo, junto con un aumento del apetito y sequedad bucal. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

La persona que consume cannabis sativa exterioriza episodios de ansiedad o euforia, desconfianza o apatía, llegando a producirse ideas paranoides. Si este psicoactivo

se consume junto con alcohol, los efectos psicomotores aditivos se potencian. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En caso de que los estados de angustia y de ansiedad aumenten, el abuso del consumo y la dependencia del cannabis llega a producir episodios de esquizofrenia. El proceso por el que el trastorno psicótico aparece en aquellos sujetos que han consumido cannabis durante prolongados periodos de tiempo es complejo. Tras varios estudios, se ha llegado a relacionar con la alteración del sistema de receptores cannabinoides cerebrales y de los sistemas endógenos. (Leweke y cols., 1999)

Tal y como afirma Arsenault, L.C., y cols. en 2002, los consumidores menores de 15 años tienen un mayor riesgo de padecer brotes psicóticos a largo o medio plazo.

También se debe tener en cuenta para el consumo y para la aparición de los cuadros psicóticos el factor biológico de los sujetos, llegando a manifestarse los síntomas al cabo de un año o dos desde el inicio del consumo (McKay, D., Tennant, 2000; Hall, W., Degenhardt, 2000)

El modo en el que se fuma el cannabis, sin filtro, aspirando profundamente y reteniéndolo, llega a provocar enfermedades tales como bronquitis, enfisema pulmonar o incluso cáncer, llegando a convertir al cuerpo en un mayor absorbente de sustancias tóxicas. Además, altera el sistema cardio – circulatorio, pudiendo llegar a producir taquicardias. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En el ámbito tanto psíquico, como emocional y conductual, el consumo de cannabis produce problemas de memoria y de aprendizaje, obteniéndose peores resultados académicos y una mayor tasa de abandono de los estudios. (Rodríguez, C., Martínez, E., Lobato, CL., 2017) La alteración de la memoria se produce en aquella denominada a corto plazo, complicando la concentración y el rendimiento psicomotor produciendo además un retraso en la velocidad de reacción. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En cuanto a los problemas relacionados con la personalidad, quien consume habitualmente cannabis llega a padecer episodios psicóticos y esquizofrenia, así como cambios de conducta y de ánimo, provocado todo ello por los cambios neurobiológicos que produce el consumo de esta sustancia psicoactiva. Entre todos los problemas que puede acarrear su consumo, también encontramos la somnolencia e incluso las

discusiones, que pueden llegar a formar parte del estilo de vida del consumidor. (Leweke, F.M., Giuffrida, A., Wurster, U., Emrich, H.M., Piomelli, D., 1999)

En caso de que el THC sea consumido en bajas dosis, este disminuye el funcionamiento del sistema nervioso central. En cambio, si el consumo se produce en elevadas cantidades los efectos son alucinógenos. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En definitiva, el consumo de cannabis afecta al funcionamiento cerebral así como a su estructura, especialmente si este se produce en edades tempranas como la adolescencia o en elevadas cantidades. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En algunas ocasiones, las alteraciones neurocognitivas pueden normalizarse si se deja de consumir esta sustancia, pero en el caso de que el uso haya comenzado a una edad temprana, alguna de estas secuelas persisten de por vida. (Pope, H., Gruber, A., Hudson, J., Cohane, H., Huestis, M., Yurgelun – Tood, D., 2003)

En cuanto a los problemas de comunicación encontramos el denominado “síndrome amotivacional”. El consumo crónico de cannabis llega a provocar un abandono y una pérdida de interés reduciendo los procesos de socialización. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

14.3 El Cannabis y el Aprendizaje.

Cuando se produce el consumo de cannabis se ven afectados los componentes del aprendizaje: la atención, la percepción y la memoria. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

La atención es el proceso de selección de algunos datos. Esta es ilimitada y sólo se enfoca en unos estímulos determinados a la vez (Shunk, 1997). El consumo de esta sustancia psicoactiva disminuye la capacidad de enfoque, reduciendo la percepción de los estímulos. Sin una capacidad de atención activa, los demás procesos de aprendizaje no pueden llegar a iniciarse. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

En relación con la atención encontramos la concentración, actividad que consiste en evitar todos los estímulos externos para enfocar toda la atención de la mente en la actividad a realizar. Por ello, el cannabis es un psicoactivo relajante que impide la

concentración a la vez que se eliminan aquellos estímulos negativos. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

La percepción se ha definido como:

El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (Vargas, L.M., 1994)

Desde el momento en el que se realiza el registro hasta que se interpreta la información se suceden varias etapas. En la primera, denominada “procesamiento ascendente”, se analizan las características para dar con un esquema global de la información. Posteriormente, el análisis de la información continua hasta que aparecen una serie de patrones organizativos, denominados *Gestalt*, cuya finalidad es la organización de los estímulos. La última etapa de la percepción consiste en la combinación de las características percibidas con los patrones almacenados en la memoria, utilizándolos para un acceso rápido a la información. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

Durante todo este proceso entra en funcionamiento tanto la Memoria a Corto Plazo como la Memoria de Trabajo o Memoria a Largo Plazo, produciéndose una disminución de su funcionamiento tras el consumo del cannabis, hecho que hace que no se realice correctamente la función necesaria. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

Con respecto al aprendizaje del lenguaje, el movimiento juega un papel fundamental. Este último ocasiona el lenguaje y este se ve influido por el movimiento. Por todo ello, si el movimiento se ve afectado, se producirán una serie de errores en la comunicación, dañando tanto al lenguaje como al proceso de comunicación social. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011)

El lenguaje se encuentra en constante desarrollo. Al comienzo de la Educación Secundaria Obligatoria, se obtiene una mejor comprensión. (Díaz, R., Sierra, M., y Salavera, C., 2011).

14.4 Programas de Prevención.

En el II Plan Autonómico del Gobierno de Aragón sobre Conductas Adictivas plantea como prevención dirigido a alumnos de primaria el siguiente programa.

El programa La Aventura de la Vida está vinculado a la Educación para la Salud teniendo como objetivo la explicación de los conocimientos necesarios para emprender un modelo de vida saludable a través de actitudes y valores que lleven al individuo al cuidado y a la promoción de la salud. (Edex, 1989)

Se pretende que los alumnos que cursen desde 3º hasta 6º de Educación Primaria consideren la salud y la autonomía personal como valores a proteger y a respetar, además de mantener una actitud favorable en canto a salud y autonomía, disponiendo de los conocimientos necesarios para desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar los objetivos marcados.¹ (Edex, 1989)

15. CONCLUSIONES.

Gracias a la información obtenida a lo largo de la investigación documental sobre el cannabis, la educación para la salud, las escuelas promotoras de salud, las teorías explicativas del consumo y la evolución del desarrollo, he podido darme cuenta de la importancia que tiene el conjunto de todo ello en la evolución de la personalidad de los estudiantes con el fin de prevenir ciertas actividades perjudiciales para su futuro.

Para una buena Educación para la Salud partimos de las prioridades expuestas en la Declaración de Yakarta con el fin de proporcionar una buena Promoción de la Salud a toda la población. Con el alumnado de Educación Primaria nos centramos en el programa de prevención de sustancias negativas: La Aventura de la Vida. Este tiene como fin garantizar una educación para la salud a través de 10 habilidades básicas en la vida cotidiana como son el autoconocimiento, la empatía, la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, el manejo de problemas y conflictos, el pensamiento creativo y el crítico, el manejo de las emociones y sentimiento y, por último, el manejo de las tensiones y el estrés.

¹ Temas, contextos y cursos de especificación de las actividades planteadas en el programa La Aventura de la Vida ver en Anexos, tabla 4.

Es importante realizar programas de prevención, ya que tal y como expone EDADES 2015 - 2016, el inicio en el consumo de cannabis se produce entre los 15 y los 17 años.

La prevención se debe realizar de forma conjunta entre los diferentes sistemas autonómicos y estatales a través de una coordinación eficaz. Así mismo es importante hablar de la Educación para la Salud para alumnado de Educación Primaria, ya que estos no son considerados consumidores activos de las diferentes sustancias tanto legales como ilegales, pero es necesario e importante la cautela en cuanto a este tema.

Tanto los Planes Nacionales como los Autonómicos deben recoger la información necesaria para plantear en sus documentos las claves para las estrategias de prevención, teniendo en cuenta los diferentes modelos y teorías explicativas en cuanto al consumo de sustancias, así como las encuestas (EDADES y ESTUDES) más cercanas sobre la adquisición de distintas sustancias en las diferentes edades de la ciudadanía, tanto menor como mayor de edad.

El consumo del cannabis ha ido variando a lo largo del tiempo, aumentando y disminuyendo los porcentajes en torno a diferentes tramos de edad. Por todo ello, actualmente se debe continuar con un trabajo constante para abolir el consumo o disminuirlo al mínimo ayudando así a la desaparición de los diferentes problemas que acarrea su consumo.

El modo en el que esta sustancia psicoactiva se consume acarrea enfermedades tanto neurológicas como sistémicas, llegando a producir fallos tanto en el aprendizaje, en la memoria como en el habla.

En definitiva, el cannabis se considera una de las sustancias ilegales más consumidas, como queda demostrado en la encuesta ESTUDES 2016 - 2017, un 31,1% de los estudiantes entre 14 y 18 años han consumido esta sustancia psicoactiva alguna vez a lo largo de la vida, llegando a difundirse el consumo entorno a los 18 años con un porcentaje del 56,3%, aunque se trata de un porcentaje que se presenta en descenso en cuanto a aquellas personas que inician un tratamiento en el problema de la adicción, quedando, de modo constante un porcentaje que oscila entre un 11% y un 12 %, dato que se expone en el III Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018 - 2024.

Por todo ello, considero que los docentes, junto con los diferentes servicios sanitarios y de seguridad, deben ser los primeros informados en cuanto a los datos recogidos en las encuestas que se hacen a nivel estatal e internacional, apoyando de esta manera a la prevención de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección con las diferentes actuaciones que se realizan en los variados entornos de la sociedad actual.

Así mismo, en cuanto a la escuela, debe haber una comunicación constante con el entorno familiar y conocer el entorno social en el que el alumnado con riesgo de consumo se encuentra, apoyando a este tipo de alumnado para prevenir situaciones no saludables, con el fin de poner en marcha las estrategias planteadas en la Educación para la Salud.

16. BIBLIOGRAFÍA.

- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., Moffitt, T.E. (23 de Noviembre de 2002). Cannabis in use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ*. Obtenido de <https://www.bmj.com/content/325/7374/1212.full>
- 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.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Engle wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Balaguer, I. (2002). Estilos de vida en la adolescencia. Valencia: Promolibro.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa – calpe.
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Cannabis (2006). Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Cannabis II (2009). Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Chen, K., Kandel, D.B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mind . thirties in a general propulation sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41 – 47. En Becoña, E. (2001) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.

- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En Glantz, M., Pickens, R. *Vulnerability to drug abuse* (p. 15 – 51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coleman, J.C., Henry, L.B. (1999). *The nature of adolescence*. London: Routledge.
- Costa, M., López, E. (2008). Educación para la Salud. Una Estrategia para cambiar los estilos de vida. En Díaz, E., Sierra, M. (2008) *Análisis teóricos sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Universidad de Zaragoza: Acciones e Investigaciones Sociales.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187. Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
- Díaz, R., Sierra, M. y Salavera, C. (2011). Cannabis: una sustancia que afecta al desarrollo de las habilidades de comunicación y al uso del lenguaje de los adolescentes consumidores. Revisión sobre algunos aspectos. *Boletín Aelfa*, 1, 26-32.
- Edex (1989). La aventura de la vida / Osasunkume. En Catalogo de Programas de Prevención de Drogodependencias 2.
- Educación para la Salud. Recursos para la comunidad educativa. Consultado el 7 de agosto de 2019. Recuperado de http://eps.aragon.es/la_aventura_de_la_vida.html
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025 – 1034.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2016 – 2017. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2017 - 2024. (2017). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gavidia, V. (2016). *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Valencia: Tirant Humanidades.

- Green, L y Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. (2nd ed.) Mountain View, CA, Mayfield.
- Hall, W., Degenhardt, L. (2000). *Cannabis use and psychosis: a review*. Australia: Australian N. Z. J. Psychiatry.
- Hernández, I. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912 – 914. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kandel, D.B., Yamguchi, K. (1985) Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to Young adulthood. En Jones, C., Battjes, R. *Etiology of drug abuse. Implications for prevention* (p. 193 – 235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262. En Díaz, R., y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Acciones e Investigaciones Sociales, 26. Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
- 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.
- Leweke, F.M., Giuffrida, A., Wurster, U., Emrich, H.M., Piomelli, D. (1999) *Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia*. *Neuroreport*.
- Ley General de Sanidad 14/1986. Agencia Estatal Boletín oficial del Estado (1986). Madrid.

- Martínez, F. (2014). Escuelas Promotoras de Salud. *Promoción y Educación para la Salud*. Recuperado de: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2014/06/17/escuelas-promotoras-de-salud/>
- McKay, D.R., Tennant, C.C. (2000). *Is the grass greener? The link between cannabis and psychosis*. Med J Aust.
- Morgan, A., Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: and assets model. En Gavidia, V. *Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ollendick, T., Dailey, D., Shapiro, E. (1983). Vicarious reinforcement: expected and unexpected effects. *Journal of applied behaviour analysis*, 16, 483 – 491.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010 – 2016. (2010). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Pope, H., Gruber, A., Hudson, J., Cohane, H., Huestis, M., Yurgelun – Todd, D. (2003). Early – onset cannabis use and cognitive deficits: what is the natural association. *Drug Alcohol Depend*, 69, 303 – 310.
- Rodríguez, C., Martínez, E., Lobato, C. (2017). *Prevención del consumo de cannabis en la adolescencia*. Sevilla: Biblioteca Lascasas.
- Shunk, D. (1997). *Teorías del Aprendizaje*. México: Prentice Hall.

Schunk, D. (2008). *Learning theories: an education perspective*. (4 ed.). Columbus: OH: Merrill / Prentice – Hall

St. Leger, L.E. (2007). St. School Health Promotion Achievements, Challenges and Priorities. En *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New Yourk: Springer.

Waldrom, H.B (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y M. Versen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* vol.5 (pp.539-563). Oxford: Elsevier Science Ltd.

17. ANEXOS

TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de pacientes por grupos de edad admitido a tratamiento. Aragón 2010 – 2017. Pp. 41.

Tabla 2. Datos indicador urgencias relacionadas por sustancia y sexo. Aragón 2014 – 2017. Pp. 42.

Tabla 3. Características del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según edad y sexo (%). España, 2016. Pp. 48.

GRÁFICOS.

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 – 18 años (%) y edad media de inicio de consumo. España 1994 – 2016. Pp. 47.

Tabla 4. Programa La Aventura de la Vida.

	Temas	Contextos	Tercer Curso	Cuarto Curso	Quinto Curso	Sexto Curso
Autoestima	Respeto por uno mismo.	Familia	Sentirse miembro de una familia.	Sentirse igual en la diferencia.	Querer a sí mismo.	Sentirse “visible” ante los padres.
		Colegio	Aceptarse a uno mismo.	Reconocer las propias capacidades.	Valorar la diversidad.	Afirmar los propios derechos.
		Barrio	Vivir conscientemente.	Vinculación.	Merecer la felicidad.	“Pensarse” positivamente.
	Afrontar los desafíos	Familia	Merecer la confianza ajena.	Vivir conscientemente.	Poner los medios.	Experimentar poder.
		Colegio	Reconocer las ideas ajenas.	Afrontar los fracasos.	Aprender a conseguir metas.	Alcanzar las metas propuestas.
		Barrio	Ser consecuente.	Valorar el esfuerzo.	Sobreponerse a los fracasos.	Hacer frente a los problemas.

	Temas	Contextos	Tercer Curso	Cuarto Curso	Quinto Curso	Sexto Curso
Habilidades para la vida	Manejar la tensión	Familia	Resolver conflictos.	Buscar ayuda.	Fijar parentesis relajantes.	Expresar las emociones.
		Colegio	Solicitar ayuda.	Dosificar el esfuerzo.	Aprender a relajarse.	Experimentar trato injusto.
		Barrio	Afrontar una crítica injusta.	Organizar las tareas semanales.	Compartir las preocupaciones.	Practicar deporte regularmente.
	Relacionarse	Familia	Acoger a los amigos.	Cumplir la palabra dada.	Asumir responsabilidades.	Distribuir las tareas domésticas.
		Colegio	Responder asertivamente.	Merecer la confianza ajena.	Saber escuchar.	Vivir la exclusión en el grupo.
		Barrio	Cumplir los compromisos.	Responder asertivamente.	Dispensar buen trato.	Advertir la pubertad.
	Tomar decisiones	Familia	Calcular los riesgos.	Meditar sobre las consecuencias.	Reflexionar antes de actuar.	Resistir la represión de los pares.
		Colegio	Superar las presiones.	Adecuar los objetivos y medios.	Actuar los propios valores.	Reaccionar ante la violencia.
		Barrio	Asumir los errores.	Decidir reflexivamente.	Elegir por uno mismo.	Buscar y alcanzar acuerdos.

	Temas	Contextos	Tercer Curso	Cuarto Curso	Quinto Curso	Sexto Curso
Drogas	Medicamentos	Familia	Valorar los remedios naturales.	Limitar el uso de medicamentos.	Administrar según receta.	Usar el botiquín responsablemente.
		Colegio	Enfrentarse al dolor.	Conocer los medicamentos.	Valorar los remedios sencillos.	Evitar los contagios.
		Barrio	¿Automedicarse?	Comprender la farmacodependencia.	Evitar la acumulación.	Leer críticamente la publicidad.
	Alcohol	Familia	Asociar el abuso a conflictos.	Asociar abuso y practicas de ocio.	Rechazar el abuso de alcohol.	Consumir moderadamente.
		Colegio	Disfrutar consumos saludables.	Diferenciar la graduación.	Identificar los efectos del abuso.	Consumir indevidamente.
		Barrio	Comprender ciertas prohibiciones.	Valorar las fiestas sin alcohol.	Asociar abuso y accidentes.	Consumir abusivamente.
	Tabaco	Familia	Asociar tabaquismo y enfermedades.	Relacionar tabaquismo y cancer.	Relacionar nicotica y dependencia.	Abandonar el tabaco.
		Colegio	Identificar trucos publicitarios.	Enternder la dependencia.	Asociar tabaquismo y enfermedades.	Consumir experimentalmente.
		Barrio	Afirmar el derecho a no fumar.	Aprencriar la presión a la moda.	Identificar artimañas publicitarias.	Contrarrestar la publicidad.

	Temas	Contextos	Tercer Curso	Cuarto Curso	Quinto Curso	Sexto Curso
Hábitos saludables	Actividad y descanso	Familia	Compartir las tareas domésticas.	Valorar el descanso.	Valorar la convivencia.	Divertirse sin televisión.
		Colegio	Competir amigablemente.	Identificar situaciones de fatiga.	Apreciar el descanso nocturno.	Disponer de tiempo libre.
		Barrio	Reconocer las excepciones.	Asociar ejercicio físico y salud.	Asociar excursionismo y salud.	Participar en la mejora del barrio.
	Alimentación	Familia	Valorar la fruta.	Valorar el desayuno.	Apreciar las frutas y verduras.	Comunicarse durante la comida.
		Colegio	Alimentación equilibrada.	Valorar la variedad de la dieta.	Conocer factores de obesidad.	Combatir la anorexia nerviosa.
		Barrio	Diferenciar golosinas saludables.	Apreciar las meriendas adecuadas.	Rechazar el abuso de golosinas.	Cultivar ecológicamente.
	Seguridad	Familia	Identificar causas de accidente.	Apreciar condiciones de riesgo.	Identificar las imprudencias.	Viajar de manera segura.
		Colegio	Ser consciente de los riesgos.	Aprender a evacuar el colegio.	Valorar el precalentamiento.	Evitar accidentes en el patio.
		Barrio	Circular con prudencia.	Tomar precauciones en la playa.	Tomar medidas de protección.	Prevenir los atropellos.
	Higiene	Familia	Habituar a la higiene bucal.	Habituar al lavado de manos.	Cuidar la higiene de los alimentos.	Ducharse de forma habitual.
		Colegio	Precaverse contra los animales.	Habituar al cepillado de dientes.	Valorar la salud bucodental.	Sentarse correctamente.
		Barrio	Reciclaje de residuos.	Respetar el entorno natural.	Protegerse del sol.	Limitar la contaminación.

Fuente: Edex (1989). La aventura de la vida / Osasunkume. En Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias 2.